

Atención Primaria, Pediatría, Ginecología

XXVII lecciones en salud comunitaria



ciencia
sanitaria



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

XXVII Lecciones en Salud Comunitaria.



ciencia
sanitaria



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

XXVII Lecciones en Salud Comunitaria.

Fecha de publicación: 30 de diciembre de 2021

1º 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: 978-84-18707-79-7

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	PERFIL DEL PACIENTE COVID EN GIJÓN ESTELA GARCIA COYA Y GABRIEL GARCÍA ÁLVAREZ	3
2	CONSUMO DE ALCOHOL POR ATRACONES O “BINGE DRINKING” AIDA GONZÁLEZ SUÁREZ, LIOBA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ Y MARTA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ	7
3	MANEJO DEL INSOMNIO EN ATENCIÓN PRIMARIA LIOBA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, MARTA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ Y AIDA GONZÁLEZ SUÁREZ	13
4	CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE PATRICIA GARCIA SEIJAS	19
5	TERAPIA DE CIERRE ASISTIDO POR VACÍO EN HERIDAS COMPLEJAS CARLOS PÉREZ COSTOYA, JOSÉ CARLOS FERNÁNDEZ CORTADO Y MARIA JESUS COSTOYA BELLO	23
6	SENSOR PARA LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE LA GLUCOSA FLASH PAULA LUCAS FONSECA	29
7	LA GESTIÓN INTEGRAL DE LOS CUIDADOS EN LA PROFESIÓN ENFERMERA IRENE PONZ MARTÍNEZ	33
8	CUIDADOS REALIZADOS POR LOS CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES DEPENDIENTES CANDELA GARRIDO OMAR	37

9	LAS NUEVAS RECOMENDACIONES SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS LACTANTES LETICIA GARCIA PEREZ	41
10	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIÁLISIS CANDELA GARRIDO OMAR	45
11	CONFLICTOS LABORALES EN INSTITUCIONES SANITARIAS MARTA RODRÍGUEZ DÍAZ	49
12	BOMBAS DE INFUSIÓN CONTINUA DE INSULINA PAULA LUCAS FONSECA	53
13	ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA REVISIÓN DE 14 AÑOS POR PARTE DE ENFERMERÍA ARANTXA MUÑOZ GUILLÉN, VIRGINIA JIMÉNEZ RUIZ, MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA, GLORIA RUBIO MAINEZ Y NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ	57
14	E ENFERMERÍA EN LA EXTRAVASACIÓN DE FÁRMACOS QUIMIOTERÁPICOS ARANTXA MUÑOZ GUILLÉN, VIRGINIA JIMÉNEZ RUIZ, MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA, GLORIA RUBIO MAINEZ Y NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ	63
15	ENFERMERÍA: VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SIDA ARANTXA MUÑOZ GUILLÉN, MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA, GLORIA RUBIO MAINEZ, NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ Y VIRGINIA JIMÉNEZ RUIZ	69
16	CONCEPTO DE QUEMADURA, CAUSAS Y CLASIFICACIÓN ANDREA GARCIA ZUAZUA, MARIA IDELGAR BERNARDO GARCÍA, CARLOTA ACOSTA BERNARDO Y ALBA ALONSO BERNARDO	73
17	QUÉ SON LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN, FACTORES DESENCADENANTES Y SU CLASIFICACIÓN ANDREA GARCIA ZUAZUA, MARIA IDELGAR BERNARDO GARCÍA, CARLOTA ACOSTA BERNARDO Y ALBA ALONSO BERNARDO	79

18	EL CUIDADO DE ESTOMAS ISABEL BACO SOLAR	83
19	SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: RECORDANDO CONCEPTOS BÁSICOS CARLOS PÉREZ COSTOYA, JOSÉ CARLOS FERNÁNDEZ CORTADO Y MARIA JESUS COSTOYA BELLO	89
20	ATENCIÓN ENFERMERA ANTE EL DETERIORO FUNCIONAL DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO, ADELA GILGADO DAVILA Y RAQUEL MATA SUJAR	95
21	CÓMO PREVENIR LA BRONQUIOLITIS EN LOS LACTANTES LETICIA GARCIA PEREZ	99
22	CORRECTO USO Y COLOCACIÓN DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL ADELA GILGADO DAVILA, RAQUEL MATA SUJAR Y FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO	103
23	PROCEDIMIENTOS ENFERMEROS RELACIONADOS CON EL CUIDADO DE UN PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO ADELA GILGADO DAVILA, RAQUEL MATA SUJAR Y FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO	107
24	PAPEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR RAQUEL MATA SUJAR, FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO Y ADELA GILGADO DAVILA	111
25	TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS NURIA ESTRADA ESTÉVEZ, LUZ BLANCO GARCÍA, JOSE LUIS LLERA SUARDIAZ Y DIANA ORDÓÑEZ LÓPEZ	115
26	USO DE CONTENCIONES MECÁNICAS EN EL ÁMBITO SOCIO SANITARIO MARTA TARDON LOPEZ, ANA MARIA FERNANDEZ LLENIN, M ^a ELENA FERNANDEZ GONZALEZ Y ALEJANDRA PÉREZ DE LA FUENTE	119

27	SALUD BUCODENTAL EN PEDIATRÍA DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA MARIA PASTOR BLANCO, ISABEL SOLÍS CIENFUEGOS, MARÍA ARANTZAZU LORENCES ALONSO Y PAULA SUÁREZ FERNÁNDEZ	123
28	CONOCIENDO LA OSTEOPOROSIS PAULA LUCAS FONSECA	127
29	LACTANCIA MATERNA. SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO INMUNE Y BIENESTAR MATERNO ALEXIA FERNÁNDEZ DÍAZ, ELENA LLERA GONZALEZ, NATALIA ALVAREZ ALVAREZ, MARÍA JIMENEZ ALONSO Y LUCIA CUENDIAS MARTÍNEZ	131
30	¿PASATIEMPO O ADICCIÓN? JUEGO PATOLÓGICO A UN SOLO CLIC ALICIA REINA HIDALGO	135
31	TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO ALICIA REINA HIDALGO	141
32	TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA Y ASPECTOS BÁSICOS DE SU TRATAMIENTO RAQUEL FERNÁNDEZ SANTANA Y ANA MURIAS ALVAREZ	149
33	LA SAL COMÚN COMO TRATAMIENTO DEL GRANULOMA UMBILICAL PAULA SUÁREZ FERNÁNDEZ, MARIA PASTOR BLANCO, ISABEL SOLÍS CIENFUEGOS Y MARÍA ARANTZAZU LORENCES ALONSO	155
34	PAPEL DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA EN LA DIABETES GESTACIONAL INÉS VEGA ABRIL	159

35	MUJER DE 64 AÑOS CON ANTECEDENTES DE RIESGO CARDIOVASCULAR QUE SUFRE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV) MARIA ELENA VILLAR OLIVAR, VANESA SÁNCHEZ ESCANDON, MAGALI COLMENERO GARCIA, ANA ROSA FLOREZ SIRGO Y GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO	165
36	CUIDADOS DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA POR PARTE DEL PACIENTE DE HEMODIÁLISIS MARIA JOSÉ BANGO SUAREZ, EDITH ÁLVAREZ GONZÁLEZ, CRISTINA TERAN GARCÍA, ALEXIA FERNÁNDEZ DÍAZ Y ELENA LLERA GONZALEZ	169
37	MANEJO DEL PACIENTE POLIMEDICADO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA NOELIA VILLADANGOS RODRÍGUEZ	173
38	LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES DESDE EL PAPEL DE LA ENFERMERA LETICIA GARCIA PEREZ	179
39	ESTUDIO E INVESTIGACIÓN POR ENFERMERÍA DE LA ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE BLANCA PINTO LAGO, CARLOS ARRIAGA CARDIEL, DEBORAH CASTAÑO DAVIS, LUIS TELLO CORROCHANO Y ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ	185
40	CONOCIMIENTOS Y DIAGNÓSTICO POR ENFERMERÍA DEL DOLOR ABDOMINAL DEBORAH CASTAÑO DAVIS, BLANCA PINTO LAGO, CARLOS ARRIAGA CARDIEL, LUIS TELLO CORROCHANO Y ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ	191
41	EXPOSICIÓN Y CARACTERÍSTICAS POR ENFERMERÍA DE LA GERIATRÍA HOSPITALARIA ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ, BLANCA PINTO LAGO, CARLOS ARRIAGA CARDIEL, DEBORAH CASTAÑO DAVIS Y LUIS TELLO CORROCHANO	199

42	ASMA INDUCIDO POR EJERCICIO (AIE) Y BRONCOESPASMO INDUCIDO POR EJERCICIO (BIE) ALBA SUÁREZ DELGADO	205
43	EDUCACIÓN AL PACIENTE CON ASMA BRONQUIAL OLAYA MUÑIZ BURGUILLO, BÁRBARA FERNÁNDEZ BERMÚDEZ, URSULA FERNANDEZ GANCEDO Y CLAUDIA RODRÍGUEZ OLIVA	209
44	EL PIE DIABÉTICO GEMA GARCIA RUBIO	213
45	LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA POR PARTE DE ENFERMERÍA ALBERTO RUEDA RUIZ	217
46	EDUCACIÓN AL PACIENTE CON EPOC EN FASE AGUDA OLAYA MUÑIZ BURGUILLO, URSULA FERNANDEZ GANCEDO, BÁRBARA FERNÁNDEZ BERMÚDEZ Y CLAUDIA RODRÍGUEZ OLIVA	221
47	CUIDADOS DE LA PIEL EN EL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO DEL CÁNCER DE MAMA ANA MURIAS ALVAREZ Y RAQUEL FERNÁNDEZ SANTANA	225
48	PROTOCOLO PARA LA HIGIENE DE MANOS URSULA FERNANDEZ GANCEDO, CLAUDIA RODRÍGUEZ OLIVA, BÁRBARA FERNÁNDEZ BERMÚDEZ Y OLAYA MUÑIZ BURGUILLO	229
49	ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LAS OSTOMÍAS ANA MARIA CASTILLERO RODRIGUEZ Y PABLO FUERTES ARGÜELLES	233
50	LA ENFERMERÍA COMO PUNTO DE AYUDA Y APOYO NUTRICIONAL EN EL PERIODO GESTACIONAL ALBERTO RUEDA RUIZ	237
51	TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN LA CURACIÓN DE HERIDAS CRÓNICAS ANA MURIAS ALVAREZ Y RAQUEL FERNÁNDEZ SANTANA	243

52	BENEFICIOS Y RIESGOS DE UNA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA MARIA JOSÉ BANGO SUAREZ, PATRICIA ARNE MONTESERIN, ELENA LLERA GONZALEZ, MARÍA JIMENEZ ALONSO Y ALEXIA FERNÁNDEZ DÍAZ	247
53	INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN EL POSTPARTO INÉS VEGA ABRIL	251
54	CUIDADOS LOCALES DE LAS ÚLCERAS BÁRBARA FERNÁNDEZ BERMÚDEZ, URSULA FERNANDEZ GANCEDO, OLAYA MUÑIZ BURGUILLO Y CLAUDIA RODRÍGUEZ OLIVA	255
55	TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS (TME) EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO, MARIA ELENA VILLAR OLIVAR, ANA ROSA FLOREZ SIRGO, VANESA SÁNCHEZ ESCANDON Y MAGALI COLMENERO GARCIA	259
56	BASES DEL PROCESO DE CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS BÁRBARA FERNÁNDEZ BERMÚDEZ, OLAYA MUÑIZ BURGUILLO, CLAUDIA RODRÍGUEZ OLIVA Y URSULA FERNANDEZ GANCEDO	263
57	ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL ICTUS SANDRA GARCÍA FERNÁNDEZ, LORENA VALLEDOR CASTAÑO, DIANA GONZÁLEZ ARANGO Y LAURA MALLADA LLANO	267
58	EL ENFERMERO DE PEDIATRÍA ELISA GARCÍA RUBIO, MARÍA BELÉN MATANZA VALDÉS, LAURA IÑIGO GARGANTIEL, ANDRES MARTINEZ SUAREZ Y OLAYA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ	271
59	EL IMPACTO DE LA NO ADHERENCIA Y EL ABANDONO A LAS TERAPIAS DE SUSTITUCIÓN RENAL PAULA LÓPEZ RIVAS	275
60	A PROPÓSITO DE UN CASO: OBESIDAD INFANTIL LAURA MALLADA LLANO, DIANA GONZÁLEZ ARANGO, LORENA VALLEDOR CASTAÑO Y SANDRA GARCÍA FERNÁNDEZ	279

61 EDUCACIÓN DE LA SALUD Y MANEJO DE ENFERMERÍA EN LA DIABETES MELLITUS	
LUCIA CUENDIAS MARTÍNEZ, ELENA LLERA GONZALEZ, MARÍA JIMENEZ ALONSO, ALEXIA FERNÁNDEZ DÍAZ Y NATALIA ALVAREZ ALVAREZ	283
62 RECOMENDACIONES EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
CLAUDIA RODRÍGUEZ OLIVA, BÁRBARA FERNÁNDEZ BERMÚDEZ, OLAYA MUÑIZ BURGUILLO Y URSULA FERNANDEZ GANCEDO	289
63 A PROPÓSITO DE UN CASO: FIMOSIS FISIOLÓGICA EN NIÑO DE TRES AÑOS	
LAURA MALLADA LLANO, DIANA GONZÁLEZ ARANGO, LORENA VALLEDOR CASTAÑO Y SANDRA GARCÍA FERNÁNDEZ	293
64 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON COLOSTOMÍA TRANSVERSA	
CLAUDIA RODRÍGUEZ OLIVA, OLAYA MUÑIZ BURGUILLO, BÁRBARA FERNÁNDEZ BERMÚDEZ Y URSULA FERNANDEZ GANCEDO	297
65 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE BEBÉ: MÉTODO TRADICIONAL O DE “CUCHARA” Ó MÉTODO BABY-LED WEANING. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
MARÍA ARANTZAZU LORENCES ALONSO, PAULA SUÁREZ FERNÁNDEZ, MARIA PASTOR BLANCO Y ISABEL SOLÍS CIENFUEGOS	301
66 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL LAVADO GÁSTRICO	
IVÁN SAN JOSE BENAVIDES	307
67 CRIBADO Y DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL	
CRISTINA CUE BERNARDO	311
68 TÉCNICAS PARA LA OBTENCIÓN DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN HERIDAS INFECTADAS	
CRISTINA CUE BERNARDO	317

69	CÓLICO DEL LACTANTE CRISTINA CUE BERNARDO	323
70	ÚLCERAS POR PRESIÓN MARCO TEÓRICO Y TIPOS DE APÓSITOS PARA SU TRATAMIENTO CRISTINA CUE BERNARDO	329
71	USO DE LA MIEL EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN CRISTINA CUE BERNARDO	335
72	LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN QUIRÓFANO REBECA SANTOLAYA MAJUELO, GEMA MARIA LOPEZ LOPEZ Y ESTHER AGUILAR LÓPEZ	341
73	ENFERMERÍA COMUNITARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS ANGELA LOREDO LONGO Y LUCÍA ÁLVAREZ GARRIDO	345
74	ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA MARÍA DE LA CONCEPCIÓN MARTÍN TRUJILLO	351
75	ENFERMERÍA: INTERVENCIONES ECUESTRES EN PERSONAS CON TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA JUANA MARTINEZ AMORES, MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO, CRISTINA CASTELLANOS RAMÍREZ, MARIA DEL SEÑOR GARCÍA VELASCO Y MARÍA AMORES PAVO	355
76	ENFERMERÍA: ENTORNO EMOCIONAL Y EMBARAZO JUANA MARTINEZ AMORES, MARIA DEL SEÑOR GARCÍA VELASCO, MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO, CRISTINA CASTELLANOS RAMÍREZ Y MARÍA AMORES PAVO	359
77	ENFERMERÍA: EL CÁNCER INFANTIL. EPIDEMIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO GENERAL JUANA MARTINEZ AMORES, MARIA DEL SEÑOR GARCÍA VELASCO, MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO, CRISTINA CASTELLANOS RAMÍREZ Y MARÍA AMORES PAVO	365

78	RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CELIA SANCHEZ DIAZ	371
79	EL PAPEL ENFERMERO EN LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO CELIA SANCHEZ DIAZ	375
80	ENFERMERÍA EN EL CÓLICO RENAL REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA MARTA JIMÉNEZ EXPÓSITO Y MARTA ALVAREZ GONZÁLEZ	379
81	VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. IMPORTANCIA DE LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS BEATRIZ ROLLE FRAGA Y ANDREA PALACIO GANSO	383
82	SEDENTARISMO EN EL ÁMBITO LABORAL Y SUS LARGAS JORNADAS PILAR RODRIGUEZ ROMAN Y CELIA GONZALEZ ALVAREZ	387
83	PRINCIPALES ASPECTOS EN EL MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN PAULA GARCÍA ESCOBEDO	391
84	EL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO PAULA GARCÍA ESCOBEDO	397
85	LOS CUIDADOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA INFECCIÓN URINARIA ESTHER AGUILAR LÓPEZ, REBECA SANTOLAYA MAJUELO Y GEMA MARIA LOPEZ LOPEZ	401
86	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CURA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA MARÍA PRIETO RODRÍGUEZ	405
87	CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE LA LACTANCIA MATERNA DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO CORA SÁNCHEZ VALERO Y DAVID MORENO BERMEJO	409

88 CUIDADO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS EN ATENCIÓN PRIMARIA MARÍA PRIETO RODRÍGUEZ	415
89 CÓMO AFECTA LA TURNICIDAD EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA MARTA ALVAREZ GONZÁLEZ, MARTA JIMÉNEZ EXPÓSITO Y REBECA SANTOLAYA MAJUELO	419
90 CUIDADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A PERSONAS HOSPITALIZADAS PARA EVITAR LAS CAÍDAS SILVIA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, PABLO MESA QUEIPO, ISABEL ARGÜELLES RODRÍGUEZ, BEATRIZ GONZÁLEZ GARCÍA Y FERNANDO MORO LÓPEZ	423
91 CUIDADOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO A PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA EVITAR LAS CAÍDAS MARÍA DEL MAR SÁNCHEZ MARTÍNEZ, SILVIA MARTÍN GRANDA, LETICIA ORDÓÑEZ GONZÁLEZ, VANESSA MARTÍNEZ RIVERA Y TAMARA ABRIL BARBÓN	427
92 TIPOS DE DIABETES MELLITUS PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) LORENA GARCÍA PRIETO, MARIA ANGELES CUERVO LOPEZ, MERCEDES RIESGO RODRIGUEZ, GEMA GONZALEZ VILLAMEA Y MIRTA MAYO ALONSO	431
93 PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCODENTAL LUCIA NAVA CARUS, ROCÍO MASEDA MEGIDO, CAROLINA PRADA MARTÍNEZ, ELENA MARÍA PRADA MARTINEZ Y MARIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ	435
94 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO SARA JARDÓN PEDRERO	439
95 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SARA JARDÓN PEDRERO	443

96 LAS LABORES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA BEATRIZ AZEVEDO CANADO	447
97 CAMBIOS POSTURALES QUE DEBEN PONER EN PRÁCTICA LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PAULA SUÁREZ HERNÁNDEZ, AIDE GARCÍA PARDO, ANA BELÉN CABRALES BEAR, MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ COPADO Y SARAY GONZÁLEZ PRIETO	451
98 ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PACIENTE CON QUEMADURAS LARA DIAZ GIMENEZ, SARA ÁLVAREZ IGLESIAS, NOELIA GALVEZ VEGA, JAVIER SIERRA BLANCO Y ALICIA BELÉN BÁRTULOS GRANDA	455
99 EL PERSONAL SANITARIO Y LOS CUIDADOS DE LA VÍA AÉREA AL PACIENTE INTUBADO MARÍA MANUELA FERNÁNDEZ COUCEIRO, VANESSA FONT VILLÉN, CARMEN PÉREZ CARRANDI, ANA MARÍA TUS Y MONTSERRAT SIESTO CAMPAÑA	459
100 CUIDADOS AL PACIENTE QUE POSEE UNA TRAQUEOTOMÍA VANESSA GARCÍA JARQUE, ROSANA MARTÍNEZ GONZÁLEZ, ANGELA GARCÍA DÍAZ, MARÍA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y YAIZA CHARRO JIMÉNEZ	463
101 INFECCIONES RESPIRATORIAS EN RELACIÓN CON PROCESOS DE ATENCIÓN SANITARIA MARÍA DOLORES TALAVERA MARTÍN, XIMENA REGINA GARRIDO PÉREZ, ÁNGELA ÁLVAREZ FONTELOS, RAUL GARCÍA MORATA Y CRISTINA DINTÉN GUTIÉRREZ	467
102 LA INJERENCIA DEL COVID-19 EN LA ATENCIÓN PRIMARIA SONIA TRONCO PELÁEZ, SANDRA PÉREZ RODRÍGUEZ, SARA ALVAREZ RODRIGUEZ Y AZUCENA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ	471
103 APRENDER A CONVIVIR CON EL ALZHEIMER AZUCENA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, SARA ALVAREZ RODRIGUEZ, SONIA TRONCO PELÁEZ Y SANDRA PÉREZ RODRÍGUEZ	475

104 IMPACTO DEL COVID-19 EN LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA HOSPITALARIA: CAMBIOS Y CONSECUENCIAS	
SANDRA PÉREZ RODRÍGUEZ, SARA ALVAREZ RODRIGUEZ, AZUCENA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ Y SONIA TRONCO PELÁEZ	479
105 CAUSAS DEL ESTRÉS EN LOS TRABAJADORES DEL ÁMBITO SANITARIO. ANÁLISIS DE LAS CONSECUENCIAS Y FORMAS DE PREVENIRLO	
VERÓNICA MARTINEZ SARIEGO	483
106 LA IMPORTANCIA DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO FRENTE A LA COVID 19 Y SU COLOCACIÓN	
VERÓNICA MARTINEZ SARIEGO	489
107 CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UN PRIMER EPISODIO DE FIBRILACIÓN AURICULAR	
MARÍA DEL PRADO TEJADO RODRÍGUEZ, EVELIA DÍAZ FERNÁNDEZ, MARÍA ELENA BERMÚDEZ NAVAS, MARTA RODRÍGUEZ MAESO Y EVA SIMÓN RIVERA	493
108 CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO QUE INGRESA EN UCI	
MARÍA DEL PRADO TEJADO RODRÍGUEZ, MARTA RODRÍGUEZ MAESO, MARÍA ELENA BERMÚDEZ NAVAS, EVELIA DÍAZ FERNÁNDEZ Y EVA SIMÓN RIVERA	497
109 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA FRENTE AL SÍNDROME AÓRTICO	
MARÍA DEL PRADO TEJADO RODRÍGUEZ, MARTA RODRÍGUEZ MAESO, MARÍA ELENA BERMÚDEZ NAVAS, EVELIA DÍAZ FERNÁNDEZ Y EVA SIMÓN RIVERA	501
110 TCAE- TIPOS DE DOLOR	
CATALINA PAZ MARTÍNEZ FERNÁNDEZ	505

111 ABORDAJE DEL PERSONAL SANITARIO EN LA INCONTINENCIA URINARIA	
NAZARET DE SOUSA GARCÍA, AITOR ECHEZARRETA ORTIZ, JESÚS JAVIER CASTRO MENÉNDEZ, ANAMARIA MERCA Y MARTA PÉREZ SANJURJO	509
112 LA ETAPA DEPRESIVA DEL ANCIANO EN ATENCIÓN PRIMARIA	
PRADO ZAPATA RETAMOSA, ALICIA MEDINA FERNÁNDEZ, FRANCISCA CERRATO SAMPABLO, MARIA ISABEL RODRÍGUEZ MORENO Y VANESA ÚBEDA VENDRELL	513
113 LA ODONTOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA	
PRADO ZAPATA RETAMOSA, ALICIA MEDINA FERNÁNDEZ, FRANCISCA CERRATO SAMPABLO, MARIA ISABEL RODRÍGUEZ MORENO Y VANESA ÚBEDA VENDRELL	517
114 LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE OBESO	
PRADO ZAPATA RETAMOSA, ALICIA MEDINA FERNÁNDEZ, FRANCISCA CERRATO SAMPABLO, MARIA ISABEL RODRÍGUEZ MORENO Y VANESA ÚBEDA VENDRELL	521
115 ACOMPAÑAMIENTO E IMPORTANCIA DE LA PERSONA CON MOVILIDAD REDUCIDA	
PILAR LUIS JAMBRINA	525
116 EFECTOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE LOS SANITARIOS	
MARÍA TERESA VANESSA MARINERO CONDE, MARIA ERIKA VACA PAGADOR, MARÍA VANESSA BLANCO RAMOS Y DANIELA GUTIERREZ ZULUAGA	529
117 ESTRÉS DEL CUIDADOR	
INMACULADA CARREÑO ALONSO	533
118 LA PIEL DE MARIPOSA: UNA PATOLOGÍA RARA DE DIFERENTES TIPOS Y CUIDADOS	
ERMITAS ESTRELLA BOLAÑO GOMEZ	537
119 CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO Y DEL LACTANTE	
ANA BELÉN FERNÁNDEZ MEDIERO	541

120	SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD) Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANA BELÉN FERNÁNDEZ MEDIERO	545
121	LA HIGIENE DE MANOS Y SUS PROCEDIMIENTOS. PILAR FUNDAMENTAL QUE EVITA LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES LAURA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ	549
122	LA ALIMENTACION EN LAS PERSONAS MAYORES BEATRIZ TEDÍN VEGA	553
123	LA PRESENCIA DEL TÉCNICO EN PROCESOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN ATENCIÓN PRIMARIA O CENTRO DE SALUD PAULA SALILLAS	557
124	EL TRASTORNO DEL SUEÑO VANESSA GONZALEZ MARTINEZ	561
125	PROTECCIÓN DE DATOS Y SECRETO PROFESIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO MARIA YOLANDA ALONSO SORIA, ANDREA GARCIA FERNANADEZ Y REBECA LEBREDO NOVAS	565
126	EL PERSONAL SANITARIO ANTE EL HIPERTIROIDISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA IRENE CASTAÑON ORDIZ, RODRIGO GONZÁLEZ CAMEAN, SONIA MARIA MARTÍNEZ RUBIO, AURORA MENÉNDEZ GARCÍA Y LAURA VILLABRILLE GÓMEZ	569
127	CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE LOS PRIMEROS AUXILIOS ROCIO HEVIA GONZALEZ, MARIA CALVO PÉREZ, LAURA CASTRO MENENDEZ, CINTHIA CAROLINA CAÑETE ROMERO Y VIRGINIA ÁLVAREZ PELÁEZ	573
128	LAVADO GÁSTRICO Mª ELENA FERNANDEZ GONZALEZ, ALEJANDRA PÉREZ DE LA FUENTE, MARTA TARDON LOPEZ Y ANA MARIA FERNANDEZ LLENIN	577

129 EL PACIENTE CON LA ENFERMEDAD LLAMADA FIBROMIALGIA MARÍA AMELIA HERES MENÉNDEZ	581
130 PROTOCOLO DEL TCAE EN LA HIGIENE DE NEONATOS RAQUEL CEA RODRIGUEZ, LORENA CASTRO PULGAR, MARÍA REIS NUÑEZ Y ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ	585
131 EL LAVADO DE MANOS. IMPORTANCIA PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA SHEILA PARÍS GONZÁLEZ	589
132 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA SARA FERNANDEZ FERNANDEZ	593
133 LA ENFERMEDAD DE LA PIEL LLAMADA PSORIASIS BEATRIZ MUÑIZ NOGUEIRA	597
134 EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD AZUCENA ARNIELLA ALVAREZ, TATIANA ARGÜELLES FERNÁNDEZ, PABLO GARCIA SUAREZ, MARIA JOSEFA LOPEZ GANCEDO Y NURIA BERNARDO SUÁREZ	601
135 LA SEDACIÓN PALIATIVA COMO CAPÍTULO FINAL DE VIDA ANA CRISTINA ALBEDRO CEBALLOS	605
136 EL ÓRGANO QUE NOS PROTEGE APODADO PIEL ANA CRISTINA ALBEDRO CEBALLOS	609
137 MUERTE SÚBITA EN ADULTOS ANA CRISTINA ALBEDRO CEBALLOS	613
138 ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO POR EL PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS CARMEN LUISA DÍAZ FERNÁNDEZ	617
139 DIABETES GESTACIONAL ELVIA MARIA GARCIA GARCIA	621

140 LA HIGIENE Y EL LAVADO DE MANOS SERGIO MARTIN ORTIZ	625
141 ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS NOELIA PALOMINO CARRERA	629
142 ASEO E HIGIENE DIARIO DEL PACIENTE ENCAMADO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARIA VICTORIA GARCIA TEJEDOR, MARIA DE LOS ÁNGELES RAMOS MÉNDEZ, VERONICA FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, ISABEL ÁLVAREZ MORILLA Y DIANA MENÉNDEZ RODRÍGUEZ	633
143 ACTUACIONES DEL PERSONAL SANITARIO ANTE LAS COMPLICACIONES DURANTE LA LACTANCIA MATERNA RAQUEL CABELLO BLANCO, EKATERINA FIRSOVA, M ^a PILAR MENÉNDEZ ARIAS, ESTEFANIA MARTÍNEZ GARCÍA Y SONIA BARROS NION	637
144 LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS SANDRA GARCÍA RODRÍGUEZ	641
145 CONSTANTES VITALES: TENSIÓN ARTERIAL CARMEN LUISA DÍAZ FERNÁNDEZ	645
146 EL TCAE Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO MIREN LÓPEZ REDONDO, SARA URCERA FUENTES, ESTEFANIA GIL FONSECA Y MARÍA JESÚS GONZALEZ GARCÍA	649
147 NODULOS DE HEBERDEN VANESSA GONZALEZ MARTINEZ	655
148 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN MARÍA JESÚS GONZALEZ GARCÍA, MIREN LÓPEZ REDONDO, ESTEFANIA GIL FONSECA Y SARA URCERA FUENTES	659

149 SALUD MENTAL EN ATENCION PRIMARIA ELENA BLANCO CASIELLES, RAQUEL QUIRÓS, SUSANA MATA CIMA, NAGORE GUTIERREZ GARCIA Y IRENE MARÍA SELA MENÉNDEZ	665
150 EL TRASTORNO DE LA DEPRESIÓN VANESSA GONZALEZ MARTINEZ	669
151 CUIDADOS PALIATIVOS. ATENCIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TERMINAL ALEJANDRA FERNÁNDEZ PRIETO	673
152 EL AUXILIAR EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA HOSPITALARIA NAGORE GUTIERREZ GARCIA, ELENA BLANCO CASIELLES, SUSANA MATA CIMA, RAQUEL QUIRÓS Y IRENE MARÍA SELA MENÉNDEZ	677
153 DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO MARÍA JOSÉ SUAREZ GONZALEZ	681
154 PITIDOS EN EL OIDO: ACUFENOS O TINNITUS LUCIA GALAN ÁLVAREZ Y LORENA SUAREZ GUTIERREZ	687
155 EL RECHINAR DE LOS DIENTES: EL BRUXISMO LORENA SUAREZ GUTIERREZ Y LUCIA GALAN ÁLVAREZ	693
156 EVITAR LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN EL PACIENTE GERIÁTRICO UNA FUNCIÓN DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ZORAIDA MARTÍNEZ HENAREJOS	699
157 MANEJO DE RESIDUOS SANITARIOS SARA FERNÁNDEZ ALONSO, ELIA GARCÍA GALAN, SONIA MARIA GARCÍA ABEIJON, LUISA ISABEL PIMENTEL PINTO Y ANGHARA TRILLO MAHIA	703
158 DEPRESIÓN EN ANCIANOS RAQUEL MORENO LÓPEZ, BEATRIZ LÓPEZ REGODESEVES Y MÓNICA LÓPEZ COALLA	707

159 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA EDUCACIÓN SANITARIA DEL PACIENTE ESTEFANÍA SELGAS GARCÍA	715
160 LA IMPORTANCIA DEL TCAE A LA HORA DE REALIZAR CAMBIOS POSTURALES A PACIENTES ENCAMADOS DEPENDIENTES BEATRIZ LÓPEZ REGODESEVES, MÓNICA LÓPEZ COALLA Y RAQUEL MORENO LÓPEZ	719
161 CUIDADOS A PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE ANGELA MENÉNDEZ SERANTES	725
162 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN QUEMADO Y SU NUTRICIÓN EVA SORIA ESCRIBANO, MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ, MARIA ESTER LOPEZ LOPEZ, CLARA ISABEL RODRIGUEZ DE LIZANA Y VERÓNICA PÉREZ RUBIO	729
163 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A PACIENTES CON COLOSTOMÍA EVA SORIA ESCRIBANO, MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ, MARIA ESTER LOPEZ LOPEZ, CLARA ISABEL RODRIGUEZ DE LIZANA Y VERÓNICA PÉREZ RUBIO	735
164 PROCESO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA PREVENIR LAS ULCERAS POR PRESIÓN EVA SORIA ESCRIBANO, MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ, MARIA ESTER LOPEZ LOPEZ, CLARA ISABEL RODRIGUEZ DE LIZANA Y VERÓNICA PÉREZ RUBIO	739
165 LOS DAÑOS DERIVADOS DEL TRABAJO PARA DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA Y TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO HOSPITALARIO ALEJANDRA PÉREZ DE LA FUENTE, MARTA TARDON LOPEZ, ANA MARIA FERNANDEZ LLENIN Y M ^a ELENA FERNANDEZ GONZALEZ	745
166 CUIDADOS A PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA ANGELA MENÉNDEZ SERANTES	751

167 MUSICOTERAPIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO ELENA ALONSO SÁEZ	755
168 MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS ANA ISABEL GARRIDO MARTINEZ	759
169 SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ELENA ALONSO SÁEZ	765
170 LA INFECCIÓN DE ORINA EN EL ANCIANO ELVIA MARIA GARCIA GARCIA	769
171 LA VISIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SOBRE EL PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA PAULA ARDUENGO BUENO, SARA ALVAREZ FLÓREZ, LLARA ARDUENGO BUENO Y PAOLA UFANO ALVAREZ	773
172 FORTALECIENDO NUESTRA SALUD MEDIANTE LA NUTRICIÓN MARCELINA ELSA RODRIGUEZ ACERO, MARIA EMMA LAGO ALVAREZ, LUZ ELENA GODOY DAVILA, FATIMA RODRIGUEZ QUINTELA Y JOSE SANDRO LUIZAGA ALCOCER	779
173 ROL DEL TCAE ANTE EL SONDAJE VESICAL ROSA SUAREZ GARCIA Y ANA ISABEL DACAL LÓPEZ	783
174 DISRUPTORES ENDOCRINOS MARIA ALONSO ARIAS	787
175 TIPOS DE DIABETES Y LA RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN VANESSA AUGUSTA OLIVEIRA SARDINHA Y SANDRA PÉREZ CORTEGUERA	791
176 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA VANESSA AUGUSTA OLIVEIRA SARDINHA Y SANDRA PÉREZ CORTEGUERA	795

177 LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER	
SANDRA PÉREZ CORTEGUERA Y VANESSA AUGUSTA OLIVEIRA SARDINHA	799
178 TRASTORNO BIPOLAR	
SANDRA PÉREZ CORTEGUERA Y VANESSA AUGUSTA OLIVEIRA SARDINHA	803
179 LA EMPATÍA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE HOSPITALIZADO	
SONIA LÓPEZ FERNANDEZ	807
180 IMPORTANCIA DE LA HIGIENE EN EL PROFESIONAL SANITARIO	
SUSANA MENENDEZ BLANCO, MARIA ISABEL MACEDA SELYMES Y MARÍA TERESA NICIEZA VEGA	811
181 ACOGIDA DEL PACIENTE DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO	
PABLO FERNÁNDEZ GARCÍA	815
182 CONFLICTOS LABORALES	
JUANJOSE TUÑÓN PRIETO Y JOSE VICENTE GARCIA ALVAREZ	819
183 LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL DESARROLLO DEL BEBÉ	
ELVIA MARIA GARCIA GARCIA	823
184 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS EN EL ERITEMA DEL PAÑAL	
ANDREA LOPEZ RICO	827
185 CUIDADOS DEL TCAE EN UN ANCIANO CON ESTOMA	
Mª DEL MAR VALLINA ALONSO	831
186 CUIDADOS DEL TCAE AL PIE DEL ANCIANO	
Mª DEL MAR VALLINA ALONSO	837
187 CUIDADOS A PACIENTE CON HERPES ZOSTER	
ANA ISABEL LONGORIA SIMON.	843

188 EL TCAE Y LA DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO Mª DEL MAR VALLINA ALONSO	847
189 LA DISFAGIA. SIGNOS Y TRATAMIENTO SARA ALVAREZ FLÓREZ, LLARA ARDUENGO BUENO, PAOLA UFANO ALVAREZ Y PAULA ARDUENGO BUENO	853
190 FUNCIONES Y PRÁCTICAS DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EVA ROCÍO FERNÁNDEZ ÁLVAREZ	859
191 LA DEPRESIÓN COMO EPIDEMIA SILENCIOSA MARÍA CRUZ FRANCISCO BELVER	865
192 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SARA ASENSIO	869
193 UNA COMPLICACIÓN EN EL EMBARAZO LLAMADA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL MARÍA CRUZ FRANCISCO BELVER	873
194 INTOXICACIÓN POR IBUPROFENO EN NIÑOS MARÍA CRUZ FRANCISCO BELVER	877
195 REVISIÓN GINECOLÓGICA RAQUEL MONTOYA NUÑEZ	881
196 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA CORRECTA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO YESANNA RUIZDÍAZ ADORNO	885
197 CALIDAD DEL SUEÑO EN LAS PERSONAS MAYORES ALEJANDRO CEPEDAL FERNÁNDEZ, ELENA VAZQUEZ BARBON, CRISTINA TUYA FERNÁNDEZ, AROA GONZÁLEZ GARCÍA Y ALBA GONZÁLEZ GONZÁLEZ	889
198 EL DUELO Y LOS CUIDADOS ENFERMEROS SILVIA MARIA VILLAR LUEJE Y CRISTINA CRISTOBAL ALLER	893

199	ÚLCERA PÉPTICA, SÍNTOMAS, CAUSAS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) TANIA BERNAL ALVAREZ, ROSA LUZ LEAL FERNÁNDEZ Y MARGARITA ALVAREZ HERNANDEZ	899
200	CONOCER EL PIE DIABÉTICO CRISTINA CRISTOBAL ALLER, SILVIA MARIA VILLAR LUEJE Y GONZALO PRIETO CRISTOBAL	903
201	FASCITIS PLANTAR CELIA MARTINO GONZALEZ, CYNTHIA GEDDES CUETO, EVA MARÍA LÓPEZ ALVAREZ Y BEGOÑA RIVERA QUESADA	909
202	EL INSOMNIO, UN PROBLEMA COMÚN Y FRECUENTE CYNTHIA GEDDES CUETO, CELIA MARTINO GONZALEZ, EVA MARÍA LÓPEZ ALVAREZ Y BEGOÑA RIVERA QUESADA	913
203	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PROCESO DE VACUNACIÓN ENCARNACIÓN LOPEZ SANTOS, LUCIA DIAZ RIVERO, CRISTINA RATO DOPAZO, JOYCE ANDREINA CAÑAR MARTINEZ Y VICTORIA RIOS ANTON	917
204	EL ALZHEIMER, ¿CUANTO LO CONOCES? ISABEL GONZÁLEZ ZAMARREÑO	921
205	ÚLCERAS POR PRESIÓN: EL PERSONAL SANITARIO QUE PUEDE PREVENIRLO CORNELIA DOBROTA	925
206	EL CUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO POR EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA BEATRIZ ROMERO ARROYO	929
207	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ANA MARIA ALONSO ROJO Y CATALINA GARCÍA DA-CUNHA	933

208 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL ANA MARIA MENENDEZ MENENDEZ	937
209 LA TURNICIDAD Y SUS PATOLOGÍAS ROSA SUAREZ GARCIA Y ANA ISABEL DACAL LÓPEZ	943
210 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL TRASTORNO BIPOLAR ANA MARIA ALONSO ROJO Y CATALINA GARCÍA DA-CUNHA	947
211 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS CAÍDAS EN ANCIANOS CARMEN VERÓNICA HUACANI MAMANI	953
212 CONOCIMIENTOS BÁSICOS DEL TCAE EN EL EMBARAZO SUSANA YEGUAS GONZALEZ, RICARDO LEONEL BAQUE VACA, LAURA PÉREZ PRIETO, ESTEFANIA PRADO SUAREZ Y HÉCTOR SANTOS JIMENEZ	957
213 LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA ADÁN RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ	961
214 EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y EL MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN BEATRIZ ROMERO ARROYO	965
215 EL AUXILIAR FRENTE A LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CARMEN VERÓNICA HUACANI MAMANI	969
216 LA NEUMONÍA BILATERAL SANDRA ZAPICO LÓPEZ, M DEL PILAR ARTOS RIO, NURIA ZAPICO FERNÁNDEZ Y ROCÍO PILLADO LOUZAO	973
217 LA FAMILIA ANTE EL ENFERMO MENTAL SARAY ÁLVAREZ LUAÑA, MARTA ELISA PANDIELLA GARCÍA, BORJA DIEGO MIGUEL, PILAR FERNANDEZ GONZÁLEZ Y MARTA MIGUEL PICHEL	977

218	RELACIÓN DE AYUDA EN ENFERMERÍA GRACIELA PÉREZ GARCÍA	983
219	CAUSAS PRIMORDIALES PARA CONTROLAR LA OBESIDAD INFANTIL NELLY FERNÁNDEZ ABRIL	987
220	EXPOSICIÓN Y ESTUDIO DE LA FIEBRE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARISOL RODRÍGUEZ DE LAS NAVAS, MARIA VIOLETA ARROYO VILLASEVIL, EVA GONZALEZ MOLINA, PILAR DONAIRE GUTIERREZ Y RAQUEL ALAMILLO GARCÍA-PATOS	991
221	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA FASE PREOPERATORIA DE LA PIEL PILAR DONAIRE GUTIERREZ, MARISOL RODRÍGUEZ DE LAS NAVAS, MARIA VIOLETA ARROYO VILLASEVIL, EVA GONZALEZ MOLINA Y RAQUEL ALAMILLO GARCÍA-PATOS	995
222	EL AUXILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA ANDREA LOPEZ RICO	999
223	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN RAQUEL ALAMILLO GARCÍA-PATOS, MARISOL RODRÍGUEZ DE LAS NAVAS, MARIA VIOLETA ARROYO VILLASEVIL, EVA GONZALEZ MOLINA Y PILAR DONAIRE GUTIERREZ	1003
224	LA LACTANCIA MATERNA PAULA GARCÍA GARCIA	1007
225	DEAMBULACIÓN Y MOVILIZACIÓN PARA PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA MELANIE NAVIA LOPEZ, Mª ROSA IGLESIAS ALVAREZ Y MARTA MARIA GONZALEZ ZAPICO	1011
226	EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA (LRD) LUIS MANUEL DE LA ROZA GRANDA	1015

227	LOS DIFERENTES TIPOS DE LA DISFAGIA LETICIA FERNANDEZ GARCIA	1021
228	EL TRASTORNO DEL SUEÑO EN LOS ANCIANOS CARMEN VERÓNICA HUACANI MAMANI	1025
229	MUJER 50 AÑOS. ANEMIA FERROPÉNICA MARÍA JOSÉ LÓPEZ ARNE	1029
230	LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LAS INFECCIONES DEL TRÁNSITO URINARIO ROSA MARÍA CANCIO GARCÍA	1033
231	LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES ROCÍO PILLADO LOUZAO, NURIA ZAPICO FERNÁNDEZ, SANDRA ZAPICO LÓPEZ Y M DEL PILAR ARTOS RIO	1043
232	LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DEL PACIENTE DIABÉTICO EVA GARCÍA GONZÁLEZ	1047
233	APNEA DEL SUEÑO SUSANA MARINA GONZÁLEZ, ENITH CUENCA LOAIZA, TAMARA IGLESIAS DÍAZ, SARA DEL RIO DOS SANTOS Y DESIREE FERNANDEZ PAREJA	1051
234	ABORDAJE DE LA SOLEDAD EN ADULTO MAYOR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA MARÍA DE LA CONCEPCIÓN MARTÍN TRUJILLO	1055
235	EL ABUSO SEXUAL EN MENORES PAULA GARCÍA GARCIA	1059
236	GESTIÓN Y CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS ANDREA CASTELO SAGÜILLO	1063
237	ATENCIÓN DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TERMINAL SAMUEL MATIA BELTRAN	1067

238	ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE TERMINAL LAURA SUÁREZ TALAVAN	1071
239	TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS LORENA RODRIGUEZ LANZA	1075
240	LA ARTROSIS. SÍNTOMAS Y MEDIDAS PREVENTIVAS HENAR BLANCO FERNÁNDEZ	1079
241	HERRAMIENTAS PARA UNA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL USUARIO DEL SISTEMA DE SALUD MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO, ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA, ELENA MUÑIZ ALVAREZ, NURIA DÍAZ ARIAS Y CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ	1083
242	LA ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO MARIA DEL CARMEN BEDIA PALMERO	1087
243	EL ENTORNO Y LA ATENCIÓN HOSPITALARIA SEGÚN EL PUNTA DE VISTA DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA SILVIA ALONSO ALBUERNE	1091
244	HERRAMIENTAS PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA CON EL USUARIO O PACIENTE VANESA MATA RAMOS	1095
245	EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) NATALIA SEMEDO	1099
246	LOS RIESGOS LABORALES HOSPITALARIOS LORENA RODRIGUEZ LANZA	1103
247	EL TCAE Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO JOYCE ANDREINA CAÑAR MARTINEZ, VICTORIA RIOS ANTON, CRISTINA RATO DOPAZO, ENCARNACIÓN LOPEZ SANTOS Y LUCIA DIAZ RIVERO	1107

248	SÍNDROME DE MALABSORCIÓN ANA ISABEL GARRIDO MARTINEZ	1111
249	TIPOS DE TERAPIAS EN PACIENTES CON ALZHEIMER SANTA VIRGINIA ZAMBRANO ZAMBRANO, MARÍA ISABEL SILVA GONZALEZ Y ANA MARIA ESCALANTE LORENZO	1117
250	IMPORTANCIA DEL EJERCICIO PARA UNA BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL ANA MARIA ESCALANTE LORENZO, SANTA VIRGINIA ZAMBRANO ZAMBRANO Y MARÍA ISABEL SILVA GONZALEZ	1121
251	ANSIEDAD EN PACIENTES, SÍNDROME DE LA BATA BLANCA BERNARDA GRANILLO PAREDES	1125
252	PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA MARÍA JOSÉ LÓPEZ ARNE	1129
253	TIPOS DE ENEMAS Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA ROSA ANA ESPINA FERNÁNDEZ	1133
254	PUNTOS CLAVE DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS RAMON ALEJANDRO GARCIA MARTINEZ	1137
255	EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN SANIDAD RAMON ALEJANDRO GARCIA MARTINEZ	1141
256	EL ESTRÉS LABORAL DENTRO DEL PUESTO DE TRABAJO MONTSERRAT CAROLINA CORDOBA ALVAREZ Y MARIA CARMEN IGLESIAS GARCIA	1145
257	ACCIDENTES LABORALES IN ITINERE, COMO AFECTA AL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) MONTSERRAT CAROLINA CORDOBA ALVAREZ Y MARIA CARMEN IGLESIAS GARCIA	1149
258	USO CORRECTO DE LA MASCARILLA MARIA DEL CARMEN BEDIA PALMERO	1153

259	CUIDADOS Y CLASIFICACIÓN DE LOS DRENAJES ELIA FUNES RUIZ	1157
260	EL TABAQUISMO. ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) TANIA GARCÍA LOMBARDÍA	1161
261	SANIDAD Y ESTRÉS LABORAL MARIA DEL CARMEN BEDIA PALMERO	1165
262	LAS PRECAUCIONES A TENER EN CUENTA POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUANTO AL AISLAMIENTO POR CONTACTO MARÍA DE LOS ÁNGELES MORA PEÑA Y SARAMA DELTELL MONTORO	1169
263	OTITIS MEDIA AGUDA EN ADULTOS DOBRE RODICA, ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA Y CARMEN MUÑIZ ALVAREZ	1173
264	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD ANA SAN MARTÍN LÓPEZ	1177
265	MEDIDAS DE CONTENCIÓN EN PACIENTES DE PSIQUIATRÍA ELIA FUNES RUIZ	1181
266	SALUD LABORAL: COMO EVITAR LOS RIESGOS BIOLÓGICOS COVADONGA GARCIA ALVAREZ, TERESA ESTHER FERNANDEZ GUERRA Y CAROLINA ALVAREZ CURRAS	1185
267	INCONTINENCIA URINARIA: CAUSAS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA CARMEN MUÑIZ ALVAREZ, ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA Y DOBRE RODICA	1191
268	LA MAMOGRAFÍA UN BUEN ALIADO EN LA DETECCIÓN TEMPRANA Y EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LAS ENFERMEDADES MAMARIAS JESSICA FERNANDEZ GARCIA	1195

269 INFLUENCIA DE LA CONTAMINACIÓN SOBRE NUESTRA SALUD ROSARIO HENAR GALLEG0 RIVERO	1199
270 PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES MALENA MENCÍA DE LA FUENTE	1203
271 EL RUIDO EN LOS CENTROS SANITARIOS ROSARIO HENAR GALLEG0 RIVERO	1209
272 FUNCIONES DEL TCAE EN CUIDADOS POST MORTEM MÓNICA RODRÍGUEZ SIMÓN, ANA ISABEL FERNANDEZ DIEGO Y PAULA PUENTE RODRIGUEZ	1213
273 EL TÉCNICO DE ENFERMERÍA Y LAS POSICIONES HOSPITALARIAS ROSA ANA ESPINA FERNÁNDEZ	1217
274 EL TCAE Y SUS FUNCIONES EN EL APOYO DOMICILIARIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA MARÍA DE LOS ÁNGELES MORA PEÑA Y SARAMA DELTELL MONTORO	1221
275 EL CÁNCER DE MAMA JESSICA FERNANDEZ GARCIA	1225
276 LAS FUNCIONES DEL TCAE EN EL SERVICIO ESPECIAL DE PARTOS REBECA RODRIGUEZ ARGÜELLES	1229
277 ACTUACIONES BÁSICAS EN PRIMEROS AUXILIOS ANA ISABEL GARRIDO MARTINEZ	1233
278 ACCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ANCIANOS CON DIABETES MELLITUS SUSANA FERNÁNDEZ DE DIOS, OTTILIA ARIANA GHERLAN, JESSICA LUNA IGLESIAS, CARLA GÓMEZ LÓPEZ Y NATALIA SERONERO LLORENTE	1239
279 LA HERNIA INGUINAL. SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ROSA MARÍA CANCIO GARCÍA	1243

- 280 CUIDADOS DEL PERSONAL SANITARIO A PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE PARKINSON**
SARAI RODRÍGUEZ MARTÍN, MARIA YAMILE PANEQUE CUEVAS,
OLGA LANA DÍAZ, MARÍA GONZÁLEZ LANA Y SUSANA PENÍN
CASTRO 1253
- 281 CÓMO AFECTA EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO**
LORENA PENA HERNÁNDEZ, ANA BELÉN COSTA ANES, AZAHARA
MIER MARTÍN, MARIA JOSE GÓMEZ FERREIRO Y MARIA GARCÍA
MORTERA 1257
- 282 CÁNCER DE CÉRVIX, CRIBADO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**
ROSA MARÍA CANCIO GARCÍA 1261
- 283 ACCIONES AL PACIENTE ONCOLÓGICO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
EVA DOPAZO RIVAS, MARIA ARANZAZU MARTÍN BUJEIRO,
VANESSA GONZÁLEZ LUNA, BENILDE ALBERTA PRIETO JIMÉNEZ
Y ANA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ 1273
- 284 ACCIONES DEL PERSONAL SANITARIO ANTE UN PACIENTE CON OBESIDAD**
MARÍA ESTHER PÉREZ MAYO, EVA FERNANDEZ ALVAREZ, MARIA
CLARA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, INMACULADA BLANCO
VALERO Y SILVIA CUETO MARCOS 1277
- 285 CUIDADOS DEL PERSONAL SANITARIO A UN PACIENTE CON QUEMADURAS**
EVA FERNANDEZ ALVAREZ, MARIA CLARA HERNÁNDEZ
HERNÁNDEZ, INMACULADA BLANCO VALERO, SILVIA CUETO
MARCOS Y MARÍA ESTHER PÉREZ MAYO 1283
- 286 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR**
MARIA LUISA JESÚS GARCÍA REDRUELLO 1287

287EL SÍNDROME DEL QUEMADO	
LAURA LUNA SUAREZ, MARÍA LUISA SUÁREZ ÁLVAREZ, MARIA MERCEDES REY FERNANDEZ, VICTOR DIAZ FERNANDEZ Y VERONICA PRIETO SALAS	1291
288EL LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS	
CANDELA SANCHEZ SANTIRSO	1295
289¿QUÉ ES LA COVID-19?	
CANDELA SANCHEZ SANTIRSO	1301
290SOPORTE VITAL BÁSICO	
CANDELA SANCHEZ SANTIRSO	1305
291LA DISFAGIA TRAS EL ICTUS	
ANDREA CASTELO SAGÜILLO	1309
292REPERCUSIONES DE LA PANDEMIA COVID 19 EN EL TRABAJO DE LOS TCAES GERIÁTRICOS	
ERNESTINA CAÑIZARES RODRÍGUEZ Y MARÍA ISABEL IGLESIAS ALONSO	1313
293EL NACIMIENTO VENCE AL PLEXO	
LAURA ALONSO MEDERO Y MARÍA ANTONIA ALONSO GARCÍA	1317
294UNA VEJIGA... ¿INQUIETA?	
LAURA ALONSO MEDERO Y MARÍA ANTONIA ALONSO GARCÍA	1321
295ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS Y FISIOTERAPIA PARA COMBATIR EL DOLOR MUSCULAR	
ALICIA SÁNCHEZ CABALLERO, ROSA MARIA PASAN CAMACHO Y SOFÍA GARCÍA-PARLA ROMERO	1325
296FISIOTERAPIA EN EL MIELOMENINGOCELE	
ROSA MARIA PASAN CAMACHO, SOFÍA GARCÍA-PARLA ROMERO Y ALICIA SÁNCHEZ CABALLERO	1333

- 297 TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO MEDIANTE ELECTROTERAPIA EN LA AXONOTMESIS**
SOFÍA GARCÍA-PARLA ROMERO, ALICIA SÁNCHEZ CABALLERO Y ROSA MARIA PASAN CAMACHO 1341
- 298 SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CALIDAD ASISTENCIAL EN REHABILITACIÓN . REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
SONIA FERREIRO MIRAGAYA Y EVA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ 1347
- 299 IMPORTANCIA DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR**
DIULA MARTÍNEZ GONZÁLEZ, LORENA FERNÁNDEZ VILLAVERDE, ARÁNZAZU SÁNCHEZ GONZÁLEZ, MARÍA DOLORES GARCÍA JORGE Y MARÍA GONZÁLEZ ESPINOSA 1363
- 300 BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN ANCIANOS**
MARÍA DOLORES GARCÍA JORGE, MARÍA GONZÁLEZ ESPINOSA, DIULA MARTÍNEZ GONZÁLEZ, ARÁNZAZU SÁNCHEZ GONZÁLEZ Y LORENA FERNÁNDEZ VILLAVERDE 1369
- 301 VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS**
FRANCISCO MIGUEL LATORRE CASTILLA, PILAR FERNÁNDEZ CORTINA, DIEGO CABELLO ALONSO, JOSÉ LÓPEZ FERNÁNDEZ-ROLDÁN Y MARIA DOLORES MOLINA NAVARRO 1373
- 302 EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**
PILAR FERNÁNDEZ CORTINA, DIEGO CABELLO ALONSO, JOSÉ LÓPEZ FERNÁNDEZ-ROLDÁN, FRANCISCO MIGUEL LATORRE CASTILLA Y MARIA DOLORES MOLINA NAVARRO 1379
- 303 EFECTIVIDAD DE LA REALIDAD VIRTUAL EN LA MARCHA Y EQUILIBRIO DE PACIENTES DE PARKINSON: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**
DIEGO CABELLO ALONSO, FRANCISCO MIGUEL LATORRE CASTILLA, PILAR FERNÁNDEZ CORTINA, JOSÉ LÓPEZ FERNÁNDEZ-ROLDÁN Y MARIA DOLORES MOLINA NAVARRO 1385

304	EJERCICIO TERAPÉUTICO Y FISIOTERAPIA EN LA OSTEOARTRITIS DE RODILLA YASMINA ÁLVAREZ OVIEDO	1391
305	EJERCICIO TERAPÉUTICO Y FISIOTERAPIA EN LA TENDINOPATÍA AQUÍLEA YASMINA ÁLVAREZ OVIEDO	1395
306	ESCOLIOSIS CONGÉNITA. A PROPOSITO DE UN CASO LETICIA SÁNCHEZ MENÉNDEZ	1399
307	CASO CLÍNICO: FISIOTERAPIA EN RECAMBIO DE PRÓTESIS DE CADERA ALINA VILLAR LÓPEZ Y CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ	1403
308	IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA EN ESCLEROSIS MULTIPLE. CASO CLÍNICO ALINA VILLAR LÓPEZ Y CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ	1407
309	TRATAMIENTO DE LOS DIENTES PERMANENTES INMADUROS CON NECROSIS PULPAR FRANCISCO RODRÍGUEZ HERRERA	1411
310	LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) MONTSERRAT FERNÁNDEZ VALBUENA	1415
311	APLICACIONES BASADAS EN LA ACCIÓN DE LA MATERIA SOBRE LA RADIACIÓN PARA TÉCNICOS SUPERIORES EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR JESÚS ARREDONDO YANGUAS	1421
312	BURNOUT O SÍNDROME DEL TRABAJADOR QUEMADO MARTIN LOPEZ GARCIA	1425
313	ALTERACIONES EN LA TIROIDES POR CARENCIA DE YODO HENAR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ	1429
314	OCLUSIÓN DENTAL Y MALOCCLUSIÓN LUCIA GONZALEZ LUCENA	1433

315 ESTUDIO RADIOLÓGICO DE LA MAMA Y LA IMPORTANCIA DEL TSID EN SU REALIZACIÓN MARTIN LOPEZ GARCIA	1437
316 BENEFICIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y VENTAJAS PARA EL USUARIO Y/O PACIENTE MARIA BLANCA GONZÁLEZ ÁLVAREZ	1441
317 ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN EL EMBARAZO MARIA BLANCA GONZÁLEZ ÁLVAREZ	1445
318 LA ENFERMEDAD PERIODONTAL LUCIA GONZALEZ LUCENA	1449
319 HIGIENE DE MANOS EN EL LABORATORIO CLINICO CARIDAD ARROYO MARTIN	1453
320 HIGIENE Y NORMAS DE SEGURIDAD EN EL LABORATORIO CLÍNICO. MINIMIZAR LOS POSIBLES RIESGOS EN EL TRABAJO Y CONOCER LOS ELEMENTOS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTES BEGOÑA BALBUENA RODRIGUEZ	1457
321 RESONANCIA MAGNÉTICA FETAL NEREA ALVAREZ PICOS	1467
322 ANÁLISIS PATOLÓGICO DE CÁNCER DE MAMA VERÓNICA PIEDRA FERNÁNDEZ	1473
323 SÍNDROME DE HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO-MOLAR EN DENTICIÓN DEFINITIVA MIRIAM LASTRA RAMOS	1477
324 CONCEPTOS CLAVES PARA TSID. MANEJO DEL VOCABULARIO DE LOS TECNICOS EN EL AMBIENTE COMUNITARIO NOELIA MAQUEDA GUILLEN	1483
325 LA RESISTENCIA A LOS ANTIBIÓTICOS. UNA GRAN AMENAZA PARA LA SALUD MUNDIAL BEATRIZ FERNANDEZ MORAN	1487

326	PATOLOGÍAS ORALES EN PACIENTES CON ANOREXIA Y BULIMIA MARIA SOL VAZQUEZ BERDASCO	1491
327	CÁNCER DE OVARIOS. IMPORTANCIA DE UN BUEN DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO EN LOS DIFERENTES TIPOS DE LABORATORIOS ANDREA GARCÍA FERNÁNDEZ, VANESSA GARCÍA DE LA FUENTE, LUCÍA RONDEROS LÓPEZ, VERÓNICA SANMARTINO CUETO Y MELISA VEIGA BAPTISTA	1495
328	PRUEBAS PARA DIAGNOSTICAR LA FIBROSIS QUÍSTICA YOLANDA FRANCOS ÁLVAREZ Y EVA ÁLVAREZ EIROA	1499
329	PRUEBAS PARA DETECTAR EL LINFOMA DE HODGKIN EVA ÁLVAREZ EIROA Y YOLANDA FRANCOS ÁLVAREZ	1503
330	ANÁLISIS PATOLÓGICO DE CANCER DE ENDOMETRIO VERÓNICA PIEDRA FERNÁNDEZ	1509
331	RESIDUOS SANITARIOS EN FARMACIA HOSPITALARIA ESTELA GONZALEZ CUERVO	1513
332	LA IMPORTANCIA DE UN CORRECTO LAVADO DE MANOS PARA LOS HIGIENISTAS EN LA CLÍNICA DENTAL MARÍA CRISTINA ALONSO ÁLVAREZ	1517
333	ANATOMÍA PATOLÓGICA Y DIAGNOSTICO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD DE PICK VANESSA GARCÍA DE LA FUENTE, LUCÍA RONDEROS LÓPEZ, VERÓNICA SANMARTINO CUETO, MELISA VEIGA BAPTISTA Y ANDREA GARCÍA FERNÁNDEZ	1521
334	HIGIENE BUCODENTAL DE PACIENTES CON APARATOS DE ORTODONCIA VANESA FERNANDEZ VILLAR	1531
335	DEFECOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR CARMEN JULIA LLERENA LLORET	1535

336	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN FARMACIA HOSPITALARIA ESTELA GONZALEZ CUERVO	1539
337	ALERGIAS ALIMENTARIAS EN PEDIATRIA. DIFERENCIA ENTRE ALERGIAS MEDIADAS Y NO MEDIADAS POR IGE Y TECNICAS PARA DETERMINARLAS. LORENA ABREVAYA GONZÁLEZ, SARA MATILLA IGLESIAS Y CELESTINA GONZALEZ GARCIA	1543
338	EL MANEJO DE CITOSTÁTICOS BEATRIZ FERNANDEZ MORAN	1547
339	LOS MICROORGANISMOS Y SUS ENFERMEDADES SARA FERNANDEZ MARTINEZ	1553
340	LA RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DENTAL U ORTOPANTOMOGRAFÍA. UTILIZACIÓN DE LOS RAYOS X PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES EN LA CAVIDAD ORAL PALOMA ALONSO OREJUDO	1557
341	LA UTILIZACIÓN DE LA RADIACIÓN Y LA MEDICINA NUCLEAR PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES, USOS Y APLICACIONES DE LA PET PALOMA ALONSO OREJUDO	1561
342	TEST DE SCHILING. DETERMINACIÓN DE LA ABSORCION DE LA VITAMINA B12 (COBALAMINA) LORENA ABREVAYA GONZÁLEZ, SARA MATILLA IGLESIAS Y CELESTINA GONZALEZ GARCIA	1565
343	SALUD ORAL EN EL EMBARAZO VANESA FERNANDEZ VILLAR	1569
344	LOS VIRUS. ESTRUCTURA Y MÉTODOS DE IDENTIFICACIÓN SARA FERNANDEZ MARTINEZ	1575
345	ESTRUCTURA BACTERIANA SARA FERNANDEZ MARTINEZ	1579

346	PRUEBAS HEMATOLÓGICAS SARA FERNANDEZ MARTINEZ	1583
347	MARCADORES TUMORALES SARA FERNANDEZ MARTINEZ	1587
348	LA TINCIÓN DE PAS EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLOGICA JUDITH ALVAREZ RODRÍGUEZ	1593
349	ACOSO PSICOLÓGICO EN EL ENTORNO SANITARIO (MOBBING) CARLA PEREZ VALDES	1597
350	COMUNICACIÓN CON LOS NIÑOS EN EL ÁMBITO SANITARIO ANDREA DÍAZ GARCÍA Y NOEL PAINO MARTÍNEZ	1601
351	ACCIDENTES LABORALES IN ITINERE CARLA PEREZ VALDES	1605
352	UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN LA VALORACIÓN DE LA PRÓSTATA SILVIA SOUSA SÁNCHEZ	1609
353	QUISTE DE BACKER SILVIA SOUSA SÁNCHEZ	1613
354	EL TÉCNICO EN DOCUMENTACIÓN SANITARIA Y SU FUNCIONES RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLÍNICA ANA DANIELA MATEI CARP	1619
355	DEFICIENCIA DE GLUCOSA 6-FOSFATO DESHIDROGENASA Y SU IMPLICACIÓN EN LA ANEMIA HEMOLÍTICA INDUCIDA POR ANTIBIÓTICOS ÁNGELA JORGE ÁLVAREZ	1623

356	TSID: ¿ES ESENCIAL EL USO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA COMO TÉCNICA RADIOLÓGICA DE PRIMERA ELECCIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS MÚSCULO-TENDINOSAS FRENTE A LA ECOGRAFÍA? MARIA DEL VALLE PANZUELA LÓPEZ, FLORA JOSEFINA MOUZO SUÁREZ Y COVADONGA ESMERALDA LORENZO LONGEDO	1627
357	TÉCNICAS DE INMOVILIZACIÓN EN PEDIATRÍA SUSANA DIAZ REVUELTA Y LAURA DIEZ GONZALEZ	1633
358	EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN EL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO MARÍA ISABEL MARTÍN CASTAÑO Y NOELIA VILLACORTA FLOREZ	1637
359	COLONO TAC O COLONOSCOPIA VIRTUAL LAURA DIEZ GONZALEZ Y SUSANA DIAZ REVUELTA	1641
360	TINCION DE ZIEHL-NEELSEN SARA SÁNCHEZ DEL VALLE	1645
361	LABORATORIO DE HISTOLOGÍA. EL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL PROCESO DE FIJACIÓN E INCLUSIÓN DE LOS TEJIDOS FRANCISCO JAVIER HONRUBIA FERNÁNDEZ	1649
362	TÉCNICA DE LA MAMOGRAFIA SORAYA ÁLVAREZ GARCÍA Y BEATRIZ GONZÁLEZ RODRÍGUEZ	1653
363	EFFECTOS DEL ABUSO DE IBUPROFENO ANDREA PERUYERO MARTINEZ Y AIDA GONZALEZ BLANCO	1657
364	DETERMINACIÓN DE OXIUIROS MEDIANTE METODO DE GRAHAM LUCIA CASTILLA FERNANDEZ Y BEATRIZ RUIZ RINCÓN	1661

365	TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO (TSID): INVESTIGANDO OTRAS APLICACIONES DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA: APOYO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO FLORA JOSEFINA MOUZO SUÁREZ, COVADONGA ESMERALDA LORENZO LONGEDO Y MARIA DEL VALLE PANZUELA LÓPEZ	1665
366	EL HIGIENISTA BUCODENTAL. LA ERGONOMÍA EN EL TRABAJO SARAMA DELTELL MONTORO	1669
367	UROGRAFÍA POR TAC CARMEN JULIA LLERENA LLORET	1673
368	USO DE LA RADIOLOGÍA FORENSE ALBA CUERVO GÓMEZ	1677
369	HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO NOEL PAINO MARTÍNEZ Y ANDREA DÍAZ GARCÍA	1683
370	EL TSID Y LAS NOVEDADES DEL USO DEL ULTRASONIDO (ECOGRAFÍA) EN TÉCNICAS ANESTÉSICAS COVADONGA ESMERALDA LORENZO LONGEDO, MARIA DEL VALLE PANZUELA LÓPEZ Y FLORA JOSEFINA MOUZO SUÁREZ	1687
371	TÉCNICO ESPECIALISTA EN LABORATORIO: PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA ANA ESMERALDA LÓPEZ TERRAZAS	1691
372	LA ACTUACIÓN DEL CELADOR FRENTE A LOS DIFERENTES TIPOS DE PACIENTES Y/O USUARIOS DE LA SANIDAD MARIA ISABEL RODRÍGUEZ MONTES	1695
373	EL CELADOR: ACTITUDES HUMANIZADORAS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE MARIA ISABEL RODRÍGUEZ MONTES	1699
374	EL CELADOR: LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN LA SANIDAD MARIA ISABEL RODRÍGUEZ MONTES	1703

375	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: EL ESTRÉS EN LOS TRABAJADORES DE INSTITUCIONES SANITARIAS EL SÍNDROME DE BURNOUT	SUSANA FERNÁNDEZ LOPEZ	1707
376	EL CELADOR EN FARMACIA	AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ	1711
377	SÍNDROME DE BURNOUT O SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO	FERNANDO GONZÁLEZ SUÁREZ	1715
378	PANTALLAS PROTECTORAS Y MASCARILLAS COMO BARRERA COMUNICATIVA ENTRE USUARIOS Y PROFESIONALES DEL SERVICIO DE SALUD	MÓNICA MARÍA RODRÍGUEZ SIERRA, NOELIA PLIEGO GÓMEZ, ISABEL CIUDAD RODRIGUEZ Y SARA ALONSO FERNANDEZ	1719
379	EL ESTRÉS LABORAL CRÓNICO. PROCESO DE GENERACIÓN DEL BURNOUT EN EL MEDIO SANITARIO.	MARÍA REBECA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ	1725
380	LOS DATOS PERSONALES EN EL AMBITO SANITARIO Y LA RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL NO SANITARIO EN SU MANEJO Y CUSTODIA	ISABEL CIUDAD RODRIGUEZ, MÓNICA MARÍA RODRÍGUEZ SIERRA, NOELIA PLIEGO GÓMEZ Y SARA ALONSO FERNANDEZ	1729
381	COMO PREVENIR LAS LESIONES DE ESPALDA	FIDEL FERNÁNDEZ GARCÍA	1733
382	VIOLENCIA Y AGRESIVIDAD EN EL AMBITO SANITARIO, HACIA EL PERSONAL SANITARIO, DESDE LA VISION DEL TRABAJADOR SOCIAL	EVA MARIA GARCÍA MINAS	1737
383	EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL, DURANTE EL COVID-19, EN EL ÁMBITO SANITARIO. LOS RASTREADORES EN ASTURIAS	EVA MARIA GARCÍA MINAS	1743

- 384**IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA Y LA COMUNICACIÓN EN SALUD
EVA MARIA GARCÍA MINAS 1749
- 385**CONTROLAR LAS SITUACIONES DIFÍCILES EN LA ATENCIÓN A
LOS USUARIOS
VERÓNICA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ 1753
- 386**AGRESIONES SUFRIDAS POR TODOS LOS TRABAJADORES DEL
SECTOR SANITARIO
MªJACQUELINE CACHERO ALVAREZ, LORENA PADILLA
MARTINEZ, PALOMA ARANGO LÓPEZ, VERONICA ESPINA
MENENDEZ Y ESTHER BIGOTES ARGÜELLES 1759
- 387**EL ACOSO LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO.
CONSECUENCIAS PARA TODOS LOS TRABAJADORES
LORENA PADILLA MARTINEZ, PALOMA ARANGO LÓPEZ,
VERONICA ESPINA MENENDEZ, ESTHER BIGOTES ARGÜELLES Y
MªJACQUELINE CACHERO ALVAREZ 1765
- 388**EL DERECHO AL DESCANSO
SARA ALONSO FERNANDEZ, ISABEL CIUDAD RODRIGUEZ,
MÓNICA MARÍA RODRÍGUEZ SIERRA Y NOELIA PLIEGO GÓMEZ 1771
- 389**LA SALUD COMUNITARIA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA
CONTRIBUCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
MARTA CALDERÓN VALVERDE 1775
- 390**ESTRÉS CRÓNICO DE LOS CELADORES EN EL ÁMBITO
SANITARIO
AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ 1779
- 391**LA PSIQUIATRÍA Y LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD.
ACTUACIÓN DEL CELADOR
NAZARET MARCIAL DE LA CRUZ, MARIA DEL CARMEN ROMERO
RAMIREZ, MARIA DEL ROSARIO LUDEÑA PULIDO, CARLOS
MARCIAL DE LA CRUZ Y ANGEL MIGUEL PINTOR OLIVARES 1783

392	LA ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE Y SUS FAMILIARES NAZARET MARCIAL DE LA CRUZ, MARIA DEL CARMEN ROMERO RAMIREZ, MARIA DEL ROSARIO LUDEÑA PULIDO, CARLOS MARCIAL DE LA CRUZ Y ANGEL MIGUEL PINTOR OLIVARES	1789
393	ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA NAZARET MARCIAL DE LA CRUZ, MARIA DEL CARMEN ROMERO RAMIREZ, MARIA DEL ROSARIO LUDEÑA PULIDO, CARLOS MARCIAL DE LA CRUZ Y ANGEL MIGUEL PINTOR OLIVARES	1793
394	EL CELADOR Y EL USO DE LAS DISTINTAS POSICIONES EN LAS MOVILIZACIONES DE PACIENTES AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ	1797
395	EL CELADOR EN EL ALMACEN AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ	1803
396	LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACION ENTRE EL CELADOR Y EL PACIENTE AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ	1807
397	LA COMUNICACIÓN: EVITAR BARRERAS Y FOMENTAR HABILIDADES NOELIA PLIEGO GÓMEZ, SARA ALONSO FERNANDEZ, ISABEL CIUDAD RODRIGUEZ Y MÓNICA MARÍA RODRÍGUEZ SIERRA	1813
398	SOBREEXPOSICIÓN AL USO DE PANTALLAS EN AUXILIARES ADMINISTRATIVOS PAULA FERNÁNDEZ VÁZQUEZ	1819
399	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EVA SECADES RODRÍGUEZ	1825
400	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO IGNACIO AZPIAZU DEL RIO	1831

- 401 POSTURAS QUE DEBERÍA CONOCER EL CELADOR DE QUIRÓFANO SEGÚN EL TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
ROSA ABEL PARAJÓN CANGA Y ANA MARÍA MÉNDEZ QUINTANA 1835
- 402 CELADORES/AS EL USO CORRECTO QUE DEBEN HACER DE LA MASCARILLA
ALBA MARÍA FERRERAS CADAVIECO 1841
- 403 RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO
CRISTINA MUÑIZ FERRERO 1845
- 404 ESTRES POSTVACACIONAL EN EL PERSONAL NO SANITARIO
RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA Y JORGE MARTÍNEZ GARCÍA 1849
- 405 SALUD LABORAL. HIGIENE POSTURAL EN EL MEDIO HOSPITALARIO
VANESA CEÑERA FERNANDEZ 1853
- 406 LA IMPORTANCIA DE LA EMPATIA EN LA RELACION DEL PERSONAL NO SANITARIO Y EL PACIENTE
VANESA CEÑERA FERNANDEZ 1857
- 407 SERVICIO DE ADMISION Y DOCUMENTACION CLINICA EN EL MEDIO HOSPITALARIO
VANESA CEÑERA FERNANDEZ 1861
- 408 CÓMO MEJORAR LAS CONDICIONES LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD
CAROLINA ANTUÑA FERNÁNDEZ Y NURIA MARIA GARCÍA POZUECO 1867
- 409 EL SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
ROSA MARIA JOYERA GARCIA 1871
- 410 PRIMEROS AUXILIOS: PRINCIPIOS BÁSICOS DE ATENCIÓN
LAURA MIGUÉLEZ SARMIENTO 1875

411 EL LAVADO DE MANOS DEL PERSONAL NO SANITARIO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO ANTONIO GONZÁLEZ GUERRERO	1881
412 COMO AFECTA LA VIOLENCIA DE GÉNERO A LA SOCIEDAD JOSE VICENTE GARCIA ALVAREZ Y JUANJOSE TUÑON PRIETO	1887
413 HERRAMIENTAS PARA GESTIONAR EL ESTRÉS EN EL TRABAJO DAVID LOBATO FLECHA	1891
414 RIESGOS ERGONÓMICOS ASOCIADOS A LA ACTIVIDAD DEL PERSONAL NO SANITARIO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS TERESA SÁNCHEZ GARCIA Y RAFAEL SANCHEZ GARCÍA	1895
415 LA IMPORTANCIA DE UN CALZADO IDONEO PARA EL PERSONAL NO SANITARIO JULIO MARTIN SECO Y MARGARITA REIG RUIZ	1901
416 LA IMPORTANCIA DE LA ERGONOMIA EN CENTROS SANITARIOS PARA EL PERSONAL NO SANITARIO MARGARITA REIG RUIZ Y JULIO MARTIN SECO	1905
417 EL ESTRÉS EN EL ÁMBITO LABORAL CESAR DÍAZ PIQUÍN	1909
418 LA HIGIENE DE MANOS CESAR DÍAZ PIQUÍN	1913
419 RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL PUESTO DE CELADOR PABLO GONZÁLEZ MARTÍNEZ	1917
420 ESTRATEGIA "MANOS LIMPIAS SALVAN VIDAS" MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ Y ROSALIA VILLABRILLE MARTÍNEZ	1921
421 LA FIGURA DEL RASTREADOR DE CONTACTOS COVID-19 EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS ROBERTO BENITO FERNANDEZ	1925

- 422EL DESGASTE LABORAL: CONSECUENCIAS Y MANERAS DE COMBATIRLO
NOELIA PLIEGO GÓMEZ, ISABEL CIUDAD RODRIGUEZ, MÓNICA MARÍA RODRÍGUEZ SIERRA Y SARA ALONSO FERNANDEZ 1929
- 423ERGONOMÍA AMBIENTAL
DAVID SASTRE RAMOS 1935
- 424SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL NO SANITARIO
JOSE ANGEL PALACIO PRESA 1939
- 425SISTEMA DE DOTACION Y REPOSICION DE ROPA EN EL SERVICIO DE LAVANDERIA DEL HOSPITAL
JOSE ANGEL PALACIO PRESA Y JORGE PALACIO PRESA 1943
- 426COVID 19 Y VACUNACIÓN: EL PAPEL DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES
NATALIA CALVO TOREL 1949
- 427CELADOR: ESTRÉS LABORAL
ALBA MARÍA FERRERAS CADAVIECO 1953
- 428LA IMPORTANCIA DEL TRIAJE ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA
ALMUDENA GONZALEZ ALONSO 1957
- 429ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE LAVANDERIA HOSPITALARIA EN ATENCIÓN A LAS PECULIARIDADES DEL SERVICIO PARA CONSEGUIR UNA BUENA CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO
JORGE PALACIO PRESA Y ALLENDE ZALVIDEA FERNANDEZ 1961
- 430FACTORES QUE SUPONEN RIESGOS ORGANIZATIVOS PARA CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS
CARMEN NATIVIDAD RODRÍGUEZ RAMOS Y NÉSTOR ÁLVAREZ ALONSO 1965
- 431CONCILIACIÓN VIDA FAMILIAR Y LABORAL PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD
CAROLINA ANTUÑA FERNÁNDEZ Y NURIA MARIA GARCÍA POZUECO 1969

432	COMUNICACIÓN TELEFÓNICA EFECTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA POR LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS MARÍA MONTSERRAT DÍAZ MIGUEL Y NATALIA DÍAZ MIGUEL	1973
433	UNIDADES ADMINISTRATIVAS, GESTIÓN DE TRÁMITES BUROCRÁTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA MARÍA MONTSERRAT DÍAZ MIGUEL Y NATALIA DÍAZ MIGUEL	1977
434	EL USO DE LAS MASCARILLAS MÓNICA RUANO GARCÍA	1983
435	LA ATENCIÓN TELEFÓNICA POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO MÓNICA RUANO GARCÍA	1987
436	LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA MÓNICA RUANO GARCÍA	1991
437	LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO DEL EQUIPO DE SANITARIOS Y NO SANITARIOS ENRIQUE PANDO MATOS	1995
438	PREVENIR Y EVITAR EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO IVÁN BLANCO GONZÁLEZ	2001
439	FACTORES QUE SUPONEN RIESGOS PSICOSOCIALES PARA CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁMBITO SANITARIO Y SUS CONSECUENCIAS NÉSTOR ÁLVAREZ ALONSO Y CARMEN NATIVIDAD RODRÍGUEZ RAMOS	2005
440	TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS IVÁN BLANCO GONZÁLEZ	2009
441	USO NO SEXISTA DEL LENGUAJE ADMINISTRATIVO YESICA CORTE HEVIA, HILDEGARDA CUETOS SUAREZ Y MARIA CRISTINA SUAREZ DIAZ	2013
442	EXCELENCIA EN LA ATENCION AL USUARIO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO ANA GUADALUPE NORIEGA CORDERO	2017

443BARRERAS DE COMUNICACIÓN ENTRE EL CELADOR Y LOS USUARIOS MARÍA SERRANO LLORENTE	2021
444EL PAPEL DEL CELADOR EN EL ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS NAROA MARIA VILLANUEVA LOPEZ	2025
445PREVENCION DEL ESTRÉS LABORAL RUBÉN GARCIA PEREZ	2029
446RIESGOS LABORALES – COMO AFECTA LA TURNICIDAD EN LA SALUD DEL TRABAJADOR SANITARIO Y NO SANITARIO MONICA LÓPEZ PATO	2033
447RIESGOS ASOCIADOS AL USO DE LAS PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS Mª TERESA ARIAS RODRÍGUEZ	2037
448LA HISTORIA CLÍNICA Mª TERESA ARIAS RODRÍGUEZ	2041
449SALUD MENTAL Y SALUD PÚBLICA. ELSA BALLESTEROS REDONDO	2045
450LA FORMACIÓN CONTINUA DEL ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA ALMUDENA GONZALEZ ALONSO	2049
451ASERTIVIDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO SERGIO RODRÍGUEZ EIRAS	2057
452CONDICIONES AMBIENTALES EN EL LUGAR DE TRABAJO MARIA JOSE GONZALEZ CASTRILLON	2061
453ATENCIÓN AL PACIENTE Y OTROS CAMBIOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE EL COVID19 MARIA JOSE GONZALEZ CASTRILLON	2065

454	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN INSTITUCIONES SANITARIAS: CARACTERÍSTICAS DOCUMENTALES DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EMILIA MARTÍNEZ SANTAMARTA	2069
455	LA ERGONOMIA EN EL PUESTO DE CELADOR ROCÍO BARBÓN GONZÁLEZ	2073
456	GESTION DE PACIENTES EN ATENCION PRIMARIA: AUXILIAR ADMINISTRATIVO OLGA MARIA TRUCHERO RODRIGUEZ	2077
457	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL IMPACTO DEL CORONAVIRUS YESICA CORTE HEVIA, MARIA CRISTINA SUAREZ DIAZ Y HILDEGARDA CUETOS SUAREZ	2081
458	USO ADECUADO DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS EN TRABAJOS DE MANTENIMIENTO DAVID LOBATO FLECHA	2085
459	LAVADO DE MANOS, AYER, HOY Y SIEMPRE MARIA DELCARMEN ZAPICO CUESTA	2089
460	TIPOS DE RIESGOS A LOS QUE ESTÁ EXPUESTO EL CELADOR EN SU PUESTO DE TRABAJO BEATRIZ MENÉNDEZ PÉREZ	2093
461	EL LIDERAZGO EN EL ENTORNO SANITARO SONIA M ^a FERNANDEZ RODRIGUEZ	2097
462	PROBLEMAS VISUALES DEL PERSONAL DE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS NATALIA DÍAZ MIGUEL Y MARÍA MONTSERRAT DÍAZ MIGUEL	2101

463	CONOCIMIENTO DE LA LEY DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, LEY 7/2019 DEL 29 DE MARZO PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO INGRID MARILUD SOTO OJEDA, JONATHAN SUÁREZ VARELA, ROCÍO MÉNDEZ GONZALEZ, ANA BELÉN FERNÁNDEZ DE LA CERA Y EMILIA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ	2105
464	LA TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL M ^a TERESA ARIAS RODRÍGUEZ	2109
465	IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS ROCÍO BARBÓN GONZÁLEZ	2113
466	SISTEMA SANITARIO: ORGANIZACIÓN Y GESTION ADMISTRATIVA ANA MARIA LLERA ALONSO Y MARIA VISITACIÓN LLERA ALONSO	2117
467	TRANSVERSALIDAD DE GÉNERO EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS ANA MARIA LLERA ALONSO Y MARIA VISITACIÓN LLERA ALONSO	2125
468	PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO ANA MARIA LLERA ALONSO Y MARIA VISITACIÓN LLERA ALONSO	2133
469	MANUAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LOS CENTROS SANITARIOS MARIA VISITACIÓN LLERA ALONSO Y ANA MARIA LLERA ALONSO	2139
470	LA CONCILIACIÓN: DERECHO DE LOS TRABAJADORES PÚBLICOS EN LOS CENTROS SANITARIOS MARIA VISITACIÓN LLERA ALONSO Y ANA MARIA LLERA ALONSO	2143
471	EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ATENCION AL PACIENTE MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ	2147
472	RIESGOS ASOCIADOS AL PUESTO DE TRABAJO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ	2153

473	EL ESTRÉS DEL PERSONAL NO SANITARIO EN INSTITUCIONES SANITARIAS MARIA DELCARMEN ZAPICO CUESTA	2159
474	EL SECRETO PROFESIONAL EN EL AMBITO SANITARIO MARIA FERNANDA MARTÍNEZ SÁNCHEZ	2163
475	EL CELADOR Y SU ACTUACION EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA MARIA FERNANDA MARTÍNEZ SÁNCHEZ	2171
476	SISTEMAS DE PRODUCCIÓN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS MARÍA JOSÉ FAL MIYAR	2177
477	DEMENCIA FRONTOTEMPORAL; SÍNTOMAS, TRATAMIENTOS Y ATENCIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL LAURA LIZCANO BARREIRA	2181
478	MASCARILLAS FRENTE AL CORONAVIRUS SILVIA VALLINA PUENTE Y ELOY ALONSO VÁZQUEZ	2189
479	LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE DANIEL FERNANDEZ ALVAREZ Y REBECA LOBO DEL ESTAL	2195
480	ENFERMEDAD COVID-19: LA PROTECCIÓN DEL CELADOR YOANA GARCÍA SANTAMARÍA	2199
481	SALUD LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO REMEDIOS PRADA PEREZ	2203
482	AGRESIONES EN EL SECTOR SANITARIO REMEDIOS PRADA PEREZ	2207
483	CELADOR EN CENTROS SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA AGUSTINA MONTALBAN GOMEZ	2211
484	CELADOR Y EL ENFERMO DE ALZHEIMER AGUSTINA MONTALBAN GOMEZ	2215

485	LA CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS EN UN ENTORNO SANITARIO SONIA LORENZO RUBIO	2221
486	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA ANA ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	2229
487	RIESGOS ERGONÓMICOS: ILUMINACIÓN SILVIA VALLINA PUENTE Y ELOY ALONSO VÁZQUEZ	2233
488	AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN TIEMPOS DE COVID-19 OLGA MARIA TRUCHERO RODRIGUEZ	2237
489	LA CARGA MENTAL QUE SUFRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SU PUESTO DE TRABAJO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA FERNANDO ROMÁN FERNÁNDEZ, PURIFICACIÓN ANDRÉS LLANEZA, CARMEN MARIA HIDALGO CARCELES, EVA MARIA DIAZ GARCIA Y OLAYA RUBIO VILCHEZ	2241
490	MASCARILLAS FRENTE AL COVID-19 MARIA DELCARMEN ZAPICO CUESTA	2247
491	AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: REPRESENTACIÓN DE GRÁFICAS LUCÍA PÉREZ RIVERA	2251
492	TRAMITACIÓN DE TARJETA SANITARIA SHEILA GARCÍA HEVIA, MARIA PURIFICACION BAYON FERNANDEZ Y MARTA MONTSERRAT FERNANDEZ IGLESIAS	2255
493	LA HIGIENE Y EL ASEO DEL PACIENTE POR EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO (CELADOR) MARÍA DEL CARMEN RODRÍGUEZ MIRANDA	2261
494	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL ACOSO LABORAL IRENE ZAPICO DURÁN	2265
495	RIESGOS ERGONÓMICOS DEL PERSONAL NO SANITARIO JORGE VALDÉS MONTES Y JULIA VALDÉS MONTES	2269

496	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL ESTRÉS LABORAL IRENE ZAPICO DURÁN	2273
497	VARIANTES DEL COVID-19: ALFA, DELTA, OMICROM, ETC MARIA COVADONGA RUIZ JODRA	2277
498	PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL NO SANITARIO FRENTE A LA COVID19 LORENA MARTINEZ CHAOS	2283
499	COMUNICACIÓN USUARIO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS SERVICIOS DE SALUD: ATENCIÓN TELÉFONICA COVADONGA SUÁREZ GUTIÉRREZ	2287
500	LA PROBLEMÁTICA DEL SEDENTARISMO EN EL ÁMBITO SANITARIO JORGE MARTÍNEZ GARCÍA Y RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA	2293
501	PREVENCIÓN DE INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA ANGELA PARDILLA CASTRO	2297
502	EL CELADOR: LA EUTANASIA Y SUS PROBLEMAS MARÍA INMACULADA PINTADO PÉREZ	2301
503	EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA RAÚL ALBERTO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ	2305
504	LOS CELADORES EN LA REALIZACIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS LOURDES GUTIERREZ LUCENDO	2309
505	LAS AGRESIONES QUE SUFRE TANTO EL PERSONAL SANITARIO COMO EL NO SANITARIO EN EL ÁMBITO SANITARIO PURIFICACIÓN ANDRÉS LLANEZA, CARMEN MARIA HIDALGO CARCELES, DANIEL MARTIN FERNANDEZ, BLANCA LOZANO VALLE Y REBECA SANTOLAYA MAJUELO	2313

506LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS BLANCA LOZANO VALLE, DAVID NAVARRETE FARIÑA Y MIGUEL ÁNGEL DELGADO FERNANDEZ	2317
507FUNCIONES DEL CELADOR EN EL CENTRO DE SALUD MARÍA SERRANO LLORENTE	2321
508LA COMUNICACIÓN EN EL TRABAJO RUBÉN GARCIA PEREZ	2325
509FUNCIÓN DEL CELADOR COMO MIEMBRO DE TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y SU RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ALBERTO MESONERO PRIETO, MARÍA TERESA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ Y SUSANA GRANDE GUTIÉRREZ	2329
510ESTRÉS LABORAL EN EL PUESTO DE TRABAJO BEATRIZ RODRÍGUEZ-MARIBONA TRABANCO	2335
511 LA INFLUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT DEL CELADOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO MARÍA TERESA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, SUSANA GRANDE GUTIÉRREZ Y ALBERTO MESONERO PRIETO	2345
512 LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES EN EL ÁMBITO SANITARIO ANA FERNANDEZ FERNANDEZ, MARTA ELENA MENENDEZ ROLDAN Y MANUEL ANGEL GENARO ALBA	2349
513 SINDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO ANA FERNANDEZ FERNANDEZ, MARTA ELENA MENENDEZ ROLDAN Y MANUEL ANGEL GENARO ALBA	2353
514 TRABAJO EN EQUIPO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA ANA FERNANDEZ FERNANDEZ, MARTA ELENA MENENDEZ ROLDAN Y MANUEL ANGEL GENARO ALBA	2357

515 DEFINICIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN DEL ÁMBITO SANITARIO	
LAURA SAIZ GONZALEZ Y ANA BELEN ONTIVEROS ALVAREZ	2361
516 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA	
LAURA SAIZ GONZALEZ Y ANA BELEN ONTIVEROS ALVAREZ	2365
517 BENEFICIOS DE TRABAJAR EN EQUIPO	
YOLANDA IGLESIAS SANCHEZ	2369
518 MOBBING LABORAL	
SILVIA TRIVIÑO MUÑOZ	2373
519 ACCIDENTES IN ITINERE	
SERGIO RODRÍGUEZ EIRAS	2377
520 COVID-19: MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN Y VACUNACIÓN	
MARIA COVADONGA RUIZ JODRA	2383
521 EL ESTIGMA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES ASOCIADO A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	
MARTA ELENA MENENDEZ ROLDAN, ANA FERNANDEZ FERNANDEZ Y MANUEL ANGEL GENARO ALBA	2391
522 LA INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA EN EL RENDIMIENTO DE LOS TRABAJADORES	
MARTA ELENA MENENDEZ ROLDAN, MANUEL ANGEL GENARO ALBA Y ANA FERNANDEZ FERNANDEZ	2395
523 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLINICA	
FLORENTINA PEREZ ALVAREZ	2401
524 EL PERSONAL NO SANITARIO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO Y LA VIOLENCIA EN EL TRABAJO	
MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ FUERTES	2405
525 LA ATENCIÓN DEL CELADOR A TRAVÉS DEL TELÉFONO	
VANESA GARCÍA SOLÍS	2409

526	RIESGOS DE LA TURNICIDAD EN LOS CELADORES DE URGENCIAS FRANCISCO PÉREZ TORAÑO	2413
527	PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL AMBITO HOSPITALARIO BEATRIZ RODRÍGUEZ-MARIBONA TRABANCO	2417
528	LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO FLORENTINA PEREZ ALVAREZ	2425
529	LA CONFIDENCIALIDAD EN SANIDAD DANIEL FERNANDEZ ALVAREZ Y REBECA LOBO DEL ESTAL	2429
530	AFECCIONES DEL EMBARAZO EN EL PUESTO DE TRABAJO DEL CELADOR YOANA GARCÍA SANTAMARÍA	2433
531	RIESGOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO ANDREA LLERA BODE, PALOMA CUEVAS COVIAN Y NOELIA LLEDÍAS TAMÉS	2437
532	CUIDAR LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL NO SANITARIO DURANTE LA PANDEMIA LAURA ABAD SERRANO, ELIA FERNANDEZ PEDREGAL, MARIA CARMEN FERREIRO SUÁREZ, MARÍA DE LOS ANGELES DEL POZO Y MARGARITA GONZÁLEZ ÁLVAREZ	2445
533	PERSONAL NO SANITARIO EN TIEMPO DE PANDEMIA: BUENAS PRACTICAS DE INTERVENCION PSICOSOCIAL LAURA ABAD SERRANO, MARIA CARMEN FERREIRO SUÁREZ, ELIA FERNANDEZ PEDREGAL, MARÍA DE LOS ANGELES DEL POZO Y MARGARITA GONZÁLEZ ÁLVAREZ	2449
534A	ESTUDIO: INFLUENCIA DEL TRABAJO NOCTURNO, ROTATORIO O FIJO, EN LA SALUD DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO PATRICIA GARCIA FERNANDEZ	2453

535	EL ESTRÉS EN EL PERSONAL NO SANITARIO DEL SECTOR HOSPITALARIO MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ FUERTES	2457
536	IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA POR EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA LORENA SÁNCHEZ PÉREZ Y ROBERTO VALLINA FRESNO	2461
537	LA VIOLENCIA DE GENERO Y LA SALUD BEATRIZ RODRÍGUEZ-MARIBONA TRABANCO	2465
538	DIETAS PROGRESIVAS DAVID DIAZ ALVAREZ	2471
539	FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA NATALIA GARCÍA GARCÍA	2475
540	LA IMPORTANCIA DE FORTALECER LAS ESTRUCTURAS MUSCULOESQUELÉTICAS CENTRALES DEL CUERPO (CORE) EN EL ÁMBITO SANITARIO PARA UN BUEN POSICIONAMIENTO DE LA ESPALDA EN EL TRABAJO NATALIA LORENZO VILLA Y LUIS ANTONIO LÓPEZ MARTÍNEZ	2479
541	LA BIPEDESTACIÓN PROLONGADA O MANTENIDA EN EL ÁMBITO SANITARIO, PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO NATALIA LORENZO VILLA Y LUIS ANTONIO LÓPEZ MARTÍNEZ	2483
542	ACCIDENTES DE TRABAJO IN ITINERE PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EVA FERNANDEZ FERNANDEZ, ANA BELEN DIAZ RODRIGUEZ, ROCIO MARICEL MEDELLIN BLANCO, ANA ÁLVAREZ CUESTA Y ISABEL FERNANDEZ CARRILLO	2487
543	PROBLEMAS CARDIOVASCULARES EN LOS TRABAJOS SANITARIOS Y NO SANITARIOS LUIS ANTONIO LÓPEZ MARTÍNEZ Y NATALIA LORENZO VILLA	2491

544	UNIFORMES Y SU IMPORTANCIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO ASUNCION ARGUDIN ALVAREZ Y MARIA DE LA PAZ GONZALEZ SUÁREZ	2495
545	SÍNDROME DE BURNOUT ASUNCION ARGUDIN ALVAREZ Y MARIA DE LA PAZ GONZALEZ SUÁREZ	2499
546	ESTRÉS LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO EVA MARÍA RIESCO MENÉNDEZ Y CARLA BRAÑA SUAREZ	2503
547	EL CELADOR Y LA ENFERMEDAD DE ROSAI DORFMAN MARÍA ELENA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, ENRIQUE LOPEZ COGOLLUDO LOPEZ, MIGUEL ANGEL JIMENEZ GONZALEZ, M CARMEN FERNÁNDEZ GARCÍA Y MARÍA DEL ROSARIO HERAS JIMENEZ	2509
548	EL CELADOR Y LA REPARACIÓN TISULAR EN ODONTOLOGÍA MARÍA ELENA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, MARÍA DEL ROSARIO HERAS JIMENEZ, M CARMEN FERNÁNDEZ GARCÍA, MIGUEL ANGEL JIMENEZ GONZALEZ Y ENRIQUE LOPEZ COGOLLUDO LOPEZ	2513
549	EL CELADOR Y LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES MARÍA ELENA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, ENRIQUE LOPEZ COGOLLUDO LOPEZ, MIGUEL ANGEL JIMENEZ GONZALEZ, M CARMEN FERNÁNDEZ GARCÍA Y MARÍA DEL ROSARIO HERAS JIMENEZ	2517
550	RIESGOS LABORALES EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS Y SUS MEDIDAS DE PREVENCIÓN ANGELES FERNANDEZ FOLGUEIRAS	2521
551	EL CELADOR Y LOS EFECTOS NEGATIVOS DEL TRABAJO A TURNOS MARIA CADENAS ALVAREZ	2525
552	TRABAJADOR SOCIAL: NUEVO PERFIL PROFESIONAL RASTREADOR DE COVID MARIA ARY FERRERAS CADAIECO	2529

- 553 LA CONFIDENCIALIDAD DE DATOS EN EL ENTORNO SANITARIO:
UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
CRISTINA LAMUÑO FERNANDEZ, TAMARA BURÓN VAZQUEZ,
ALBA BURÓN VÁZQUEZ Y CLARA ISABEL VÁZQUEZ ALVAREZ 2533
- 554 EL ESTRÉS EN LOS TRABAJADORES DEL SECTOR DE LA
SANIDAD: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
CRISTINA LAMUÑO FERNANDEZ, TAMARA BURÓN VAZQUEZ,
ALBA BURÓN VÁZQUEZ Y CLARA ISABEL VÁZQUEZ ALVAREZ 2539
- 555 UTENSILIOS Y MAQUINARIA QUE UTILIZA EL AYUDANTE DE
SERVICIOS EN LA COCINA DE UN HOSPITAL**
FERNANDO GONZÁLEZ SUÁREZ 2545
- 556 CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO NOCTURNO Y SUS EFECTOS
SOBRE EL PERSONAL DE ÁREAS NO SANITARIAS**
CARMEN FERNÁNDEZ GARRIDO, CRISTÓBAL FERNÁNDEZ
FERNÁNDEZ, PELAYO PALICIO RODRIGUEZ Y JONATAN BARBON
CORDERO 2549
- 557 SARS-COV-19 MEDIDAD DE PROTECCIÓN EN EL PERSONAL DE
GESTIÓN Y SERVICIOS DE INSTITUCIONES SANITARIAS**
CARMEN FERNÁNDEZ GARRIDO, JONATAN BARBON CORDERO,
CRISTÓBAL FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y PELAYO PALICIO
RODRIGUEZ 2553
- 558 LA LEY PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES Y LA
ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO**
PABLO SARIEGO GARCÍA, HECTOR SARIEGO PALACIOS, GONZALO
SARIEGO CABO, YOLANDA GARCÍA GÓMEZ Y LUCÍA VIJANDE
VALENCIA 2557
- 559 REPERCUSIONES DEL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO
SANITARIO**
LUCIA PRESA FERNANDEZ 2561

- 560 LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS DIGITALES. PRINCIPIOS DE PROTECCIÓN DE DATOS. DERECHOS DE LAS PERSONAS**
GONZALO SARIEGO CABO, HECTOR SARIEGO PALACIOS, PABLO SARIEGO GARCÍA, YOLANDA GARCÍA GÓMEZ Y LUCÍA VIJANDE VALENCIA 2565
- 561 RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO**
CARIDAD FERNÁNDEZ BARNETO, ROSALIA OLIVENZA LOPEZ, MARIA CONCEPCION ESPINA VELA, ELÍAS VALLEDOR VILLAR Y CHRISTIAN ÁLVAREZ ANIEVAS 2569
- 562 LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE ATENDIENDO A LA DIVERSIDAD CULTURAL EN EL ENTORNO SANITARIO**
PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS 2575
- 563 ERGONOMÍA PARTICIPATIVA: UN ENFOQUE DIFERENTE EN LA GESTIÓN DEL RIESGO ERGONÓMICO**
LUCÍA VIJANDE VALENCIA, YOLANDA GARCÍA GÓMEZ, HECTOR SARIEGO PALACIOS, PABLO SARIEGO GARCÍA Y GONZALO SARIEGO CABO 2581
- 564 EL ACOSO LABORAL COMO FUENTE DE RIESGO PSICOSOCIAL**
YAIZA GUEIMONDE ROBLEDO Y JONATHAN IGLESIAS GARCIA 2589
- 565 LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL HOSPITALARIO**
BÁRBARA ROBERT BALAGUER, NATALIA NAREDO RUBIO, TANIA MUÑIZ DÍAZ, TERESA ÁLVAREZ BERDASCO Y ANA SUÁREZ GARRIDO 2595
- 566 UNA APROXIMACION A LA ARTICULACIÓN DE CADERA PARA PERSONAL SANITARIO**
CRISTINA FERRER GUTIERREZ, LIDIA SANCHEZ PINILLA Y JAVIER FERRER GUTIERREZ 2599
- 567 DIETA HOSPITALARIA**
ISABEL BELÉN SEVILLA CHICA 2603

568	EL AYUDANTE DE SERVICIOS Y LAS NORMAS DE HIGIENE EN LA COCINA HOSPITALARIA ISABEL BELÉN SEVILLA CHICA	2607
569	TOXINFECCIÓN ALIMENTARIA EULALIA NURIA FERNANDEZ PRIETO	2611
570	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN ALIMENTOS FUNCIONALES EULALIA NURIA FERNANDEZ PRIETO	2615
571	SALUD LABORAL. ESTRÉS EN EL ENTORNO LABORAL JORGE PALACIO PRESA, JORGE VALDÉS MONTES Y ALLENDE ZALVIDEA FERNANDEZ	2619
572	ERGONOMÍA EN LOS CENTROS SANITARIOS: EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA CERVICALGIA COVADONGA SUÁREZ GUTIÉRREZ	2623
573	IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE JAVIER GONZÁLEZ VAZQUEZ	2629
574	MOBBING O ACOSO LABORAL NURIA CASTAÑO ÁLVAREZ Y FÁTIMA FERNÁNDEZ YÁÑEZ	2633
575	EL TRABAJO EN EQUIPO NURIA CASTAÑO ÁLVAREZ Y FÁTIMA FERNÁNDEZ YÁÑEZ	2637
576	EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL JAVIER GONZÁLEZ VAZQUEZ	2641
577	MEDIDAS DE PROTECCIÓN FRENTE AL COVID-19 PAULA MERINO GONZÁLEZ	2645
578	SALUD MENTAL FRENTE AL COVID-19 PAULA MERINO GONZÁLEZ	2649

579	TRASTORNOS ALIMENTARIOS MANUELA VAZQUEZ LLANEZA, MERCEDES ALVAREZ SAL, MARÍA ANTONIA GONZÁLEZ FIDALGO, JUAN CARLOS BLANCO HUERTA Y ANDREA MARQUÉS GARCÍA	2651
580	EQUIPO Y PROTOCOLO PARA ENTRAR EN LA HABITACION DE UN PACIENTE COVID-19 BEATRIZ MENÉNDEZ FERNÁNDEZ Y AIDA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ	2657
581	EL TRATO AL PACIENTE POR PARTE DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS BEATRIZ MENÉNDEZ FERNÁNDEZ Y AIDA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ	2661
582	EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO CON ATENCIÓN A LOS PSICOSOCIALES ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA, AARÓN RODRÍGUEZ FOLGUERAS, ADRIÁN GONZÁLEZ GONZÁLEZ Y SERGIO CUERIA GUTIÉRREZ	2665
583	MOBBING UN RIESGO PSICOSOCIAL DE VIOLENCIA LABORAL Y SUS CONSECUENCIAS MARIA ELISA RUESGAS BECERRIL, MARIA FERNANDA FERNANDEZ-TRESGUERRES ALONSO, JOSE CASO GÓMEZ Y MARÍA BELÉN LÓPEZ ÁLVAREZ	2671
584	EL BURNOUT O SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO, FACTOR DE RIESGO LABORAL Y SUS EFECTOS EN LA SALUD MARIA ELISA RUESGAS BECERRIL, MARIA FERNANDA FERNANDEZ-TRESGUERRES ALONSO, JOSE CASO GÓMEZ Y MARÍA BELÉN LÓPEZ ÁLVAREZ	2677
585	PAUTAS A REALIZAR EN CASO DE INCENDIO EN CENTROS SANITARIOS PATRICIA BERNARDO ÁLVAREZ	2683
586	FUNCIONAMIENTO ELECTRÓNICO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PATRICIA BERNARDO ÁLVAREZ	2687
587	EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL ANDRÉS GARCIA RAMOS	2691

588	LA CARGA DE TRABAJO MENTAL Y SUS CONSECUENCIAS: UN PROBLEMA CRECIENTE EN NUESTRO ÁMBITO LABORAL ACTUAL MARIA FERNANDA FERNANDEZ-TRESGUERRES ALONSO, JOSE CASO GÓMEZ, MARIA ELISA RUESGAS BECERRIL Y MARÍA BELÉN LÓPEZ ÁLVAREZ	2695
589	PROTECTOR FACIAL Y GAFAS Y FORMAS DE USARLAS ANDRÉS GARCIA RAMOS	2699
590	ACOSO LABORAL EN EL ENTORNO SANITARIO Y NO SANITARIO IGNACIO AZPIAZU DEL RIO	2703
591	LA HISTORIA CLÍNICA Y SU ARCHIVO NURIA RODRIGUEZ GARCIA	2707
592	MEJORA DE LA CALIDAD EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS NURIA RODRIGUEZ GARCIA	2715
593	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORABLES. LA ALTERACIÓN DE LOS CICLOS DEL RITMO CIRCADIANO DE LOS TRABAJADORES HOSPITALARIOS DEBIDO A LA TURNICIDAD CRISTINA DÍAZ RODRÍGUEZ, MARÍA PATRICIA SOTO BASTIÁN Y MARIA CARMEN RODRÍGUEZ LLANEZA	2721
594	FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ORGANIGRAMA DE LOS CENTROS DE SALUD MONICA POZUECO ALVAREZ	2725
595	RIESGO DE LESIONES EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES EVA MARÍA RIESCO MENÉNDEZ Y CARLA BRAÑA SUAREZ	2729
596	PROCEDIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS MARIA BELEN MENENDEZ GONZALEZ	2733
597	SUMINISTROS HOSPITALARIOS. EL CELADOR EN EL ALMACÉN MARIA BELEN MENENDEZ GONZALEZ	2737

598	PREGUNTAS Y RESPUESTAS FRECUENTES SOBRE LA PANDEMIA MUNDIAL CAUSADA POR EL COVID19 NURIA MARIA GARCÍA POZUECO Y CAROLINA ANTUÑA FERNÁNDEZ	2741
599	ACTUACIÓN DEL CELADOR EN UN PLAN DE EMERGENCIAS MARIA CADENAS ALVAREZ	2747
600	LA NOCTURNIDAD EN EL TRABAJO Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD VANESSA GARCÍA SAUCES, JAKELINE GONZALES, BLANCA ESTHER GARCÍA MONTES, LINA MARIBEL RUBIO INGUILÁN Y NIEVES ÁLVAREZ GARCÍA	2751
601	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES SARA NOVAL FERNÁNDEZ, PAULA DÍAZ LÓPEZ, OLGA LUCIA BANGUERO MENDOZA, PALOMA DELGADO GARCIA Y MARÍA DEL PILAR GONZÁLEZ LLANEZA	2755
602	EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL DUELO CONSUELO URDANGARAY SUÁREZ	2761
603	TRANSPORTE DE MUESTRAS DE PCR INTRAHOSPITALARIO POR EL CELADOR EDUARDO ANTONIO GARCIA GABALDON	2765
604	SATISFACCIÓN LABORA EN EL PERSONAL SANITARIO Y EN EL PERSONAL NO SANITARIO LAURA IÑIGO GARGANTIEL, ANDRES MARTINEZ SUAREZ, MARÍA AZUCENA FERNÁNDEZ PALLARÉS, VICENTA CALERO VERA Y MARÍA BELÉN MATANZA VALDÉS	2769
605	VIOLENCIA DE GENERO SOBRE LA MUJER PATRICIA JIMENEZ LOPEZ, MARTA DE LA VEGA CRISTOBAL Y MARIA CRUZ LOPEZ MARTINEZ	2773
606	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LAS RECLAMACIONES Y DISCONFORMIDADES HILDEGARDA CUETOS SUAREZ, MARIA CRISTINA SUAREZ DIAZ Y YESICA CORTE HEVIA	2777

607	LA SATISFACCIÓN LABORAL EN PERSONAL DE COCINA MARÍA ELENA ROMÁN DÍAZ, MONTSERRAT GONZÁLEZ RICO, NOEMÍ RODRIGUEZ COTO, BEATRIZ ALONSO ROVÉS Y IVÁN BERDIALES MENÉNDEZ	2781
608	EL TRABAJO A TURNOS Y NOCTURNO Y SU INFLUENCIA SOBRE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL ÁMBITO SANITARIO MARÍA TERESA MEREDIZ GONZÁLEZ	2785
609	LA CARGA MENTAL COMO RIESGO ORGANIZATIVO Y PSICOSOCIAL SOBRE LOS TRABAJADORES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO MARÍA TERESA MEREDIZ GONZÁLEZ	2789
610	LA CONTAMINACIÓN ACÚSTICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO Y SU INFLUENCIA SOBRE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES MARÍA TERESA MEREDIZ GONZÁLEZ	2795
611	RIESGOS PSICOSOCIALES MARIA CRISTINA SUAREZ DIAZ, HILDEGARDA CUETOS SUAREZ Y YESICA CORTE HEVIA	2799
612	EL IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS JESÚS CASO CUÉ	2805
613	EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO JOSEFA BERTA FERNANDEZ GARCIA, CLARA LUZ NORIEGA SUÁREZ, OLAYA OVIAÑO GONZÁLEZ, MARIA ARANTZAZU DE LA ARENA DEL LLANO Y MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ	2809
614	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS TÉCNICAS COMUNICATIVAS CESAR MORENO MERINO	2813
615	PREVENCION DE RIESGOS LABORALES PATRICIA JIMENEZ LOPEZ, MARTA DE LA VEGA CRISTOBAL Y MARIA CRUZ LOPEZ MARTINEZ	2817

616	INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	
	PATRICIA JIMENEZ LOPEZ, MARTA DE LA VEGA CRISTOBAL Y MARIA CRUZ LOPEZ MARTINEZ	2821
617	FACTORES PSICOSOCIALES EN LA SALUD LABORAL DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO	
	CARMEN MARÍA GARCÍA BARREDO	2825
618	ERGONOMIA E HIGIENE POSTURAL	
	ANA ISABEL FERNANDEZ DIEGO, MÓNICA RODRÍGUEZ SIMÓN Y PAULA PUENTE RODRIGUEZ	2829
619	LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO EN CENTROS SANITARIOS	
	MARIA TERESA SOTO LOPEZ	2833
620	COVID-19. PLATAFORMA SALUD GLOBAL.	
	ANA MARÍA MARTÍNEZ LÓPEZ	2837
621	EL PROFESIONAL SANITARIO Y FORMACIÓN	
	JOHANNA VEGA CUETO	2841
622	TÉCNICAS RADIOLÓGICAS EMPLEADAS PARA LA DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CROHN	
	NURIA RODRIGUEZ MARTINEZ	2845
623	PACIENTE CON HERNIA DISCAL LUMBAR CON PINZAMIENTO DE UN NERVI	
	NURIA RODRIGUEZ MARTINEZ	2849
624	HIGIENE DE MANOS COMO PRECAUCIÓN ESTÁNDAR EN TRABAJADORES DE CENTROS SANITARIOS	
	CARMEN MARÍA GARCÍA BARREDO	2853
625	EL SISTEMA INMUNE: MECANISMOS Y LOS DIFERENTES TIPOS DE RESPUESTA. LA RESPUESTA INNATA Y LA RESPUESTA ADAPTATIVA	
	MARIA ANTONIA LUQUERO ILLERA Y MARTA ELENA LÓPEZ FERNANDEZ	2857

626	LA INMUNIDAD CELULAR: CÉLULAS, ÓRGANOS Y TEJIDOS QUE FORMAN PARTE DEL SISTEMA INMUNE DEL SER HUMANO MARIA ANTONIA LUQUERO ILLERA Y MARTA ELENA LÓPEZ FERNANDEZ	2861
627	CALIDAD DEL SERVICIO SANITARIO CRISTINA RODRIGUEZ MOLANO, MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ Y RAQUEL PANERO RODRÍGUEZ	2865
628	EL IMPACTO DE LAS TIC EN EL ÁMBITO SANITARIO MARÍA GLORIA CUEVA SANTOS	2869
629	EL TÉCNICO DE FARMACIA Y PARAFARMACIA EN EL LABORATORIO FARMACÉUTICO (II): NOCIONES BÁSICAS SOBRE EL MATERIAL ALBERTO VICENTE DÍAZ Y MERCEDES FERNÁNDEZ BUENO	2873
630	EL TÉCNICO DE FARMACIA Y PARAFARMACIA EN EL LABORATORIO FARMACÉUTICO: PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL MERCEDES FERNÁNDEZ BUENO, ALBERTO VICENTE DÍAZ Y MARIA ANTONIA LUQUERO ILLERA	2877
631	HIGIENE DE MANOS Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN LA ATENCIÓN SANITARIA RAQUEL PANERO RODRÍGUEZ, CRISTINA RODRIGUEZ MOLANO Y MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ	2881
632	PREGUNTAS Y RESPUESTAS FRECUENTES RELACIONADAS CON LA PANDEMIA CAUSADA POR EL VIRUS SARS-COV2 MERCEDES FERNÁNDEZ BUENO, ALBERTO VICENTE DÍAZ Y MARIA ANTONIA LUQUERO ILLERA	2885
633	EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO MIGUEL ÁNGEL DELGADO FERNANDEZ, MARTA JIMÉNEZ EXPÓSITO, MARTA ALVAREZ GONZÁLEZ Y REBECA SANTOLAYA MAJUELO	2889

- 634LOS EFECTOS DE LA TURNICIDAD EN LOS PROFESIONALES
SANITARIOS Y NO SANITARIOS
DANIEL MARTIN FERNANDEZ, MARTA ALVAREZ GONZÁLEZ Y
REBECA SANTOLAYA MAJUELO 2893
- 635LA ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DEL PIE
DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.REVISION BIBLIOGRÁFICA
EVA MARIA DIAZ GARCIA Y MARTA ALVAREZ GONZÁLEZ 2897

Capítulo 1

PERFIL DEL PACIENTE COVID EN GIJÓN

ESTELA GARCIA COYA

GABRIEL GARCÍA ÁLVAREZ

1 Introducción

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2. La mayoría de las personas infectadas por el virus experimentarán una enfermedad respiratoria de leve a moderada y se recuperarán sin requerir un tratamiento especial. Sin embargo, algunas personas enfermarán gravemente y requerirán atención médica. Las personas mayores y las que padecen enfermedades subyacentes, tales como diabetes, enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas o cáncer, tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave. Cualquier persona, con independencia de su edad, puede contraerla COVID-19 y enfermedad gravemente o morir.

El impacto de la pandemia por COVID-19 ha sido de tal magnitud que, la Asamblea de Salud de la OMS, celebró una reunión extraordinaria, la segunda desde la fundación de la OMS en 1948, en la que adoptó una única decisión titulada "El mundo unido" que consiste en la puesta en marcha de un proceso mundial para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional en el marco de la Constitución de la OMS para fortalecer la prevención, preparación y respuesta frente a las pandemias. En palabras de Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, esta decisión tiene valor de "histórica" y representa una oportunidad única en una generación para fortalecer la arquitectura sanitaria mundial con miras a proteger y promover el bienestar de todas

las personas. Nos parece importante poder aportar, en la medida de lo posible y desde nuestro ámbito de actuación, un poco más de información que ayude a mejorar la asistencia a los pacientes afectados por COVID-19 siendo el motivo de realizar el presente estudio.

2 Objetivos

Conocer las características de los pacientes ingresados en el Servicio de Neumología con diagnóstico al alta de infección por SARS- CoV-2 en las diferentes olas de la pandemia.

3 Metodología

Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Cabueñes. Para ello, se realiza un muestreo estadístico de un total de 596 pacientes dados de alta del servicio de Neumología y con diagnóstico: “infección respiratoria por SARS-CoV-2” y se utilizaron los programas informáticos SPSS y Epidat 4.2.

4 Resultados

Las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes ingresados en el Servicio de Neumología con diagnóstico al alta de infección por SARS- CoV-2 se presentan a continuación haciendo diferentes en las diferentes olas de la pandemia.

Primera ola.

- Edad: 6ª década de la vida
- Sexo: Varón
- Situación laboral: Activo
- Tabaco: Exfumador / No fumador
- Comorbilidad (neumo y metabolopatía)
- IMC: Obeso
- Situación Cognitiva: conservada
- No institucionalizado
- Pauta vacunal: Ninguna dosis de la vacuna

Segunda ola.

- Edad: 6ª década de la vida
- Sexo: Varón
- Situación laboral: Jubilado / Activo no sanitario
- Tabaco: No fumador
- Comorbilidad (neumopatía)
- IMC: Obeso
- Situación cognitiva: conservado
- No institucionalizado
- Pauta vacunal: Ninguna dosis de la vacuna

Tercera ola.

- Edad: 5ª-6ª década de la vida
- Sexo: Varón
- Situación laboral: Activo no sanitario
- Tabaco: No fumador
- Comorbilidad (metabolopatía)
- IMC: Normopeso
- Situación cognitiva: conservado
- No institucionalizado
- Pauta vacunal: Ninguna dosis de la vacuna

Cuarta ola.

- Edad: 5ª década de la vida
- Sexo: Varón
- Situación laboral: Activo no sanitario
- Tabaco: No fumador
- Menos comorbilidad (metabolopatía)
- IMC: Obeso
- Situación cognitiva: conservado
- No institucionalizado
- Pauta vacunal: Ninguna dosis de la vacuna

Quinta ola.

- Edad: 5ª década de la vida
- Sexo: Varón
- Situación laboral: Activo no sanitario
- Tabaco: No fumador
- Menos comorbilidad (cardiopatía)
- IMC: Misma representación obesos / normopeso

- Situación cognitiva: conservado
- No institucionalizado
- Pauta vacunal: Gran parte vacunados, muchos con pauta completa

Podemos realizar un perfil de paciente en el que vemos como en las diferentes olas va bajando la Edad Media aunque permaneciendo en torno a la 5-6ª década de la vida. En las 5 olas vemos un predominio de varones y nos parece importante la diferencia de ingresos del personal sanitario en las dos primeras olas con respecto a las demás en probable relación con la pronta vacunación de este colectivo. En toda la evolución vimos que ingresaban pocos fumadores y la neumopatía era la comorbilidad más prevalente. Asimismo, vemos que en las 3 primeras olas no ingresó nadie con ninguna dosis de la vacuna mientras que en la quinta el 50% de los pacientes tenían una pauta completa y el 70% al menos una dosis.

5 Discusión-Conclusión

Del presente estudio podemos recoger el papel protector de la vacuna como vemos en las sucesivas olas así como parece que del tabaquismo. También cabe resaltar que los varones parecen más propensos a ingresar y desarrollar complicaciones de la infección. Asimismo, parece que la obesidad es un factor tanto de riesgo como de mala evolución. Con todo ello, y analizando los pacientes ingresados en neurología a lo largo de las 5 olas, resultando un total de 596 pacientes hemos logrado describir el perfil del paciente que ingresa en cada ola de cara a poder establecer modelos preventivos en olas futuras.

6 Bibliografía

1. www.who.int
2. www.mscbs.gob.es

Capítulo 2

CONSUMO DE ALCOHOL POR ATRACONES O “BINGE DRINKING”

AIDA GONZÁLEZ SUÁREZ

LIOBA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

MARTA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El consumo de alcohol constituye un problema de gran importancia y repercusión en nuestra sociedad.

Según el último informe de “Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España” emitido este año por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones en 2019/2020 el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida en la población española de entre 15 y 64 años en los últimos 12 meses. Seguido del tabaco, los hipnosedantes con o sin receta, el cannabis y la cocaína.

A pesar de que la prevalencia del consumo mantiene una cierta estabilidad en niveles altos desde los años 90 se ha visto una tendencia ascendente del consumo de alcohol en atracón desde el año 2007.

Hay dos fases principales en el tratamiento por uso de alcohol: desintoxicación y deshabituación. La desintoxicación, está orientada en la prevención de la aparición del síndrome de abstinencia alcohólica. Por ello, es importante antes de iniciarla, realizar una anamnesis y exploración física adecuada del paciente para determinar patologías somáticas que puedan influir negativamente en el proceso. Una vez completada la fase de desintoxicación comenzamos la deshabituación

que en términos generales consiste en un proceso complejo de aprendizaje en el que el paciente aprende a vivir sin alcohol.

2 Objetivos

Repasar a través del análisis y exposición de un caso clínico el consumo de alcohol por atracones y las consecuencias sociales del mismo.

3 Caso clínico

Se presenta el caso clínico de un varón de 57 años que acude a nuestro Centro de Salud Mental (CSM) derivado por su Médico de Atención Primaria a petición del paciente solicitando ayuda para deshabituación alcohólica.

Vive solo, tiene pareja desde hace 3 meses, está separado y tiene 3 hijos con los que no tiene ningún tipo de relación. Es el tercero de una fratria de 3 hermanos. Sus hermanos viven cerca del paciente y se encuentran sanos. Sus padres han fallecido hace años.

A nivel de antecedentes personales, el paciente no presenta ninguna alergia medicamentosa conocida, es positivo para el virus de la hepatitis B infancia y presenta coxartrosis bilateral por lo que está pendiente de intervención quirúrgica para colocación de prótesis en ambas caderas. Es fumador de 15 cigarrillos al día desde los 15-16 años y fases de consumo de alcohol episódico con recaída en el mismo hace unos meses. Niega consumo actual y pasado de otros tóxicos.

Como antecedentes personales psiquiátricos, el paciente había acudido por primera vez a nuestro CSM hace 11 años por clínica ansioso-depresiva reactiva a separación matrimonial y problemas económicos. Es diagnosticado de trastorno adaptativo y se le ofrece tratamiento antidepresivo con escitalopram con soporte ansiolítico con Lorazepam. En dicho contexto es valorado en dos ocasiones en el servicio de Urgencias de nuestro Hospital de referencia por intoxicaciones voluntarias medicamentosas y étlicas con finalidad autolítica. A lo largo de las revisiones se objetiva una mejoría sintomática y el paciente acaba abandonando las consultas. Cuatro años después ingresa en nuestra Unidad de Hospitalización Psiquiátrica tras acudir al servicio de urgencias refiriendo ideas suicidas. Es diagnosticado de un trastorno adaptativo y se le reintroduce el tratamiento psicofarmacológico previo que el paciente retiró por iniciativa propia tras abandonar las consultas. Al alta, es derivado para seguimiento ambulatorio a nuestro CSM.

Durante las revisiones se observa un consumo perjudicial de alcohol en forma de atracones en momentos de malestar emocional con sensación de alivio referida por el paciente. Tras evidenciarse una mejoría clínica a nivel anímico y ansioso y ausencia de ideas suicidas se pauta tratamiento aversivo que el paciente no llega a tomar refiriendo en la última consulta mejoría, negando consumo de alcohol y no acudiendo a la revisión posterior.

A nivel familiar el paciente niega tener antecedentes de salud mental.

En el momento de la consulta actual el paciente describe como motivo de la misma solicitar ayuda para deshabitación alcohólica, en concreto pregunta por tratamientos farmacológicos que le ayuden a “no querer consumir”. Se analiza conjuntamente lo sucedido los años previos tras abandonar las consultas, el paciente refiere una mejoría de la clínica ansioso-depresiva que presentaba cuando consultó en la última ocasión y un cese de consumo perjudicial de alcohol manteniendo un consumo ocasional de tipo social de 1 unidad de bebida estándar (UBE). Desde 8 meses antes de la consulta el paciente se encuentra en situación de incapacidad laboral temporal pendiente de cirugía por la coxartrosis antes referida. Eso tuvo una repercusión negativa en su economía con una pérdida del 25% de su sueldo, a su vez, aumentó el consumo de alcohol social que posteriormente acabó con episodios de pérdida de control en los que llegó a intoxicación. Hace 3 meses comienza una relación sentimental con una chica no consumidora de ningún tipo de tóxico y con la cual no consume. Cuando está con ella el paciente no consume alcohol ni otras drogas exceptuando tabaco, en parte según refiere, porque debe trasladarse en coche para ir a verla y por otra parte porque con ella se siente mejor.

En el momento de la entrevista el paciente lleva 8 días sin consumir alcohol y no ha tenido síntomas de abstinencia. En la exploración psicopatológica se evidencia una clínica ansioso-depresiva que el paciente racionaliza dentro de su situación vital restándole importancia en la entrevista. Se muestra adecuado y colaborador, con contacto adecuado, lábil al relatar sus problemas y consumo de alcohol. Se evidencia malestar emocional, ánimo bajo reactivo con oscilaciones sin llegar nunca a eutimia, momentos de ansiedad con sensación de opresión torácica sin cristalizar en crisis, hiporexia con pérdida de peso referida pero no cuantificada, insomnio mixto y variable y deseos pasivos de muerte sin ideas ni planificación suicida. No presenta ninguna alteración en el discurso siendo coherente y fluido. Refiere rumiaciones en torno a su problema económico y de salud dando vueltas a la incertidumbre futura. No presenta otras alteraciones del curso o contenido del pensamiento ni se evidencia sintomatología psicótica ni

alteraciones sensorio-perceptivas.

Se hace con el mismo un análisis temporal de lo sucedido estos meses en el que se ve que el paciente comienza con empeoramiento anímico tras su situación de incapacidad laboral en relación a la pérdida económica, el aplazamiento en varias ocasiones de las intervenciones quirúrgicas y la incertidumbre del resultado de las mismas y la duración del proceso de baja. Como mecanismo compensatorio comienza con consumo de alcohol social con sensación de euforia y cese de rumiaciones en torno a su problemática, al principio presenta control sobre el mismo y lo limita a 2-3 UBEs, pero comienza a notar que se encuentra peor anímicamente los días tras los consumos por lo que aumentan las ganas de volver a beber y comienza a perder el control sobre la cantidad de UBEs que bebe llegando a la situación actual. Esto conlleva problemas con su pareja conocedora de los episodios de intoxicación que finaliza con una ruptura con puerta abierta a la reconciliación si el paciente cesa el consumo de alcohol y es lo que motiva la solicitud de la consulta en nuestro centro.

Se traslada al paciente la importancia de trabajar la prevención de recaída como una parte fundamental de cualquier plan de deshabituación señalándole la influencia que han tenido en su proceso los cambios afectivos vividos por el mismo. Se le explican los recursos disponibles en nuestra red de salud mental y se acuerda un plan terapéutico que consiste en introducir un tratamiento antidepresivo y ansiolítico y consultas de apoyo centradas en la prevención de recaída. No acepta un tratamiento aversivo ni desea otro tipo de ayuda externa proveniente de ninguna asociación.

En las consultas de revisión el paciente sigue viendo el consumo de alcohol y sus trastornos adaptativos como procesos paralelos no influyentes entre sí. Se consigue una remisión de la sintomatología ansioso-depresiva en parte influida por la recuperación de su relación sentimental y la programación de las intervenciones quirúrgicas. Se consigue una adecuada adherencia terapéutica del paciente tanto a los tratamientos farmacológicos como a las consultas. Ante una discusión con su pareja en la que siente apetencia por consumir alcohol el paciente consigue establecer la relación entre sus estados afectivos y sus recaídas. Se trabajan la identificación de los sentimientos negativos y la gestión emocional de los mismos, así como, el aprender a solicitar ayuda a su entorno ya que se conoce durante las revisiones que el paciente presenta un buen soporte social por parte de sus hermanos y amigos a los que no recurriría por sensación de fracaso y vergüenza.

4 Discusión-Conclusión

El uso nocivo del alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población en todo el mundo. Tenemos que tener en cuenta que no existe un nivel de alcohol que pueda considerarse seguro.

Para poder unificar criterios a la hora de evaluar el consumo de alcohol, la Organización Mundial de Salud convino su medida a través de la Unidad de Bebida Estándar (UBE). Una UBE equivale a 10 gramos de alcohol que es, aproximadamente, el contenido medio de un vaso de vino de 100 ml de 13 grados, 1 vaso de 300 ml de cerveza de 4 grados o 30 ml de licor de 40 grados.

Cuando nos referimos a un consumo diario consideramos que el consumo es de riesgo cuando la persona consume 4 UBEs o más al día en el caso de los varones y 2 ó 2.5 UBEs al día en el caso de las mujeres.

Por otra parte, cuando hablamos de episodios de consumo intensivo de alcohol o binge drinking nos referimos a aquellos episodios en los que consumen 6 o más UBEs los varones y 4 o más UBEs las mujeres y en los que se mantiene un cierto nivel de intoxicación con una alcoholemia no inferior a 0.8 g/l. Los episodios suelen durar habitualmente entre 4-6 horas.

Es necesario señalar que las complicaciones del alcohol no solo suceden a nivel físico ya que está descrito que el consumo excesivo de alcohol puede precipitar o inducir patologías mentales. Por último y no por ello menos importante son las consecuencias que puede producir a nivel social, en la esfera laboral, familiar y judicial. Se estima que entre un 40-50% de los crímenes violentos, sobre todo homicidios y agresiones violentas, implican a personas que han ingerido alcohol.

Una consideración importante es que la legalidad de la droga y el arraigo que presenta en nuestra cultura disminuye la percepción de riesgo, aún más, cuando nos referimos a consumo intensivo de alcohol. De cada 10 personas 9 consideran que consumir 5-6 copas o cañas diariamente puede producir muchos problemas de salud, pero solo la mitad de la población percibe como consumo de riesgo el beber esporádicamente 5-6 copas o cañas.

A través de la historia de nuestro paciente hemos podido observar las consecuencias sociales negativas que ha tenido el consumo de alcohol en su vida, incluso actuando como precipitante en un intento suicida en el pasado durante un periodo de malestar emocional.

En conclusión, con este caso clínico, queremos señalar que dada la alta frecuencia de consumo de alcohol y las repercusiones negativas a nivel físico, mental y social que pueden tener los consumos diarios pero también los intensos ocasionales, es importante incluir en nuestra dinámica habitual la exploración de ambos.

5 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Madrid; 2020.
2. Torres Hernández, M.A. (2014) Historia del tratamiento del alcoholismo (pp 33-68), Valencia, Socidrogalcohol.
3. Flórez Menéndez. G, Balcells Valls. M, Uzal Fernández. G, Domínguez Vázquez. I, Balseiro Mazaira. E, (2018) Guía de adicciones para especialistas en formación (pp 77-89), Valencia, Socidrogalcohol.
4. Flórez Menéndez. G, Balcells Oliviero. M, Uzal Fernández. C, Comorbilidad psiquiátrica en adicciones (pp 13-18), Valencia, Socidrogalcohol.
5. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. 6. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 243 p

Capítulo 3

MANEJO DEL INSOMNIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

LIOBA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

MARTA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

AIDA GONZÁLEZ SUÁREZ

1 Introducción

El sueño es una condición biológica que podría ser definida como un estado reversible de desconexión, disminución del nivel de alerta y falta de respuesta al entorno. Es imprescindible para el adecuado funcionamiento de nuestro cerebro, ya que es necesario para restaurar la homeostasis, restablecer la energía celular y consolidar la memoria.

Se calcula que el sueño ocupa en torno a un tercio de nuestras vidas. La duración del sueño es variable, oscilando entre las 4 y las 12 horas, aunque lo más frecuente son unas siete u ocho horas. Debemos tener en cuenta, que, en una misma persona, las necesidades de sueño varían según su edad, estado de salud o estado emocional, por ejemplo.

El sueño, clásicamente, se divide en dos fases: REM (rapid eye movement) y no REM (NREM). En la fase REM, además de movimientos rápidos de los ojos, podemos observar atonía muscular, frecuencias cardíaca y respiratoria irregulares y una actividad cerebral muy parecida a la de la vigilia activa. En esta fase se producen los sueños más ricos en contenido y mejor estructurados, además, parece

ser la fase con más importancia para el afianzamiento de la memoria y el aprendizaje.

Durante la fase NREM, se produce un descenso de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y el metabolismo basal. Esta fase, a su vez, se divide en cuatro estadios. El estadio 1 es el más corto, y se corresponde con el sueño más ligero. El estadio 2 ocupa más de la mitad del tiempo total de sueño. Los estadios 3 y 4 corresponden al sueño más profundo y reparador.

Durante el sueño, se alternan cíclicamente (entre unas cuatro y seis veces) las fases REM y NREM, con una latencia de unos 90-120 minutos. Se iniciaría con la fase NREM y a los 80-100 minutos llegaría la primera fase de sueño REM.

Según la Real Academia Española (RAE) el insomnio es la falta de sueño a la hora de dormir. Desde un punto de vista médico podemos definir el insomnio como un estado que se caracteriza por una calidad o cantidad de sueño no satisfactoria que se mantiene a lo largo de un determinado periodo de tiempo.

Se estima que los síntomas de insomnio aparecen en aproximadamente el 30-50% de la población adulta a lo largo de su vida; afectando principalmente a mujeres y en edades adultas. Está relacionado con otros trastornos psicológicos y con un nivel socioeconómico bajo.

2 Objetivos

- Enumerar los criterios diagnósticos del insomnio.
- Describir los diferentes tratamientos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Según la clasificación de la CIE-10, para el diagnóstico son esenciales las siguientes características:

- Quejas que suelen consistir en dificultades para conciliar el sueño, para mantenerlo o sobre una mala calidad de este.
- Esta manifestación se ha presentado al menos tres veces a la semana durante por lo menos un mes.
- Preocupación excesiva sobre el hecho de no dormir y sobre sus consecuencias.
- La cantidad o calidad no satisfactorias del sueño causa un malestar general o interfiere con las actividades de la vida cotidiana.

Por otro lado, los criterios diagnósticos de la DSM V son:

- Predominante insatisfacción por la cantidad o calidad del sueño, asociada a uno de estos síntomas:
 1. Dificultad para iniciar el sueño.
 2. Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después del despertar.
 3. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir,
 - La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana
 - La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de tres meses.
 - La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.
 - El insomnio no se explica por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia.
 - El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.
 - La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio.
- Podemos clasificar el insomnio en cuatro tipos:
- Insomnio de conciliación: retraso en el inicio del sueño. Suele estar asociado a problemas médicos, fármacos o estados de ansiedad.
 - Insomnio de mantenimiento: alteraciones en la continuidad del sueño. Presencia de despertares frecuentes o prolongados durante el sueño.
 - Despertar precoz: se considera despertar temprano cuando el último despertar se produce al menos dos horas antes de lo habitual para el paciente.
 - Sueño no reparador.

Muchas veces aparecen de manera conjunta más de un tipo de insomnio.

Además, en función de su duración, también podemos clasificar el insomnio como:

- Insomnio transitorio: duración inferior a una semana. Suele estar desencadenado por algún factor estresante.
- Insomnio agudo: duración entre una y cuatro semanas.
- Insomnio crónico: mantenido durante más de cuatro semanas. Suele deberse a enfermedades tanto físicas como psíquicas, aunque también puede no tener causa evidente.

Es importante detectar el insomnio de manera precoz, para evitar el paso del insomnio agudo al crónico, ya que estos casos suelen ser más resistentes a las medidas no farmacológicas.

La Atención Primaria se caracteriza, no solo por el tratamiento de las diversas patologías, sino también por ser la encargada de la promoción de la salud. Es por ello, que una parte fundamental en el tratamiento del insomnio es la educación para la salud.

Cuando un paciente acude a nuestra consulta aquejando insomnio, debemos darle la información suficiente para que entienda el origen de su problema y las medidas que vamos a llevar a cabo para solucionarlo. Hemos de informar al paciente sobre las necesidades reales de sueño, teniendo en cuenta, por ejemplo, su edad (así en una persona joven serían normal unas 9 horas diarias de sueño, mientras que en un adulto bastarían con unas 7 horas, y en los ancianos este tiempo se reduciría a las 4-6 horas).

Toda intervención terapéutica destinada al tratamiento del insomnio debe basarse en las medidas de higiene de sueño. Las más importantes serían:

- Acostarse únicamente cuando se tenga sueño.
- Horarios regulares: levantarse y acostarse todos los días a la misma hora.
- Evitar sustancias estimulantes, como pueden ser el café, té, cola... Se debería evitar también la ingesta de alcohol.
- Evitar comidas copiosas antes de acostarse, así como acostarse con hambre.
- Mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir (temperatura alrededor de 18°C, oscuridad, ausencia de ruidos...)
- Realizar ejercicio físico moderado a última hora de la tarde, al menos tres horas antes de irse a dormir.
- Evitar hacer siestas durante el día de más de 30 minutos.
- Practicar ejercicios de relajación antes de acostarse.
- Evitar realizar en la cama determinadas actividades (ver la televisión, hablar por teléfono, comer, escuchar la radio...)

En pacientes con insomnio crónico que no respondan a estas medidas, podemos intentar como tratamiento no farmacológico la terapia cognitivo-conductual. Para ello es fundamental identificar y analizar los pensamientos y creencias erróneas que los pacientes tienen sobre el sueño y el insomnio. Las técnicas conductuales tratan de modificar estas conductas aprendidas con respecto al sueño y que son creencias erróneas que perpetúan el insomnio. Las técnicas cognitivas tratan de disminuir la ansiedad anticipatoria que en algunos pacientes se produce antes de acostarse y que les impide conciliar el sueño.

Por último, tendríamos la terapia farmacológica. La elección del fármaco va a depender de varios factores como el tipo de insomnio, la respuesta a tratamientos anteriores, preferencias del paciente, comorbilidades, interacciones con otros fármacos... Los principales grupos farmacológicos utilizados para el insomnio son:

- Benzodiazepinas: reducen el tiempo de inicio del sueño y aumentan el tiempo total de este. Los efectos secundarios relacionados con las benzodiazepinas son la somnolencia diurna, cefalea, náuseas, deterioro de la memoria, y aumento del riesgo de caídas en ancianos. El uso a largo plazo puede provocar tolerancia y dependencia tanto física como psíquica.
- Hipnóticos no benzodiazepínicos: son los llamados hipnóticos Z (zolpidem, zopiclona...) Según los estudios, no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a eficacia, efectos secundarios y potencial de dependencia o abuso, con respecto a las benzodiazepinas.
- Antidepresivos: alguno antidepresivos con perfil sedante como son los tricíclicos, la trazodona y la mirtazapina, aunque carecen de indicación, se utilizan en el tratamiento del insomnio. La trazodona ha demostrado una mejoría calidad del sueño y disminución del número de despertares nocturnos en pacientes con insomnio asociado a la depresión. El uso de mirtazapina puede estar indicado en el tratamiento de la depresión en pacientes con síntomas de insomnio y que puedan beneficiarse de un aumento de peso.
- Antipsicóticos: se prescriben en muchas ocasiones, a pesar de no tener indicación, para la inducción y mantenimiento del sueño. Sin embargo, debe tenerse en cuenta el riesgo de muerte súbita en pacientes ancianos.
- Clometiazol: en ancianos en los que aparece confusión como efecto adverso de otros hipnóticos.
- Antihistamínicos H1: pueden ser útiles en el tratamiento a corto plazo del insomnio en adultos jóvenes, aunque se desarrolla tolerancia muy rápido. Como efectos secundarios debemos tener en cuenta la retención urinaria, el estreñimiento y los efectos cognitivos.

- Melatonina: podría reducir levemente el tiempo que se tarda en conciliar el sueño, pero sus efectos sobre la calidad del sueño y el tiempo total de sueño no están claros.

5 Discusión-Conclusión

El insomnio es el trastorno del sueño más común, y una de las patologías más frecuentes en Atención Primaria. Es importante atender a las quejas sobre el sueño que nos trasladan nuestros pacientes, ya que el insomnio afecta a muchas esferas de nuestra vida cotidiana.

Ante un paciente con insomnio debemos investigar sobre la duración, el momento de la noche en el que se produce, la presencia de factores estresantes, el consumo de sustancias y la comorbilidad con otras patologías.

La parte más importante del tratamiento es la educación para la salud, así como las medidas de higiene del sueño. En algunos pacientes podemos intentar también intervenciones psicológicas.

Por último, respecto al tratamiento farmacológico, debe usarse siempre con precaución. Los hipnóticos deben ser usados en monoterapia, a la menor dosis eficaz, y durante periodos cortos o intermitentes. Una vez que comencemos el tratamiento, es importante realizar un seguimiento del paciente para asegurarnos de la retirada del fármaco

6 Bibliografía

1. Grupo de Trabajo de la 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 Lain Entralgo. Comunidad de Madrid. 2009; Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N°2007/5-1
2. Grupo de Trabajo de la Guía de Buena Práctica Clínica en Geriátría: Insomnio. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. 2016.
3. J. Fernández Velázquez. El sueño. AMF 2016; 12(2): 1699-9029.
4. J. Martínez Hernández, J. Lozano Olivárez. Pautas de actuación y seguimiento: Insomnio. 2016.

Capítulo 4

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

PATRICIA GARCIA SEIJAS

1 Introducción

Durante los últimos años el trato y la seguridad del paciente ha obtenido una gran notoriedad ya que es un componente importante para la salud y el bienestar de los mismos. Los pacientes desean obtener los cuidados sanitarios pertinentes y necesarios mientras están hospitalizados o en tratamiento. También por la parte opuesta, los profesionales sanitarios también ofrecen sus servicios de la manera más eficiente posible.

En los sistemas sanitarios desarrollados, una de las causas más comunes y eminentes de mortalidad y morbilidad son los efectos no deseados derivados de la atención sanitaria. Existen diferentes factores, entre ellos, personales de los sanitarios, vinculados con la propia enfermedad, tratamientos del propio paciente o simplemente factores organizativos.

De estos mismos pueden ocurrir diferentes dificultades a la hora de tratar directamente con el paciente ya sea con su cuidado o con su manejo y trato. Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el coste que suponen a los sistemas sanitarios tienen una importante relevancia.

Tanto, que los encargados de haber ampliado, estudiado y desarrollado en los últimos años medidas legislativas, proyectos y propósitos para controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica han sido numerosos comités e instituciones internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el

Comité de Sanidad del Consejo de Europa y la Organización Pan Americana de la Salud.

Con la responsabilidad que tiene este tema para el bienestar del paciente y de la salud pública en general, por parte del Ministerio de Sanidad y de los Servicios sociales e Igualdad y establecido en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud han situado este asunto como uno de los temas de política sanitaria más relevante quedando expuesto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) desarrollado desde el 2005 con la ayuda y coordinación de las comunidades autónomas.

2 Objetivos

Describir la importancia de la seguridad del paciente y exponer los riesgos más significativos que plantean un conflicto para la misma.

3 Metodología

La calidad es un concepto bastante dinámico debido a que evoluciona con el tiempo, la necesidad de mejorar el conocimiento y los diversos factores que influyen en la sanidad pública han generado extensas reflexiones y determinaciones.

Para poder llevarlas a cabo, se ha vuelto una importante prioridad en la investigación y la seguridad del paciente.

Los criterios que se han seguido para poder realizar las mejoras pertinentes en esta materia tan importante, son las consecuencias demostrables, tanto sociales como económicas, viéndose reflejadas en incapacidades y compensaciones a los pacientes y en costes de tratamientos, por otro lado también se han visto en términos de mortalidad y morbilidad e impacto en los pacientes a lo largo de los años.

De esta manera, la OMS como principal entidad de sanidad pública mundial, ha analizado posibles soluciones y actuaciones, iniciando proyectos para mejorar esta situación.

4 Resultados

La OMS es la encargada de gestionar políticas de prevención e intervenciones sanitarias a nivel mundial. En 2004 en respuesta a la resolución 55.18 de la Asamblea Nacional de la Salud la OMS crea una alianza mundial del paciente.

Esta Alianza tiene como objetivo principal mejorar la seguridad de la atención al paciente formulando políticas prácticas y aspectos técnicos para mejorar la calidad del mismo.

La formulación de retos mundiales es un trabajo práctico de dicha alianza. Cada cierto tiempo se formula un reto de acción internacional enfocado principalmente a mejorar la seguridad del paciente y que suponga un riesgo importante. Hasta la fecha se han podido analizar varios proyectos o retos impuestos de estudios organizados. Para cada uno de los problemas o conflictos mencionados se han identificado riesgos significativos que plantean un conflicto para la seguridad del paciente. Por orden cronológico:

2005. Una atención limpia es una atención más segura. El objetivo principal es hacer hincapié en la mejora de higiene de manos donde se ha demostrado que es un riesgo bastante elevado de infecciones no deseadas.

2008. La cirugía. El objetivo principal es reducir los riesgos posibles en las cirugías siendo un componente asistencial sanitario en todo el mundo desde hace más de un siglo

2017. “Medicación sin daño”. El objetivo principal es, a nivel mundial, reducir de manera importante en un 50% los daños evitables derivados de los medicamentos. Se insta a los países a que tengan e cuenta tres medidas prioritarias en el uso de medicamentos: las transiciones asistenciales, la polifarmacia y las situaciones de alto riesgo.

La Red Mundial de Seguridad del Paciente y la Colaboración Mundial sobre Seguridad del Paciente también han sido iniciativas de cooperación para promover e instaurar la solidaridad mundial y la importancia de ciertos temas de salud a nivel mundial, instaurados y llevados a cabo por la OMS.

5 Discusión-Conclusión

En la atención a la salud no existe la calidad como un valor que se pueda medir o que sea absoluto. Las medidas implantadas por la OMS están mejorando poco a poco la seguridad y calidad del paciente a lo largo de los años.

La misión principal es la visión del plan de mejora a largo plazo y la formación de los ciudadanos antes estas posibles mejoras, de esta manera la atención que recibe el cliente o paciente con una continuidad en el tiempo aborda muchos temas, como el tratamiento y percepción del problema principal, los procesos a mejorar y las posibles soluciones.

Los factores que definen estas características son muy amplias pero las mejoras continuadas con planes de acción y promoción de la salud están funcionando y llevándose a cabo viéndose reflejados los resultados óptimos de estas medidas y estudios implantados.

6 Bibliografía

1. Seguridad del paciente - Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. Informe del Director General. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf, consultado el 23 de julio de 2019)
2. Presupuesto por programas 2020-2021. 72.^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_4-en.pdf, consultado el 23 de julio de 2019).

Capítulo 5

TERAPIA DE CIERRE ASISTIDO POR VACÍO EN HERIDAS COMPLEJAS

CARLOS PÉREZ COSTOYA

JOSÉ CARLOS FERNÁNDEZ CORTADO

MARIA JESUS COSTOYA BELLO

1 Introducción

La terapia de cierre asistido por vacío (VAC), es un sistema no invasivo y activo, que favorece la cicatrización de heridas complejas agudas o crónicas con alto riesgo de infección, aplicando una presión negativa controlada en el lugar de la herida. Además elimina el exceso de fluidos que favorecería la infección y estimula la angiogénesis (proceso fisiológico en el que se forman vasos sanguíneos nuevos a partir de un lecho vascular ya existente).

Consiste en la utilización de una esponja de poliuretano porosa o de alcohol polivinílico, que aplicada sobre la herida es sellada con un apósito adhesivo. Posteriormente este se conecta a una unidad de vacío. Con esta bomba de vacío podemos controlar la presión negativa que se repartirá de forma uniforme sobre la superficie de la úlcera, recogiendo el exudado producido y creando un ambiente que favorece la cicatrización de la herida.

Se comienza a usar a finales del siglo pasado, aunque no ha sido hasta estas dos últimas décadas cuando su aplicación ha sido más frecuente en el medio hospitalario.

Es tarea sobre todo de enfermería, pero también de los Técnicos Auxiliares, conocer el correcto funcionamiento de dicha terapia, así como los diferentes materiales a utilizar, sus indicaciones y contraindicaciones. Establecer un plan de cuidados de enfermería estandarizado para el tratamiento de las heridas complejas y consensuado con el Equipo Multidisciplinar asistencial, permite ofrecer una mejor atención de nuestros pacientes.

2 Objetivos

- Conocer la utilidad de la terapia VAC en la cicatrización de las heridas y úlceras.
- Realizar revisión sobre la terapia VAC: indicaciones, contraindicaciones y ventajas.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica de los últimos 20 años, en las bases de datos más importantes como: Scielo, Medline Plus, PubMed y ScienceDirect, así como en revistas científicas y libros especializados acerca de la terapia del sistema de vacío VAC.

Se han revisado diversos casos clínicos de Cirugía General, Cirugía Plástica, Cirugía Maxilofacial.

Se han utilizado las Palabras Clave: presión negativa, infección, terapia de vacío, terapia VAC, herida de evolución tórpida.

4 Resultados

La terapia VAC como sistema no invasivo, ha demostrado estimular y agilizar los procesos de cicatrización de este tipo de heridas complejas, puesto que crea un ambiente que permite la reparación de las heridas por segunda o tercera intención. Se ha demostrado que esta terapia es efectiva y mejora el ambiente de la herida porque facilita la cicatrización por múltiples procesos.

En los últimos años se ha demostrado que su eficacia está basada en la creación de un entorno de curación único: se reduce el tamaño de la herida mediante la aproximación de los bordes, se reduce el edema, se elimina el exudado y hay

mayor formación de tejido de granulación, consiguiendo así un cierre de la herida más rápido y con menos complicaciones.

Esta terapia ha sido ampliamente estudiada en los últimos 20 años. La mayor parte de los estudios han demostrado su eficacia en heridas superficiales y sus beneficios en heridas severas y complicadas con gran pérdida de tejido. Demostraron que proporciona mayor comodidad al paciente y al personal de enfermería, manteniendo un apósito limpio durante varios días sin necesidad de realizar varios cambios diarios. Existe granulación libre de infección y menor tamaño de la lesión.

Los resultados obtenidos con esta técnica reflejan que se aceleran los tiempos del proceso de cicatrización hasta un 75% con respecto a los conseguidos con otras técnicas de curación, suponiendo esto un ahorro en estancias hospitalarias, material de cura y tiempos de enfermería.

Es un método eficiente, sobre todo en heridas infectadas de evolución tórpida. En otras ocasiones, es un método complementario, que permite preparar las heridas con anterioridad para una cirugía posterior de menor agresividad.

Es una opción ampliamente extendida dentro del campo de la cirugía. Desde su aparición en el mercado, se han ido sumando indicaciones de tratamiento de diversa índole. En muchos pacientes se mejora el control del dolor al espaciarse las curas, lo que supone una ventaja evidente. No solo se reduce el tamaño de la herida, si no también el tiempo de curación y por tanto la duración total del ingreso hospitalario.

Indicaciones:

- Heridas agudas y traumáticas
- Heridas crónicas abiertas
- Heridas dehiscentes
- Úlceras por presión
- Quemaduras.

Contraindicaciones:

- Heridas con tejido necrótico o escaras sobre estructuras vitales expuestas (tendones, nervios, órganos)
- Ostiomiелitis no tratadas o inexploradas
- Heridas de alto débito
- Heridas con hemorragia no controlada.

Actualmente este sistema se considera fundamental en el tratamiento de las heridas complejas que generalmente requieren ingresos largos y costosos.

Ventajas:

- Proporciona un entorno cerrado y húmedo, estimulando el crecimiento del tejido de granulación y disminuyendo la contaminación bacteriana del exterior.
- Disminuye el volumen de la herida al ir aproximándose sus extremos.
- Elimina el exceso de fluidos.
- Disminuye el fluido intersticial, mejorando el flujo sanguíneo de la herida.
- Puede aplicarse al paciente ambulatorio como tratamiento domiciliario, siempre que el tipo de herida y el paciente sean idóneos para ello.

Debe colocarse en heridas limpias, libres de tejido necrótico y bien vascularizadas, para prevenir la necrosis de los bordes de la herida.

La duración del tratamiento es variable pues dependerá del objetivo terapéutico, la patología y el tamaño de la herida.

La presión idónea se encuentra entre 125-200 mm Hg.

Si comparamos esta técnica con respecto a curas tradicionales, observamos que esta terapia precisa un menor nº de curas, ofrece mayor confort al paciente y menor tiempo de estancia hospitalaria, reduciendo costes.

Antes de comenzar con la terapia se ha de tener en cuenta que el paciente sea un candidato idóneo, que conoce y entiende la terapia que se le va a realizar y que se ha producido el desbridamiento quirúrgico previo de la herida.

Esta terapia puede realizarse con una presión negativa intermitente o continua. Según la mayoría de los protocolos consultados, se recomienda comenzar las primeras 48h de tratamiento con presión negativa continua y posteriormente continuar con la terapia intermitente. Generalmente, la terapia intermitente es más eficaz cuando se quiere potenciar la formación de tejido de granulación, mientras que la forma continua se utiliza sobre todo para recoger el exudado en caso de fistulas y linforragia.

Los apósitos se cambiarán máximo c/48-72h.

5 Discusión-Conclusión

Un correcto manejo de las heridas es un aspecto fundamental para minimizar el riesgo de infecciones y agilizar el proceso de recuperación. En este contexto la terapia VAC o cierre asistido por vacío, se ha consolidado en los últimos años, en el manejo de heridas complejas y graves, ya sean agudas o crónicas.

Es un método no invasivo y efectivo que permite una reducción de la estancia hospitalaria del paciente, repercutiendo positivamente en el coste de hospitalización, optimizando recursos y evitando en muchas ocasiones maniobras quirúrgicas más agresivas.

Es una terapia flexible puesto que permite en ciertas circunstancias, continuar el tratamiento a nivel domiciliario.

Otro dato interesante es la satisfacción del paciente, que a pesar de tener que llevar consigo un aparato de aspiración y acudir a un centro hospitalario para realizar el cambio del apósito, ninguno quiso abandonar el tratamiento.

Aunque debemos tener en cuenta el coste en material y disponer de personal de enfermería entrenado en la realización de las curas, podemos decir que la técnica VAC es una alternativa cómoda para el paciente, muy útil para enfermería y económica para la administración.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es>: Sistema de cierre asistida por vacío en heridas complejas. Estudio retrospectivo.
2. <https://www.revista-portalesmédicos.com>: Manejo enfermero de la terapia de sistema de vacío (VAC) aplicado en heridas.
3. <https://artedelosdioses.com>: Método muy efectivo para el cierre y curación de heridas complicadas. Terapia de cierre asistido por vacío.
4. <https://www.portalsato.es>: Terapia por presión negativa en el manejo de heridas complejas en traumatología. Innovación e indicación.
5. <https://scieloiscili.es>: Tratamiento heridas complejas con terapia de presión negativa.
6. <https://www.revista-portalesmédicos.com>: Terapia por cierre asistido por vacío (VAC).

Capítulo 6

SENSOR PARA LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE LA GLUCOSA FLASH

PAULA LUCAS FONSECA

1 Introducción

Los dispositivos para la monitorización continua de la glucosa son una herramienta para medir la glucosa de forma continua sin pinchazos.

Esta herramienta permite mejorar el control efectivo del paciente diabético, permite además conocer las variaciones glucémicas antes desconocidas.

Desde su aparición, han ido evolucionando para permitir obtener información de los niveles de glucosa en tiempo real, usando una conexión inalámbrica. Son más precisos y sus sensores más duraderos.

Su uso requiere destreza y a un paciente/usuario motivado para utilizarlo correctamente. Es por ellos que no todas las personas son aptas para llevarlo. La medición de la glucosa se lleva a cabo mediante un filamento que está insertado en la piel, tiene una duración de entre 6-14 días. Este filamento funciona como sensor y mide la glucosa en el líquido intersticial (reflejo de la glucosa en sangre) cada minuto. Además posee un transmisor que envía la señal a un monitor para su lectura o un teléfono móvil. Permite así compartir datos con personas del entorno familiar o profesionales de la salud.

Unas de las ventajas más importantes de estos sistemas es el evitar hipoglucemias gracias a las alarmas que contienen, permiten el control de la HbA1C, identificando patrones, etc., para una mejora en la calidad de vida de estos pacientes. Su mayor ventaja es aportar una lectura continua de los niveles de glucosa.

2 Objetivos

- Conocer las características esenciales de los sensores de monitorización continua de glucosa.
- Conocer la indicaciones para el uso de estos sensores.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras clave: sensor, glucosa, diabetes.

4 Resultados

Entre las características del sensor de monitorización continua de glucosa nos encontramos:

- Permite medir la glucosa en tiempo real, realiza más de 200 mediciones al día. Es posible almacenar los datos hasta de 90 días.
- La glucemia se mide en el líquido intersticial.

Este tipo de sensores están indicados en los siguientes casos, siempre que sean indicados por un endocrino:

- Pacientes mayores de 18 años con un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1
 - Terapia intensiva con insulina (bomba de insulina o varias dosis al día).
 - Que precisen al menos 6 punciones digitales al día para el control de la glucosa en sangre.
1. El dispositivo se coloca en la parte posterior del brazo, en una zona sin lesiones o distrofia.
 2. El sensor es de material desechable, resiste al agua (máximo un metro de profundidad durante 30 minutos). Puede durar hasta 2 semanas, después debe cambiarse la zona de aplicación.
 3. Debe evitarse golpearlo.
 4. Debe insertarse en un momento con los niveles de glucemia estables (en ayunas o no cerca del momento de inyección de la insulina).
 5. Para su mayor rendimiento no deben de pasar mas de 8 horas entre escaneos. Siendo recomendado el escaneo continuo.

6. La insulina puede administrarse cerca del sensor, dejando un margen mínimo de 2'5 cm entre ambos.
7. El almacenamiento de datos permite que se generen patrones o tendencias en los niveles de glucosa que pueden ayudar a modificar pautas o tratamientos con insulina.
8. En caso de hipoglucemia / hiperglucemia se debe comprobar los valores con glucómetro capilar.
9. Debe retirarse en caso de estudios de imagen.

Los criterios para la retirada del sensor son los siguientes:

- Cuando las hipoglucemias graves o complicaciones graves sean mayores en número que en el año previo a la colocación del dispositivo.
- Cuando el tiempo de uso del dispositivo sea inferior al 70%.
- Existencia de reacciones cutáneas asociadas al dispositivo.
- A demanda del usuario. uso de tiras de glucemia similar a las que usaba antes de la colocación del sensor.

5 Discusión-Conclusión

El uso de los sistemas de monitorización continua de la glucemia en tiempo real permite un mayor y mejor control de la glucemia por parte del usuario, evitando así muchas de las complicaciones de la diabetes.

Al igual que estos sistemas han ido avanzando desde su aparición, todo hace pensar que en los próximos años las mejoras técnicas de los dispositivos sean muy notables, lo que permitirá bajar los costes que su uso supone a los sistemas sanitarios. Su desarrollo ayudará sin duda a evolucionar en la carrera del desarrollo de un páncreas artificial.

En la actualidad los sistemas de monitorización continua permiten el manejo de la diabetes basándonos en tendencias.

6 Bibliografía

1. Sistemas de monitorización continua de glucosa. Disponible en <http://fundaciondiabetes.org>
2. Control de la diabetes: sistemas de monitorización continua de glucosa. Disponible en <http://unidadmedica.com>.

3. Monitorización continua de la glucosa en tiempo real. indicaciones clínicas probadas. Disponible en <http://elsevier.es>

Capítulo 7

LA GESTIÓN INTEGRAL DE LOS CUIDADOS EN LA PROFESIÓN ENFERMERA

IRENE PONZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La profesión de enfermería, hasta ahora, se centraba en aplicar cuidados directos a personas en situación de enfermedad o vulnerabilidad. Sin embargo, la enfermería incluye numerosas áreas de trabajo. La gestión integral de los cuidados en enfermería debe entenderse actualmente desde una perspectiva integral. La profesión enfermera tiene varias funciones: asistencial, docente, investigadora y gestora.

La enfermería asistencial debe combinar la relación enfermera-paciente y enfermera-otros profesionales. La enfermera debe aplicar cuidados al paciente, familia o comunidad con base en sus necesidades, teniendo en cuenta en la toma de decisiones el aspecto afectivo (sensibilidad en el trato humano, su contexto, cultura, entorno, cuidados humanizados) y competencias técnicas (conocimientos y destrezas). La enfermera debe mantener una colaboración interdisciplinaria con otros profesionales sanitarios para mantener una correcta continuidad y calidad en los cuidados aplicados.

La gestión de los cuidados se desarrolla en gran medida a través de cargos intermedios (jefe, gerente o gestora de enfermería), en la que debe dirigir y gestionar a los miembros de su unidad, mantener una red de contactos de enlace, coordinación con otros servicios, controlar las actividades de su unidad, transmitir

información a niveles jerárquicos superiores, asignar recursos y hacer frente a conflictos. Por todo ello debe guiar sus actividades con base en conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y la política. El proceso de administración de cuidados a la población debe medirse desde una perspectiva integral (variables que intervienen en el proceso salud-enfermedad y variables externas al sistema sanitario). Para realizar todas estas funciones, es preciso la capacidad de liderazgo (incluyendo la capacidad de iniciativa en el trabajo y motivación a los miembros del equipo).

2 Objetivos

Determinar y dar a conocer todas las áreas de actuación en la profesión de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo. Se han seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La gestión integral de cuidados en enfermería se centra en varias áreas de aplicación, entre las que destacan: sistema y modelos de gestión de la comunicación, gestión de personas, cuidados de enfermería, gestión del conocimiento, nuevos modelos de gestión y gestión de prevención de riesgos laborales.

A continuación se detallan.

- Sistema y modelos de gestión de la comunicación: Se debe emplear la comunicación organizacional para afianzar la cultura de cada organización, entre la que se encuentra la comunicación interna (correo electrónico, notas interiores) y comunicación externa (prensa, radio, televisión); con ello se consigue una información efectiva relativa al centro o a aspectos de salud (prevención y promoción) al equipo y a la población.
- Gestión de personas: se debe buscar un equilibrio entre el estilo de gestión centrado en las tareas y en las personas. Se debe realizar a través de la capacidad de liderazgo una correcta gestión del talento, incentivación y motivación para

que cada profesional participe de la mejor forma para la consecución de objetivos comunes. También se debe exigir a cada profesional las responsabilidades contraídas y apoyar el reconocimiento de forma pública a los que trabajan correctamente (por ejemplo con obtención de mejoras retributivas).

- Cuidados de enfermería: el cuidado es el fundamento de la enfermería. Es necesario una serie de acciones integrales para una correcta prestación de cuidados adaptadas a criterios de calidad a través de Planes Generales de Salud, Procesos Asistenciales Integrados (herramientas para incorporar nuevas prácticas basadas en la evidencia) que apoyan la implantación del Proceso Enfermero centrado en el paciente, cuidador y familia.
- Gestión del conocimiento: para la consecución de excelencia asistencial. La formación continuada es fundamental fomentando la investigación, publicación y participación en eventos científicos, enfatizando el aprendizaje semipresencial (on-line). Destaca la función docente de la enfermera a nivel universitario o no y el fomento de la función investigadora.
- Nuevos modelos de gestión: la implantación de modelos de Unidades de Gestión Clínica permite incorporar a profesionales en la gestión de los recursos empleados en la práctica clínica y aumentar sus responsabilidades. La gestión por Procesos Asistenciales Integrados mejora la calidad siendo un nexo entre profesionales y pacientes y la gestión por Competencias busca el desarrollo continuo de las enfermeras. Así pues los tres elementos indispensables para la innovación y mejora de los servicios son la integración de conocimientos, el desarrollo de modelos organizativos flexibles y la gestión por procesos.
- Gestión de prevención de riesgos laborales: trabajo conjunto con la unidad de prevención de riesgos laborales y sindicatos para la difusión de procedimientos relativos a riesgos y la transmisión a la dirección de situaciones de riesgos detectadas por los profesionales en la práctica.

5 Discusión-Conclusión

La práctica asistencial incluye la aplicación de tratamientos y cuidados, teniendo en cuenta el aspecto afectivo (del individuo, familia o comunidad) y competencias técnicas y la colaboración junto con otros profesionales sanitarios del equipo interdisciplinar.

Para desarrollar la gestión de los cuidados existen miembros para controlar y desarrollar actividades de su unidad, destacando en ellos la capacidad de liderazgo.

La gestión integral de cuidados en enfermería se centra en varias áreas de apli-

cación, entre las que destacan: sistema y modelos de gestión de la comunicación, gestión de personas, cuidados de enfermería, gestión del conocimiento, nuevos modelos de gestión y gestión de prevención de riesgos laborales.

Se concluye que la atención enfermera se debe prestar a través de una gestión integral de cuidados, incluyendo una perspectiva global de los cuidados y del organismo así como un liderazgo efectivo.

6 Bibliografía

1. González-Sanz JD, Barquero-González Ana. Gestión integral de los cuidados. Una propuesta de acción. *Nursing* 2011;29 (6): 62-6.
2. Zarate R. La gestión del cuidado de enfermería. *Enferm [Internet]*. 2004 [citado 2021 Nov 21]; 13 (44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es.
3. Morse JM, Solberg SM, Neander WL, Bottorff JL, Johnson JL (1990). Concepts of Caring and Caring as a Concept. *Advances in Nursing Science*, 13 (1):1-14.

Capítulo 8

CUIDADOS REALIZADOS POR LOS CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES DEPENDIENTES

CANDELA GARRIDO OMAR

1 Introducción

Una vez aplicada la escala de Barthel a la situación del paciente dependiente, podremos obtener el grado de dependencia del mismo y obtener los cuidados a aplicar para solventar la situación. Las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se verán seriamente afectadas en función del grado de dependencia objetivado anteriormente.

Los cuidados básicos se resumirán en:

- Movilización y transferencias del paciente: se debe explicar al cuidador las pautas para realizar las movilizaciones de la forma más ergonómica posible, minimizando al máximo el riesgo para su espalda y realizarlas de forma segura para el paciente.
- Higiene personal y vestido: las recomendaciones principales descritas son la observación del paciente durante el aseo: condiciones de la piel, contusiones, erupciones...
- Alimentación: ayuda al cuidador a conocer las distintas texturas de alimentos y manejo de las mismas, adaptándolas a la situación de cada paciente.
- Eliminación: es común que la mayoría de los pacientes dependientes tengan asociada alguna patología que no les permita un adecuado control de los esfínteres.

Además, se debe, ofrecer y enseñar técnicas de ayuda para evitar lesiones de espalda por carga de peso en el cuidador, mostrando los diferentes dispositivos de ayuda como sillas de ducha o barandillas que proporcionarán seguridad y estabilidad tanto al paciente como a su cuidador a la hora de la higiene, o grúas para la movilización.

2 Objetivos

Exponer los principales cuidados que el cuidador informal de paciente dependiente debe prestar a su familiar o paciente para favorecer la calidad de vida del mismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El cuidador informal sufre consecuencias derivadas del desempeño de su rol que afectan a la salud física y psicológica. También se ven afectadas distintas áreas de su vida, como la profesional, económica o social. Es por ello que conocer las distintas tareas que deben desempeñar y limitarlas a áreas concretas, pueden favorecer el cuidado del paciente y la situación del cuidador.

La enfermera cumple un papel clave de guía de cuidado en este proceso, así como de constante evaluación del paciente y su cuidador para detectar las necesidades que estos tengan. Las personas dependientes, considerando entre ellas tanto a las que ya tienen reconocido el grado de dependencia como las que no, presentan numerosas limitaciones que les impiden realizar de forma autónoma alguna de las dos variantes de actividad: actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria.

Los cuidados de enfermería no solo deberán estar destinados al cuidador informal, sino también a su paciente y al entorno del paciente. Es importante mantener un

contacto continuado con ambos para solventar los problemas propios de la etapa de dependencia, y ofrecer apoyo de otros profesionales de la salud en caso de que fuera necesario la intervención de los mismos, como un psicólogo o trabajador social.

Finalmente, los pacientes dependientes presentar numerosas necesidades que vendrán delimitadas en función de su nivel o grado de dependencia, que aumentará con el tiempo y de manera proporcionalmente directa con la edad, es por eso que la atención deberá ser continuada. A su vez, es posible que requiera de numerosas evaluaciones de sus necesidades a lo largo del proceso, pues serán cambiantes y dependerán de la situación basal del paciente en el momento.

5 Discusión-Conclusión

Durante la realización de esta revisión bibliográfica se pudo observar que los cuidados informales vienen desarrollándose en nuestro país muchos años, tanto es así que en el año 2006 entra en vigencia la primera Ley Estatal que favorecía y protegía al cuidador informal y lo consideraba por fin, de una pieza fundamental del cuidado, otorgando prestaciones que favoreciesen una situación favorable de cuidado tanto para el paciente dependiente como para su cuidador.

El perfil analizado en España, se corresponde en la gran mayoría de los casos con una mujer de mediana edad que además de dedicarse al cuidado, trabaja fuera del domicilio de forma remunerada.

6 Bibliografía

1. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15-12-2006).
2. SAMIUC [sede Web]. Andalucía: Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias; [acceso 19 de Marzo de 2021]. Índice de Katz (Valoración actividades vida diaria). Disponible en: <http://www.samiuc.es/indice-katz-valoracion-actividades-vida-diaria/>.
3. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Mejjide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72 (1): 11-16.

Capítulo 9

LAS NUEVAS RECOMENDACIONES SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS LACTANTES

LETICIA GARCIA PEREZ

1 Introducción

La alimentación complementaria, también conocida como AC, es la fase en la que el lactante ingiere alimentos distintos de la leche materna o artificial, pueden ser líquidos o sólidos, pero nunca deben sustituir una toma de leche, ya que la leche es el alimento principal hasta el año de vida. Se han producido numerosos cambios a lo largo de los años respecto a la AC por lo que los consejos de nuestras generaciones anteriores son distintos a los de hoy en día.

La alimentación complementaria suele comenzar alrededor de los 6 meses, ya que se necesitan una serie de requisitos que nos indican que el bebé está listo para empezar a comer, aunque hay bebés que pueden comenzar entre el cuarto y el sexto mes. La AC debe comenzar de manera gradual sobre todo en los niños que está con lactancia materna (LM), ya que la Organización Mundial de la Salud indican la LM exclusivo mínimo hasta los 6 meses de edad y lo ideal hasta los 2 años. Siempre pudiéndose prolongar hasta que la madre y el hijo quieran. Es importante esperar a los seis meses para que el cuerpo tenga el desarrollo necesario en todos los niveles que son necesarios.

2 Objetivos

Exponer las actuaciones adecuadas para una correcta adaptación a la alimentación complementaria.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente sobre la alimentación complementaria durante los meses de octubre y noviembre del 2021. Se ha realiza 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 iniciar la alimentación complementaria el lactante deberá desarrollar las habilidades psicomotoras necesarias para poder manipular y comer de forma segura. Estos cambios suelen ocurrir alrededor de los 6 meses, pero no todos los niños los realizan al mismo tiempo. Las necesidades psicomotoras que deben cumplir con: el interés por la comida, la pérdida del reflejo de extrusión, la coordinación con la comida para llevarla con la mano a la boca y por último deben ser capaces de mantenerse sentados con apoyo.

Una temprana introducción de la alimentación complementaria puede producir diversos riesgos como posibilidad de atragantamientos, incremento de gastroenteritis agudas, infecciones respiratorias de vías superiores, interrupción del hierro y el zinc con la lactancia materna e intercambio de tomas de leche por alimentos menos nutritivos.

No se recomienda retrasar la alimentación complementaria más allá de las 26 semanas de edad, ya que como consecuencia pueden incrementar el riesgo de problemas nutricionales como falta de hierro. Los riesgos de una introducción tardía son: la escasez nutricional (sobre todo hierro y zinc), el incremento del riesgo de alergias e intolerancias alimentarias, la deficiente aceptación de nuevas texturas y sabores, y más posibilidad de variación de las habilidades motoras del habla.

No existen alimentos mejores ni peores por los que deberíamos empezar y hay

mucha variación entre cultura y religiones, aunque como excepción se recomiendan alimentos ricos en hierro y zinc, ya que es una de las mayores carencias nutricionales que se pueden producir.

Las recomendaciones que se dan son meter los alimentos de uno en uno esperando unos días entre uno y otro para ver cómo lo tolera y acepta el bebé. No debemos añadir sal ni azúcar a los alimentos.

Antiguamente, se creía que un retraso de los alimentos potencialmente alergénicos podría reducir el efecto. En la actualidad no existe ninguna evidencia de que la introducción de los alimentos más de los 6 meses prevenga la producción de las alergias.

La organización mundial de la salud recomienda la lactancia materna hasta los 6 meses y la introducción de los alimentos en torno a los 6 meses y nunca antes de las 16 semanas. Siempre cumpliendo los requisitos necesarios y la introducción de uno en unos adaptados a las tradiciones de la familia, aportando los nutrientes necesarios al lactante.

Otro de los aspectos fundamentales en la alimentación complementaria es la introducción del gluten. Hoy en día se introducen entre los 4 y los 11 meses de edad, normalmente alrededor de los 6 meses y en pequeñas cantidades.

Se recomienda ir introduciendo poco a poco todas las distintas frutas y verduras. Se pueden ofrecer a lo largo del día en las distintas comidas e ir cambiando la forma de presentación la cual puede ser triturada, chafada o en trozos. Podemos comenzar por cualquiera esto siempre va a depender de las costumbres de la familia.

Como excepción se recomienda prevenir durante el primer año de vida las verduras de hoja verde que tengan alto contenido en nitratos como son las acelgas, las espinacas o las borrajas por el riesgo de metahemoglobinemia. Hasta los 3 años es mejor no ofrecer más de una ración diaria de estos alimentos.

Los cereales se pueden dar de distintas maneras se debe dar preferencia a las harinas integrales. Las formas en las que se pueden ofrecer son en polvo disuelto en leche, en purés, en forma de arroz, pan, pasta y avena. Además, también hay otras formas de hidratos de carbono como son la patata o el boniato. Se deben aconsejar los cereales que menos azúcar o miel contengan.

Los alimentos ricos en proteínas son las carnes rojas, el pescado, el pollo, el

marisco, los huevos y las legumbres. Todos los días debemos ofrecer estos alimentos sobre todos lo que son ricos en hierro.

Existen algunos pescados que debemos evitar el consumo porque pueden contener alto contenido en mercurio como por ejemplo el emperador, el pez espada, el cazón, la tintorera y el atún.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación complementaria comienza alrededor de los 6 meses, pero puede variar dependiendo del desarrollo psicomotor y habilidades motoras del lactante.

El principal alimento hasta el año de vida es la leche, y no debemos sustituir ninguna toma de leche por introducir un alimento, por lo que debemos ofrecer primero la leche y luego el alimento.

La AC debe adaptarse a las costumbres y religiones de la familia siempre teniendo en cuenta las principales excepciones que los lactantes tiene prohibido comer.

Debemos introducir los alimentos de uno en uno y tener especial precaución con los alimentos alergénicos respetando la regla de los tres días.

6 Bibliografía

1. Cuadros-Mendoza, CA, Vichido-Luna, MA, Montijo-Barrios, E, Zárate-Mondragón, F, Cadena-León, JF, Cervantes-Bustamante, R, Toro-Monjárez, E, & Ramírez-Mayans, JA. (2017). Actualidades en alimentación complementaria. *Acta pediátrica de México*, 38(3), 182-201. <https://doi.org/10.18233/apm38no3pp182-2011390>.
2. Forero T., Yibby, Acevedo R., María José, Hernández M., Jenny Alexandra, & Morales S., Gina Emely. (2018). La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes. *Revista chilena de pediatría*, 89(5), 612-620. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018005000707>.

Capítulo 10

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIÁLISIS

CANDELA GARRIDO OMAR

1 Introducción

Cuando se pierde la función renal, las toxinas y demás desechos corporales dejan de ser eliminados de forma efectiva por la orina debido al mal filtrado renal. Son muchos los pacientes que a día de hoy se dializan en España, casi 30000 según la Sociedad Española de Nefrología.

Los pacientes deben dejar de lado su vida normal para dar lugar a una nueva, en la que las horas de hospital se ven claramente incrementadas. Para sustituir la función de filtrado renal, se emplea el uso de máquinas dializadores, que funcionan de la siguiente manera:

La enfermera canalizará dos vías venosas periféricas en el brazo del paciente, cada una de ellas está sujeta a una de las tabuladoras de la máquina anteriormente mencionada. La sangre filtrada y sucia se moverá a través de las tabuladoras, entrando en la máquina para su tratamiento.

Los pacientes precisan de una atención enfermera constante durante el procedimiento, así como de un seguimiento continuado a lo largo de todo el proceso de diagnóstico, cuidados y adaptación del paciente y familia a su nueva situación. Es por eso que resulta importante destacar la función de enfermería en este proceso, siendo protagonista una vez más, en el cuidado del paciente.

2 Objetivos

- Describir los cuidados de enfermería al paciente dializado.

- Exponer el funcionamiento de las máquinas dializadores y el manejo por el personal de enfermería.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diferentes fuentes de información primarias y secundarias. Después de una búsqueda generalizada sobre el tema, se procedió a profundizar más en los objetivos del tópico, con búsquedas por palabras clave adaptadas al tema seleccionado.

También se han utilizado páginas web de organismos oficiales.

4 Resultados

La enfermera tiene numerosas funciones:

1. Manejo de la máquina dializadora:

Conocer el funcionamiento técnico de la máquina para poder manejarla adecuadamente y adaptada a la situación personal del paciente. La sangre atraviesa un extremo del filtro, quedando parte de las toxinas en las fibras del mismo, se mezcla posteriormente con la solución dializadora y la sangre vuelve al organismo. Esto hace que la misma se limpie de todas las toxinas y sustancias innecesarias procedentes del metabolismo orgánico, sin que el paciente tenga riñones funcionales.

2. Cuidados de enfermería:

- Administración de Medicación tópica: en caso de que los pacientes lo requieran previa inserción de los catéteres para dializar.
- Apoyo al cuidador del paciente dializado, dado que también se ve afectado por la nueva situación de su familiar.
- Aumentar el afrontamiento: potenciar el autocuidado y la aceptación de la enfermedad.
- Control de Infecciones: mantener una buena higiene de manos durante todo el proceso, así como elaboración de las técnicas de la forma más aséptica posible.
- Cuidados de las Heridas: las aparecidas por las inserciones de catéter o las que se produzcan durante el proceso.
- Disminución de la Ansiedad: ayudar al paciente a gestionar sus emociones, derivar a un profesional de salud mental en caso de que sea necesario.
- Educación para la salud: en cuanto al manejo de catéteres, heridas o dieta.

- Dieta adaptada a la situación del filtrado y funcionamiento renal del paciente. Se debe proporcionar un escrito de comidas, dieta cerrada, además de enseñar al paciente a leer las etiquetas de los alimentos y seleccionarlos adecuadamente. La enfermera es protagonista responsable de los cuidados del paciente, se encargará de la recepción, acogida, resolución de dudas, dialización, acompañamiento y canalización de las vías venosas periféricas.

5 Discusión-Conclusión

- Los cuidados de enfermería en los pacientes que se encuentran en situación de diálisis constará de dos grandes apartados: conocimiento de técnicas y materiales.
- La canalización de dos vías de acceso venoso es primordial, así como el mantenimiento de una correcta asepsia durante el procedimiento.
- El acceso venoso de los pacientes puede ser temporal o permanente, se deberá elegir en función de la situación individual. En ciertas ocasiones precisan de una fístula arteriovenosa que facilite el proceso.
- Se producen grandes cambios en la vida del paciente además de los físicos, entre ellos, laborales, familiares, de rol, etc., y la esfera social, familiar y económica se ven afectadas.

6 Bibliografía

1. M. Miguel, N. de Castro, et al. Importancia de la información que reciben los pacientes antes de iniciar la hemodiálisis periódica. En comunicaciones presentadas en el XVII Congreso Nacional de SEDEN, Hostal SA, (1993).
2. Manuel Ángel Calvo, Josefina Cuenca. Hospital Universitario Virgen del. Rocío de Sevilla. Comunicación presentada en la revista de SEDEN.

Capítulo 11

CONFLICTOS LABORALES EN INSTITUCIONES SANITARIAS

MARTA RODRÍGUEZ DÍAZ

1 Introducción

Se considera conflicto laboral toda situación generada por un desencuentro entre dos o más trabajadores, en su actividad laboral y que interfiere en el funcionamiento normal de la organización, en el rendimiento y en la salud de los trabajadores afectados.

Distintos factores pueden provocar un conflicto en el trabajo. La falta de comunicación, la incompatibilidad de caracteres, el acoso laboral entre otros, pueden ser la causa de disputas dentro de un entorno de trabajo.

Los conflictos laborales son algo natural, en términos generales son algo inherente al ser humano considerándolos como escenarios que ponen a prueba muchas de las cualidades que están dentro de la llamada inteligencia, pero que deben de solucionarse para que no se agraven más.

El conflicto no debe ser necesariamente negativo, pues a pesar de que las sensaciones personales que se experimentan en ese momento suelen ser desagradables, la manera de afrontarlo y las consecuencias del mismo pueden ser beneficiosas si se resuelven de forma correcta. Sin embargo, si el conflicto no se puede resolver, las consecuencias podrían ser de mayor gravedad, causando un deterioro de las relaciones de los trabajadores con un posible empeoramiento del ambiente laboral. Todo ello puede llevar a disminuir el rendimiento del personal, la eficacia asistencial y el funcionamiento general de la institución sanitaria.

2 Objetivos

Exponer tipos de conflictos dentro del grupo de trabajo en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica a través de buscadores especializados en temas de la salud, de publicaciones en revistas digitales relacionadas en el campo de la salud.

4 Resultados

De la bibliografía consultada se puede hablar que cuando el trabajo se realiza en equipo en cualquier institución sanitaria pueden surgir conflictos laborales. Pueden ser diferencias con su superior o con compañeros de trabajo, ya sea por falta de motivación, por sobrecarga de trabajo o por problemas con el paciente o familia.

Los conflictos laborales si no se llegan a resolver pueden llevar a una situación de insatisfacción laboral, depresión, fatiga, síndrome de "estar quemado" o "burn out", etc., que perjudica a la salud física y anímica de la persona, a su entorno laboral y familiar, pudiendo llegar a interferir en el funcionamiento normal de la institución.

Una deficiente organización del trabajo conlleva a que surjan más conflictos. Hay factores que pueden favorecerlos como son la falta o fallo de comunicación con los trabajadores; las órdenes estrictas; la competitividad; cuando un trabajador/a, o varios, poseen información falsa o errónea, para obtener con ello, un beneficio propio; cuando al menos un trabajador/a o varios anteponen su propio interés al del resto.

Los conflictos son difícilmente evitables, pero se pueden prevenir y resolver, para ello sería importante la existencia de protocolos y procedimientos de resolución de conflictos en el entorno laboral. Así, los trabajadores dispondrían de medios para saber detectar situaciones conflictivas y poder resolverlas antes de que se conviertan en un problema mayor.

Puede haber varios tipos de conflictos, entre los cuales destacan:

- Conflicto interpersonal: son conflictos que se dan con uno mismo, es decir que van en contra de uno mismo al tener que cumplir órdenes que van en contra de nuestros propios principios.
- Conflicto interpersonal: son conflictos que afectan a varias personas de la empresa.
- Conflicto intragrupal: son conflictos que se dan entre los trabajadores de un mismo equipo de trabajo.
- Conflicto intergrupar: son conflictos que se dan entre trabajadores de diferentes equipos de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Sea cual sea la causa del conflicto laboral, lo más importante es conocer su origen para poder solucionarlo lo antes posible y que no se convierta en un problema de salud para los trabajadores afectados. Los altos cargos deben tener la necesaria formación en gestión de conflictos para poder ayudar a solucionarlos mediante diálogo y negociación.

Es relevante que el trabajador/a perciba seguridad y claridad en la realización de sus funciones y la buena definición de su puesto laboral para evitar posibles conflictos interpersonales e intrapersonales.

Por ello, de la importancia de contar en la empresa con protocolos de resolución de conflictos en sus políticas de prevención.

6 Bibliografía

1. "Mediando en Salud". Una propuesta de mediación sanitaria en hospitales, a través de <https://revistamediacion.com>.
2. Cuadernillo resolución de conflictos laborales-UGT Madrid, disponible en <https://madrid.ugt.org>.
3. Conflictos laborales. Cómo gestionarlos y solucionarlos-UP SPAIN, disponible en <https://www.up-spain.com>.

Capítulo 12

BOMBAS DE INFUSIÓN CONTINUA DE INSULINA

PAULA LUCAS FONSECA

1 Introducción

La bomba de insulina es un dispositivo de pequeño tamaño similar a un móvil que administra pequeñas cantidades de insulina durante todo el día. Gracias a este mecanismo se ajustan mejor las necesidades de insulina, sobre todo tras las comidas y durante el periodo nocturno.

Es una terapia muy fisiológica, asimilándose al páncreas humano, ya que infunde insulina de manera continua.

Actualmente, en el mercado español se comercializan 3 tipos de infusores de insulina distintos.

El dispositivo está formado normalmente por dos partes bien diferenciadas: el infusor de insulina (programado previamente), principalmente compuesto por una pantalla con botones, una batería y el reservorio de insulina, y un catéter de conexión localizado debajo de la piel del paciente (en el tejido subcutáneo). La bomba usa análogos de la insulina de acción rápida.

Esta bomba de insulina administra la medicación de forma continuada las 24 horas al día, conocido como tasa basal o perfusión, además permite suministrar una cantidad mayor de insulina cada vez que se come (bolo de insulina). Estos bolos son útiles para cubrir las comidas o como método para evitar una hiperglucemia.

Actualmente, este tipo de terapia es de gran ayuda para el tratamiento de personas que sufren fenómeno de alba pronunciado, personas con hipoglucemias

graves recurrentes o inadvertidas y para cualquier niño pequeño con diabetes.

2 Objetivos

- Conocer las ventajas y desventajas del uso de este dispositivo.
- Conocer los cuidados básicos en la terapia con bomba de insulina.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica 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 y actuales.

4 Resultados

Las ventajas que nos encontramos en el uso de las bombas de insulina son:

- Mejor ajuste a las diferentes necesidades de insulina existentes por el paciente.
- Cubrir de mejor manera el fenómeno alba.
- Libertad de horarios para las comidas.
- Uso de análogos de la insulina rápida con un efecto más predecible que las de acción lenta o intermedia.
- Permite cambios de la tasa basal de hasta 0,025U/h y cambios en los bolos de 0,05U.
- Ajuste de insulina previo a la realización de ejercicio físico.
- Menor riesgo de hipoglucemias.
- Mejora de la calidad de vida, con una mayor flexibilidad horaria.

Las desventajas en el uso de este tipo de dispositivos son:

- Uso de un pequeño depósito de insulina con mayor riesgo de cetoacidosis debido a la interrupción en su suministro.
- Debe llevarse 24 horas al día.
- Precisa un control glucémico más frecuente.
- Mayor gasto que una terapia convencional.

Los cuidados en la terapia con bomba son:

- Cambio de catéter cada 3 días por riesgo de infección y de saturación de insulina del punto de inserción.

- Colocar catéter en glúteo o abdomen, rotando la zona de inserción.

El efecto secundario más frecuente y potencialmente grave es la aparición de hipoglucemia. La principal causa se debe a un desajuste entre la insulina administrada y los carbohidratos ingeridos. También la realización de ejercicio físico es una causa importante de hipoglucemia.

El manejo de la hipoglucemia con el uso de estos dispositivos es similar a los pasos a realizar cuando se usan bolis de insulina. Además, debería pararse la bomba, ya que esta administra insulina de manera continua en caso de hipoglucemia grave.

5 Discusión-Conclusión

Lo que se persigue con este tratamiento es imitar el funcionamiento del páncreas de una persona sin diabetes. De hecho, ésta es la terapia más fisiológica ya que infunde insulina continuamente.

Los candidatos al uso de esta terapia deben tener unas habilidades adecuadas, saber contar hidratos de carbono y sobre todo mucha motivación.

Este tipo de terapia es muy útil para el tratamiento de todo niño diabético en tratamiento con insulina, todos los niños, sin importar su edad, son firmes candidatos para su uso.

Las bombas de infusión son un gran avance para tratar al paciente con necesidades de insulina, ofreciendo una mayor y mejor calidad de vida.

La financiación del tratamiento con bomba de insulina por el Sistema Nacional de Salud Español para los pacientes diabéticos tipo 1 está reconocida desde el año 2004. El uso en España es del 5% de los pacientes diabéticos tipo 1, por debajo del 15% de la media europea.

6 Bibliografía

1. <https://www.fundaciondiabetes.org/>.
2. <https://diabetesmadrid.org/bombas-de-insulina/>.
3. <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com>

Capítulo 13

ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA REVISIÓN DE 14 AÑOS POR PARTE DE ENFERMERÍA

ARANTXA MUÑOZ GUILLÉN

VIRGINIA JIMÉNEZ RUIZ

MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA

GLORIA RUBIO MAINEZ

NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Una situación que se da en la sociedad. Una lacra social, problema de carácter estructural que se perpetúa en todas las generaciones, por el sistema machista y patriarcal en el que nacemos, crecemos y vivimos, que se reproduce a través de la cultura, moda, música, deporte, publicidad, literatura, pintura, religión, redes sociales, política, etc.

Es un problema presente en toda la sociedad y esferas sociales. En toda la población, incluidas las jóvenes de la sociedad. Hay que detectarla de la forma más temprana posible, los casos de violencia para intervenir precozmente y así erradicar el problema de manera inmediata.

La colaboración de cada profesional es importante en esta tarea y queremos que se cuente con la colaboración del equipo de pediatría.

Desde los servicios de salud debemos fomentar la igualdad y el respeto en las relaciones y enseñar a saber detectar conductas erróneas.

También dar pautas de educación a los progenitores para que en el proceso de maduración de los niños se asienten unos conceptos clave, que harán, que en el futuro sepan cómo llevar una relación.

Esta tarea debe ser un objetivo común entre toda la sociedad: progenitores, profesorado, equipos de salud tanto de atención primaria como de atención especializada.

2 Objetivos

- Describir la importancia de la detección precoz de violencia de género en la adolescencia.
- Analizar el trabajo de prevención, sensibilización y detección.

3 Metodología

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

4 Resultados

La violencia de género en la adolescencia puede ser muy severa. En las revisiones de pediatría a los 14 años es necesario abordar el tema. Se les explica el concepto “violencia de género” y se profundiza en la época adolescente. Después de realizar la revisión completa del niño@ en las cuales hemos completado todos los datos referentes a antropometría/cribajes, audición, visión, exploración física.

Abordamos el tema de violencia, antes hacemos salir a los progenitores, ya que así los adolescentes se expresan más fácilmente.

Definición: son acciones dañinas que comienzan temprano y continúan hasta que la persona es un adulto joven.

Las acciones violentas suelen ser: control, aislamiento, desvalorizaciones, humillaciones e insultos, peleas, amenazas e intimidación, violencia física y sexual.

En los últimos cinco años se ha producido un “repunte” de la violencia de género entre jóvenes cuyas edades oscilan entre 16 y 20 años. Se ha duplicado el número de agresores menores de 20 años según los datos del 2017 del Consejo del Poder Judicial.

Se ha incrementado la violencia de género en la adolescencia en España, entre otros por el incremento de la utilización de nuevas tecnologías para ejercer el maltrato.

Trabajo de prevención, sensibilización y detección:

Para prevenir la violencia de género en las relaciones adolescentes de noviazgo se necesita de un esfuerzo sobre sensibilización y prevención desde las edades más tempranas. Aquí la revisión de 14 años en el centro de salud es ideal para explicar cómo prevenir estas situaciones.

Que entre las parejas hay diferencias, que es normal que se discutan para llegar a una solución, pero que nunca la agresión, física, sexual y psicológica deben ser el fin de esas diferencias.

Que por medio de la agresión no se reduce el nivel de tensión.

Que la persona que agrede no está enferma.

El manejo de la agresividad refuerza la autoestima y nos define como personas con autocontrol.

En las relaciones violentas no hay amor. Amar es cuidar y compartir.

Explicamos que la violencia de género no es exclusiva de parejas casadas y adultas, sino que jóvenes y adolescentes pueden sufrir este tipo de violencia.

Sobre la violencia sexual en la adolescencia, el 14% de las chicas afirma haberse sentido presionada para actividades de tipo sexual, presión realizada en casi todos los casos (97,4%) por un hombre, que suelen provenir del chico con el que salen en un 55,7% de los casos.

Las situaciones entre adolescentes de 14 a 20 años son:

- Relacionadas con mostrar 48%.
- Pedir fotografías sexuales 43,9%.
- Petición de cibersexo online 23,4%.
- Abuso emocional 17,3%.
- Control abusivo 17,1%.
- Control a través del móvil 14,9%.
- Presionada para situaciones sexuales en las que no quería participar con el chico con el que sale actualmente 16,9%.

Mostrar afecto, respeto y facilitar a las adolescentes que se expresen.

Enseñar a detectar las señales de una relación abusiva.

Mostrar y educar en modelos en los que padre y madre comparten todas las tareas de crianza y domésticas.

Existen maltratadores provenientes de todo tipo de modelos familiares y sociales.

Lo que tienen en común es un sistema de creencias muy sexista.

Educar a las niñas en condiciones de igualdad con respecto a sus hermanos varones.

Muchas veces esa violencia de género se da a través de las tecnologías:

Localización de la pareja.

Queriendo conocer la contraseña.

Exige ver los mensajes de Whatsapp.

Quiere saber “con quién estás hablando. Hay que fortalecer la autoestima de su hija.

Reforzar el valor de la igualdad real.

Adquirir y enseñar una actitud de rechazo frente a sexismo.

Promover el respeto frente a la diversidad afectiva y sexual.

Enseñar recursos para incentivar la reflexión y la prevención de la violencia de género.

5 Discusión-Conclusión

La prevención de todo tipo de violencia debe ser una asignatura de la cual se tiene que hacer especial intervención en atención primaria. Debemos educar a los padres para que en sus pautas de educación la violencia en todos sus tipos sea un tema a tratar y erradicar importantísimo.

En las revisiones del niño sano es básico abordar el tema con los padres y cuando se les hace salir de la consulta con el adolescente.

Tenemos mucho trabajo por delante, ya que en la sociedad impera un sistema patriarcal que no ayuda nada en esta evolución.

Y también la inmigración de otros países en los que la mujer carece de derechos no ayuda en esta tarea.

Este es un trabajo en común entre toda la sociedad, pero desde la atención primaria es básico dar pautas de actuación y detectar posibles casos de abuso.

6 Bibliografía

1. https://si.easp.es/psiaa/wpcontent/uploads/2014/07/cuidadores_violencia_genero.pdf.
2. <https://www.lamoncloa.gob.es>
3. <https://www.navarra.es>
4. <https://www.observatoriodelainfancia.es>

Capítulo 14

E ENFERMERÍA EN LA EXTRAVASACIÓN DE FÁRMACOS QUIMIOTERÁPICOS

ARANTXA MUÑOZ GUILLÉN

VIRGINIA JIMÉNEZ RUIZ

MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA

GLORIA RUBIO MAINEZ

NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La quimioterapia es una de las principales formas de tratamiento del cáncer. Consiste en la administración de fármacos citostáticos o antineoplásicos al paciente oncológico. Este tipo de fármacos actúan impidiendo que se produzca la división de las células tumorales, destruyéndolas.

La administración de citostáticos no está exenta de riesgos y complicaciones para los pacientes, e incluso, para los profesionales que se encargan de la manipulación. Una de las complicaciones más graves que puede producir la administración de este tipo de fármacos es la extravasación. La extravasación del fármaco consiste en la salida no intencionada de este al espacio peri vascular o subcutáneo durante su administración llegando a afectar a los tejidos adyacentes.

Un aumento del riesgo de extravasación se debe a:

- Factores relacionados con el paciente: edad, dificultad de comunicación, edemas, alteración en la percepción sensitiva, o enfermedades vasculares periféricas.
- Factores relacionados con el personal: existencia de profesional poco entrenado en el uso de citostáticos, catéter no adecuado, zona de punción no apropiada.
- Factores relacionados con el fármaco: cantidad, concentración, duración de la administración, utilización de la misma vía, potencial vesicante del fármaco, control posterior por parte del profesional.

La extravasación es una complicación muy grave, ya que, estos eventos disminuyen la calidad de vida del paciente, a la vez que pueden empeorar su estado y dificultar su posterior tratamiento. Por otra parte, los tejidos donde el fármaco penetra disponen de una escasa capacidad de neutralización, pudiendo llegar a producir una grave destrucción tisular.

El grado de daño de la extravasación se produce a largo plazo, y dependerá principalmente de:

- Cantidad de fármaco citostático.
- Concentración del fármaco citostático.
- Tiempo de exposición al fármaco.
- Zona en la que se produce la extravasación.
- Características tóxicas y agresivas del fármaco, según sea vesicante (causa daño tisular importante), irritantes (causan reacción inflamatoria en tejidos) o no agresivos.

La primera sospecha ante una extravasación se produce cuando en el punto de inserción del catéter se observan signos y síntomas como: dolor, prurito, enrojecimiento, palidez, hinchazón y piel fría o caliente. Otros indicios pueden ser la disminución del ritmo de infusión o la ausencia de retorno venoso a través del catéter.

2 Objetivos

Identificar e indicar los cuidados de enfermería ante una extravasación de un fármaco citostático en los centros hospitalarios .

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed,

Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Prevención de la extravasación:

- Solicitar la colaboración del paciente para que nos comunique cualquier signo o síntoma (extravasación, dolor, prurito, enrojecimiento, etc.) durante la infusión de la quimioterapia.
- Se debe contar con personal especializado para la administración de este tipo de fármacos.
- Siempre que exista la posibilidad, se deben utilizar catéteres venosos centrales. Si no es posible, el lugar de la punción más idóneo es el antebrazo del paciente debido a un menor posible perjuicio anatómico y funcional en el caso de una extravasación. Evitar las zonas de flexión y el dorso de la mano. La punción debe iniciarse por la parte más distal de la vena.
- Evitar miembros inferiores, situaciones de edemas, lesiones motoras y/o sensitivas, hematomas y resección linfática en mastectomías en los miembros superiores.
- Usar el catéter de calibre adecuado.
- Antes de la administración de citostáticos, comprobar la permeabilidad del catéter y el retorno venoso con soluciones isotónicas (suero fisiológico 0.9% o suero glucosado al 5%).
- Administración adecuada en tiempo y velocidad.
- Si se administran varios fármacos citostáticos, se deberá de lavar la vía con suero fisiológico o suero glucosado al 5% (dependiendo del fármaco), para evitar interacciones entre los diferentes antineoplásicos. Al finalizar el tratamiento, lavar la vía con un volumen de entre 20 y 50 ml de suero. Administrar primero el medicamento vesicante y si fueran dos vesicantes primero el de menor volumen.
- Informar siempre al paciente y/o familiar sobre los riesgos y síntomas de una extravasación, para que pueda alertar al profesional si aparece algún síntoma que le haga sospechar de ella durante la infusión.

Identificación de extravasación y actuación enfermera.

Según el tipo de citostático administrado puede variar la presentación de una extravasación:

- Una vez identificado el tipo de citostático extravasado, la actuación debe ser rápida y eficaz, llevando a cabo medidas específicas e inespecíficas para evitar

grandes complicaciones. En cada extravasación se debe de actuar de forma individualizada para neutralizar el fármaco extravasado.

- Es importante que en los servicios hospitalarios dónde se administren los fármacos citostáticos, exista un kit de extravasación que disponga de todo el material necesario para una posible actuación de urgencia.

Medidas generales:

- Detener completamente la administración del fármaco.
- El resto del fármaco citostático se administrará por otra vía venosa, y si es posible, en la otra extremidad.
- Avisar al médico responsable del paciente y al servicio de farmacia.
- Retirar el equipo de infusión, pero no retirar el catéter. Pues antes de retirarlo se debe tratar de aspirar la mayor cantidad del fármaco posible. Si se forman ampollas en la zona afectada, absorber con una jeringa de 1cc y aguja de insulina.
- Administrar antidotos adoptados por la Institución.
- Señalizar los bordes de la zona afectada para poder llevar un control de su evolución.
- Debemos de elevar la extremidad por encima del nivel del corazón durante las 48 horas siguientes y realizar higiene de la zona sin sumersión, y secando a pequeños toques.
- Evitar cualquier roce o presión sobre la zona, y cualquier producto, crema o aceite que no haya sido prescrito por un médico.
- Informar al paciente y realizar un seguimiento de los síntomas durante las primeras 24/48 horas y a la semana siguiente de la extravasación. Si la extravasación ha afectado a estructuras más profundas, debe ser evaluado y tratado por un médico especialista.

Medidas específicas:

1. Medidas farmacológicas, uso de medicamentos para evitar la necrosis y la ulceración de la zona afectada como: antidotos, corticoides (para reducción de la inflamación por extravasación), antibióticos (ante sospecha de infección en heridas y ulceraciones), analgésicos (manejo del dolor).

2. Medidas físicas:

- Frío seco.
- Calor seco: evitar el calor húmedo por riesgo de maceración de la piel.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que el profesional de Enfermería administre el tratamiento de quimioterapia con la máxima precaución, que esté entrenado y tenga conocimien-

tos sobre la toxicidad de estos fármacos, sus factores de riesgo, el tratamiento y la prevención de las complicaciones para reducir las consecuencias. Para una actuación de calidad, rápida, y eficiente de la enfermería ante una extravasación de citostáticos, y ante su prevención, los profesionales deben de poseer una formación actualizada y amplia.

Además, es necesario tener establecidas de antemano unas pautas de actuación ante una extravasación, teniendo que ser conocidas por todo el personal implicado en la atención de estos pacientes y disponer de un botiquín de extravasación en el servicio. En cada institución debe existir una guía y una normativa de procedimiento común y consensuada por y para todo el personal de la unidad

6 Bibliografía

1. Alfaro Martínez, E., Delgado Sevilla, D. Fernández, Castro, Belén, Oltra López, P., Periñan, Carmona, V, et al. Cuidados de Enfermería en la extravasación de fármacos quimioterápicos. Rev. Portales Médicos. [Internet]. 2017 [Acceso 19 de feb de 2021] Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com>.
2. Díaz, S, Recalde, S., Barbona, L. O. Cuidados de enfermería en la administración de citostáticos. prevención de extravasación por citostáticos IV. Rev.Medicina Infantil. [Internet]. 2018 [Acceso 19 feb de 2021] 25. Disponible en: <https://www.medicinainfantil.org.ar>.
3. Gómez, Gómez, B. Manejo de la extravasación de citostáticos: una mirada desde enfermería. [Tesis] Medellín. 2018. [Acceso 19 de feb de 2021] 47-49 Disponible en: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>.
4. Cruz, González, C., Moral, Jiménez, J., López, García, H. Actuación de enfermería ante una extravasación de quimioterapia. Inquietudes [Internet]. 2009 [Acceso 19 de feb de 2021]. 41; 17-20. Disponible en: <http://www.index-f.com>

Capítulo 15

ENFERMERÍA: VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SIDA

ARANTXA MUÑOZ GUILLÉN

MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA

GLORIA RUBIO MAINEZ

NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ

VIRGINIA JIMÉNEZ RUIZ

1 Introducción

El VIH se trata de un problema de salud crónico y que continúa siendo un problema a nivel mundial, aunque si es cierto que ha habido una mejoría en los avances de esta enfermedad en cuanto a diagnóstico, tratamiento y prevención, que permite a la población que tiene el virus tener una mayor esperanza de vida.

Aunque en la actualidad sigue siendo una enfermedad incurable, se han desarrollado nuevos tratamientos para controlar el virus y evitar su contagio a más personas, como tratamientos anteriores y posteriores si ha existido contacto con la persona con VIH, nuevos antirretrovíricos, educación a la población del uso del preservativo, etc.

El VIH se trata de un virus que ataca al sistema inmune (a las células CD4) y de no ser tratado adecuadamente, puede originar, en estadios más tardíos, SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). De esta manera, el cuerpo se debilita y las llamadas infecciones oportunistas pueden afectar a la persona en mayor gravedad que en otra sin el virus.

En Estados Unidos existen cerca del millón de personas que conviven con el VIH, y en 2018 cerca de 38 mil personas se contagiaron del virus.

Esta infección estuvo originada por un chimpancé proveniente de África Central, el cual se extendió por este continente durante décadas y posteriormente, en todo el mundo.

2 Objetivos

Exponer actualización sobre síntomas y fases de la infección por VIH en una persona.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática de documentación científica, con una búsqueda y consulta de artículos en bases de datos: Pubmed, Cochrane Plus, Google académico y Medline.

El idioma empleado ha sido español y entre las palabras claves encontramos: "virus inmunodeficiencia", "VIH", "linfocitos CD4", "SIDA".

4 Resultados

El VIH actualmente no tiene cura, y que una vez obtenida, la persona tiene que convivir con ella de por vida. El VIH puede hacer que la persona desarrolle SIDA (fase más tardía y grave de la enfermedad) si esta no es tratada adecuadamente. El virus se encuentra sobre todo en la sangre, la leche humana, la mucosa anal, el semen y también en los fluidos de la vagina y se puede transmitir a través de heridas o lesiones en mucosa o piel (por vagina, recto o pene). Por lo que podemos clasificar las vías de contagio en:

- Contagio por sexo anal, oral o vaginal.
- Presentar lesiones abiertas y que estén expuestas directamente a sangre, semen, leche materna o fluidos.

- El uso de jeringas contaminadas, utensilios para piercings, o agujas para realizar tatuajes.

Aparte de lo mencionado, existe la transmisión vertical de la madre-hijo, que se puede transmitir en el canal del parto o en la lactancia (leche materna).

El VIH no se puede transmitir a través de la saliva, tampoco a través de estornudos, toser, darse un abrazo o tocarse con esa persona.

Entre los síntomas que se pueden dar en la fase aguda del VIH podemos destacar:

- Mialgia.
- Fiebre y escalofríos.
- Inflamación de ganglios.
- Lesiones en mucosa bucal.
- Dolor en faringe.

Es necesario saber distinguir entre las diferentes fases del VIH sobre todo para diferenciar del VIH y SIDA, ya que sigue existiendo bastante desinformación al respecto y parte de la población continúa pensando que se tratan de lo mismo.

1ª Fase: infección aguda.

Se trata de una fase en la que la persona puede tener sintomatología compatible con los de la influenza (dolor muscular, fiebre, escalofríos) o no presentar ningún síntoma. La persona contagiada en esta fase tiene un alto grado de transmisión del virus debido a su gran presencia en sangre. La manera de detectar la infección es mediante analítica de sangre.

2ª Fase: infección crónica.

Es un periodo de latencia en el que la persona está asintomática. Puede durar unos 10 años aproximadamente aunque en otras personas podría durar menos.

El virus sigue reproduciéndose a niveles plasmáticos muy inferiores a la primera fase, pero sigue estando activo y continúa contagiando.

Llegando al final de esta fase, el número de CD4 disminuye y el individuo presenta una determinada carga viral, por lo que puede presentar la sintomatología anteriormente mencionada. Si durante esta etapa se detecta al virus y el paciente se encuentra bajo tratamiento, no tendría por qué llegar a la fase más tardía del VIH: el SIDA.

3ª Fase: SIDA.

Como se ha dicho, es la fase crónica del VIH y por lo tanto, la más grave. Esta fase se caracteriza porque las células CD4 se encuentran por debajo de 200 células/mm, las personas con SIDA tienen una gran carga viral y son muy contagiosas.

Su sistema inmune se encuentra tan alterado que comienzan a desarrollar infecciones oportunistas.

5 Discusión-Conclusión

El VIH, al igual que el SIDA, se consideran problemas de salud social debido al gran impacto que causó en la sociedad hace unas décadas y de los cuales, continúa incrementándose sus cifras con el paso del tiempo. Es cierto que con los avances tecnológicos y el desarrollo de medicamentos que retardan su desarrollo, se ha podido frenar en parte el impacto ocasionado, pero que sigue sin ser suficiente, ya que decenas de miles de personas siguen contagiándose en la actualidad.

Como se ha visto, VIH y SIDA son dos procesos diferentes de la infección, siendo la primera la infección propiamente dicha o etapa aguda, y la segunda la fase crónica de esta y por tanto, se trata de una enfermedad que afecta en su totalidad al sistema inmunitario debilitándolo y haciéndolo vulnerable a cualquier tipo de infección.

Es importante mostrar a la sociedad actual información suficiente sobre el VIH y SIDA para poder abordar de manera más temprana este problema, por lo que los sanitarios en general deben poseer esta información de forma clara sobre el tema y poder resolver cualquier duda que se les plantee por parte del paciente.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (30 de noviembre de 2020). VIH y SIDA. Recuperado de : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
2. R. Delgado. Características virológicas del VIH. Enfermedades Infecciones y Microbiología Clínica. 2011; 29 (1): 58-65.
3. Centros para el control y la prevención de enfermedades (7 de junio de 2021). VIH. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>.
4. Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2019: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Noviembre 2020.

Capítulo 16

CONCEPTO DE QUEMADURA, CAUSAS Y CLASIFICACIÓN

ANDREA GARCIA ZUAZUA

MARIA IDELGAR BERNARDO GARCÍA

CARLOTA ACOSTA BERNARDO

ALBA ALONSO BERNARDO

1 Introducción

Las quemaduras son lesiones que afectan a la integridad de la piel consistentes en pérdidas de sustancia de la superficie corporal producidas por distintos agentes como el calor, frío, productos químicos, electricidad o radiaciones como la solar, luz ultravioleta o infrarrojas, entre otras, que ocasionan un desequilibrio bioquímico por desnaturalización proteica, edema y pérdida del volumen del líquido intravascular debido a un aumento de la permeabilidad vascular.

El grado de la lesión o profundidad de la quemadura, es el resultado de la intensidad del efecto del agente y la duración de la exposición a éste y puede variar desde una lesión relativamente menor y superficial hasta la pérdida extensa y severa de la piel.

Las quemaduras térmicas más comunes en adultos son aquellas ocasionadas por fuego, entre el 40-45%, mientras que en los niños las lesiones con mayor frecuencia son escaldaduras causadas por líquidos calientes.

Las quemaduras, sobre todo si son graves, a menudo se pueden acompañar de afección de otros órganos, bien por alteración directa o bien como consecuencia de la deshidratación. A menudo los síntomas respiratorios que acompañan a las quemaduras térmicas se deben a la inhalación de productos resultantes de una combustión incompleta, los cuales son potentes irritantes químicos de la mucosa respiratoria e incluso si la inhalación es de gases calientes se altera el nivel de conciencia.

Aunque su pronóstico depende de la extensión y la profundidad de la lesión, hay ciertas zonas del cuerpo, como son: las manos, pies, cara y perineo, que por sí solas producen importantes incapacidades.

La evolución del paciente quemado depende de la fuente de calor, el tiempo de actuación y su intensidad, el tipo de paciente varía según su edad, patologías previas y la calidad del tratamiento que se preste en la etapa aguda.

Se puede decir que los mecanismos de producción de las quemaduras son:

- Por calor: que puede ser por llama expuesta, como el fuego, por sólidos calientes como el tubo de escape de vehículos o por líquidos calientes, lo que denominamos escaldadura.

- Por Radiaciones: cada día cobran más importancia en la población, pueden ser: solares, luz ultravioleta o infrarrojas.

Las dos primeras causadas por la exposición excesiva, y la última frecuentemente, por yatrogenia.

- Por sustancias cáusticas o ácidos: estos entrañan graves peligros, ya que suelen producir escasos signos o síntomas durante los primeros días por extensión lenta de la necrosis que producen, causando que la vida esté muy comprometida cuando se manifiesta la patología.

- Por electricidad: sus lesiones ocurren por la generación de calor por encima de los 5000°C, provocando una lesión significativa con muy poco daño de la piel suprayacente, dado que la resistencia a la corriente eléctrica se produce en el punto del contacto cutáneo con el conductor, las quemaduras eléctricas generalmente afectan la piel y tejidos subcutáneos y pueden ser de cualquier tamaño y profundidad.

La necrosis y la escara progresiva suelen ser mayores de lo que aparece indicar la lesión inicial y lo propio ocurre con la profundidad la lesión. La corriente alterna puede ocasiona parálisis respiratoria inmediata, fibrilación ventricular o ambas, efectos muy similares a los que puede provocar el alto voltaje de un rayo.

- Por deflagración: son indirectamente eléctricas, pero de menor gravedad.

2 Objetivos

Describir diferenciación entre los grados y tipos de quemaduras.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Debemos de diferenciar entre la clasificación y la valoración sobre las quemaduras.

1. La clasificación, se basa en su gravedad y según ésta establecer la pauta con respecto al tratamiento. Las quemaduras graves y moderadas requieren ingreso hospitalario y las menores pueden tratarse de forma ambulatoria bajo estricta vigilancia médica:

1.1. Quemaduras Menores: todas las quemaduras de 1º grado, las de 2º grado superficial con menos del 15% de extensión y menos del 10% en niños. Las de 2º grado profundas y 3º grado con menos del 1% de extensión, dependiendo de su localización.

1.2. Quemaduras Moderadas: las de 2º grado superficial con un 15-30% de extensión. Las de 2 grados o 3 grado con menos del 10% de extensión. Todas las químicas y eléctricas.

1.3. Quemaduras Graves: las de 2º grado superficiales con más del 30% de extensión. Las de 2 y 3 grado profundas con más del 10% de extensión. Todas las que se acompañen de lesiones respiratorias importantes- Junto con todas las eléctricas profundas.

2. La valoración de una quemadura, se basa en el pronóstico de ésta, que varía según dos variables:

2.1. Superficie afectada: nos facilita el diagnóstico de extensión.

La extensión de una quemadura incide fundamentalmente en el estado general del quemado, para su cálculo, existe un método simple denominado: La regla de los nueve de Wallace, a través de esta regla se considera que cada región

anatómica corporal representa un 9% o un múltiple de 9% de la superficie corporal total.

Cabeza y cuello 9% / Tronco anterior 18% / Tronco posterior 18% / Extremidad superior (9%*2) 18% / Extremidad Inferior (18%*2) 36% / área genital 1%

Esta regla de los nueve no es válida en los pacientes pediátricos por su mayor superficie craneal y extremidades inferiores más cortas, utilizando la clasificación de Lund Y Browder, que valora los cambios relativos, en la superficie de la cabeza y miembros inferiores, de acuerdo con la edad. Por cada año de edad se disminuye 1% en la cabeza y se aumenta 0.5% a cada miembro inferior, hasta los 10 años.

2.2. Profundidad: su estudio nos facilita el diagnóstico de profundidad:

La profundidad de la lesión cutánea evalúa el grado de la quemadura y se clasifican en tres tipos de grados: primero, segundo o tercero.

2.2.1. Quemadura de primer grado: afecta a la epidermis, consiste en un eritema doloroso probablemente subsecuente al edema de la zona, no se forman ampollas, a los pocos días después aparece la descamación y puede causar zonas hiperpigmentadas. Al cabo de 3-4 días se resuelven sin dejar cicatriz.

2.2.2. Quemadura de segundo grado: afectan a la dermis, pueden ser superficiales o profundas según la profundidad del compromiso dérmico.

- Superficiales: afectan a la epidermis y cara superior de la dermis, con formación de ampollas y exudación de suero, la superficie quemada es rosada que se blanquea con la presión, llegando a ser muy dolorosa. Se produce su regeneración a partir de elementos epidérmicos locales, folículos pilosos y glándulas sebáceas a las tres semanas, se puede apreciar una cicatriz.

- Profundas: afectan a los dos tercios más profundos de la dermis, la superficie quemada tienen un aspecto pálido, se palpa indurada o pastosa y no se blanquea con la presión, se da lugar a la formación de una escara firme y gruesa que provoca una cicatrización lenta, pudiendo retardar la cura completa más de 35 días asociando a este tipo de herida con pérdida permanente de pelo y glándulas sebáceas.

2.2.3. Quemaduras de tercer grado: implica la destrucción completa del espesor de la piel llegando a afectar a la sensibilidad. Aparece una escara seca, blanquecina o negra.

Dejan cicatriz en la zona y en ocasiones, requieren de injertos cutáneos. En el estudio de la profundidad, debe tenerse en cuenta que la lesión puede evolucionar durante las primeras 24-48 horas y que durante este periodo existe la presencia de edema que también interfiere para su correcto diagnóstico.

La isquemia y la infección pueden transformar una quemadura superficial en una lesión más profunda de todo el espesor, las cicatrices que dejan son irreg-

ulares con partes atróficas y otras hipertróficas o queloides, pueden ser origen de contracturas en las articulaciones y en ocasiones, ser la base de un carcinoma epidermoide tras un periodo largo de su aparición.

5 Discusión-Conclusión

La naturaleza de las lesiones y la posibilidad de que deje cicatriz conllevan que el paciente quemado sea propenso a la ansiedad, de modo que el paciente deberá recibir soporte por parte de enfermería.

La nutrición debe ser considerada, la cicatrización del área quemada requerirá de todos los nutrientes y estos deberán ser suministrados durante el tiempo que duren los tratamientos, deberemos aconsejar al paciente y a su familia sobre la nutrición y la importancia de mantener un buen estado físico y psíquico.

A medida que evoluciona el tiempo, se debe dirigir al paciente hacia el autocuidado y ayudarlo a adaptarse a su nueva imagen, si en ella hay cambios, estos cambios pueden ser temporales, otros permanentes, de ahí requiere la importancia de la educación sanitaria y se preparan un plan de cuidados junto con el paciente y destacar la importancia de implicar a los padres y/o familiares.

Otro aspecto con una gran importancia que debemos tener en cuenta, es que todos los cuidados que ofrezcamos al paciente han de realizarse con una rigurosa asepsia, tanto en nuestras manos como en los utensilios que se utilicen, pues uno de los riesgos más graves para un quemado es la infección.

6 Bibliografía

1. www.elsevier.com.
2. www.mediagraphic.com.
3. www.pubmed.com.

Capítulo 17

QUÉ SON LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN, FACTORES DESENCADENANTES Y SU CLASIFICACIÓN

ANDREA GARCIA ZUAZUA

MARIA IDELGAR BERNARDO GARCÍA

CARLOTA ACOSTA BERNARDO

ALBA ALONSO BERNARDO

1 Introducción

Las úlceras por presión, constituyen uno de los problemas más frecuentes en la práctica de la enfermería, por ello, que su prevención, sea considerado como un objetivo principal en aquellos pacientes considerados de riesgo.

Se define como aquella lesión de origen isquémico (restricción del flujo sanguíneo) producida por el daño tisular debida a la acción combinada de factores extrínsecos como:

- Presión: producida por el propio peso del paciente, ocasionando aplastamiento tisular.
- Cizallamiento: suma de la fuerza ejercida entre la presión y la fricción.
- Fricción: fuerza de movimiento de arrastre, en momentos de movilización.
- Maceración o humedad: produce un reblandecimiento de la piel.
- Envejecimiento de la piel es otro factor a destacar.

Además también interviene otro factor que es fundamental que es la relación presión-tiempo, por tanto, la acción de estos factores de forma prolongada, provocará un aplastamiento tisular entre dos planos duros: uno formado por el propio tejido del paciente, generalmente zonas de prominencias óseas como el sacro, escápula, trocánter y otro formado por aquel donde descansa el tejido del paciente, cama sillón, zapato...

Si esta presión es mantenida, van a originar una isquemia de la membrana vascular que causará una vasodilatación de la zona expuesta a la presión manifestándose como enrojecimiento, además de causar una extravasación de líquidos e infiltración celular.

Si no cede o disminuye va acabar causando una isquemia local en los tejidos subyacentes acompañada de trombosis venosa y alteraciones degenerativas que van a dar lugar a necrosis y ulceración de los tejidos, llegando a la destrucción de tejidos más profundos como músculos, vasos sanguíneos, nervios e incluso el hueso.

2 Objetivos

- Describir los estadios de las úlceras por presión.
- Exponer escalas de valoración para las úlceras por presión.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando como descriptores algunas palabras claves como: úlceras, presión, estadio, perilesional, escalas, además de una extensa lectura en revistas de interés como Gerokomos, que es la revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG) y del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP).

4 Resultados

Además de prevenir los puntos de apoyo del cuerpo que es donde se van a localizar las UPP, es necesario una clasificación, se clasifican en cuatro estadios, dependiendo de la profundidad a la que afecte:

- Estadio I. La piel está íntegra, aparecen zonas eritematosas que no palidecen al presionar, pueden presentar tonos rojos o morados en estas zonas. Es importante vigilar la piel eritematosa, ya que puede presentar algunos cambios al estar sometida a esa presión adyacente, como es la temperatura, consistencia del tejido (edema, induración), sensaciones (dolor, escozor).
 - Estadio II. Existe una pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis y/o dermis. Es una úlcera superficial que tiene aspecto de flictena, abrasión o cráter superficial.
 - Estadio III. Ya hay una pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido celular subcutáneo que puede extenderse hacia abajo pero no hacia la fascia subyacente.
 - Estadio IV. La lesión se extiende a través de la piel y penetra hasta el músculo y/o hueso o estructuras de sostén.
- Tanto en el estadio III como en el IV pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

Existen varias escalas que se pueden utilizar para valorar e identificar aquellos pacientes susceptibles de padecer UPP, además de valorar otros aspectos como:

- Estado nutricional.
- Estado del paciente.
- Estado psico-social.
- Entorno de cuidados.

Pero en definitiva, el objetivo final de todas ellas es el mismo, poder desarrollar un plan de actuación y prevención ante este tipo de lesión, así como hacer una valoración íntegra del paciente.

Entre las escalas caben destacar dos de las más utilizadas, quizás, la más extendida es la escala de Norton que cuantifica 5 factores: estado físico, movilidad, actividad, incontinencia y estado mental. Se valoran de 4 a 1 puntos, su resultado oscila entre 5 (máximo riesgo) y 20 (mínimo riesgo) pero también cabe destacar la escala Braden, más de elección en pacientes pediátricos, que valora: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y rozamiento.

5 Discusión-Conclusión

Identificar a la persona con riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Desarrollar conocimientos genéricos de etiología y factores de riesgo para saber

aplicar los cuidados necesarios para la prevención de UPP.

Detectar los signos y síntomas indicadores de riesgo de desarrollar úlcera por presión para poder aplicar precozmente los cuidados y tratamientos necesarios como medida de prevención, registrando su evolución y eficacia.

Identificar los problemas de salud más frecuentes y las principales manifestaciones de dependencia en las personas que padecen UPP, así poder elaborar entre el equipo de atención primaria, su entorno, familia y un programa de rehabilitación y ejecutar medidas correctoras.

El objetivo principal de la enfermería es conseguir el máximo confort y bienestar del paciente, poder mejorar su calidad de vida, para ello se brindan herramientas que contribuyan al desarrollo para mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados de enfermería prestados a las personas con úlceras por presión (UPP) o en situación de riesgo de desarrollarlas y a su vez tener la capacidad de reconocer e interpretar signos y síntomas que sean indicadores de riesgo.

6 Bibliografía

1. www.genaupp.org.
2. www.ulcesur.com.
3. www.msc.es.
4. www.fisterra.com.

Capítulo 18

EL CUIDADO DE ESTOMAS

ISABEL BACO SOLAR

1 Introducción

Una ostomía es un orificio que se hace de manera quirúrgica con salida a la piel de la pared abdominal y con el objetivo de crear una salida artificial por la que salen los productos de deshecho del organismo (heces, orina y/o gases), y que precisará de un dispositivo o bolsa que las recoja.

Tipos de estomas:

- Gastrostomía: estomago
- Duodenostomía: duodeno (parte del intestino delgado)
- Yeyunostomía: yeyuno (parte del intestino delgado)
- Ileostomía: íleon (parte del intestino delgado)
- Colostomía: cólon (intestino grueso)

Según su duración pueden ser:

- Las ostomías temporales: aquellas en las que se pretende liberar la zona de intestino afectada por la enfermedad del paso de los desechos intestinales, para favorecer de este modo su cicatrización y recuperación.

Una vez recuperada la zona dañada, se programará una nueva intervención quirúrgica para el cierre de la abertura y unir nuevamente intestino mediante una anastomosis.

- Las ostomías permanentes: aquellas en las que el intestino y/o el recto están afectados por la enfermedad de manera irreversible, deberán ser extirpados y sin posibilidad de cierre de la ostomía y reconstrucción del tránsito intestinal normal.

Los estomas según su función pueden ser:

- De Alimentación: Gastrostomía, Yeyunostomía.
- De Eliminación: Esofagostomía, Duodenostomía, Ileostomía, Colostomía.

Complicaciones de un estoma:

- Edema
- Necrosis
- Hemorragia
- Absceso
- Dehiscencia
- Dermatitis

Las que pueden ocurrir mas tarde, pueden ser:

- Hernia
- Prolapso
- Estenosis
- Granulomas
- Úlceras

Las características más importantes del estoma son las siguientes:

- El estoma debe tener un color rojizo suave, lo que significa que tiene buen sistema de vascularización.
- Que esté húmedo.
- No tiene sensibilidad, ya que esa zona no tiene terminaciones nerviosas, lo cual quiere decir que cuando se manipula, el paciente no note nada.
- La zona periestomal (la parte que rodea al estoma) debe estar en buen estado, que no tenga rojeces, ni esté inflamado.
- Sin presencia de dolor ni mal olor del propio estoma.

2 Objetivos

Ojetivo principal:

- Conseguir la aceptación de la nueva imagen corporal.

Objetivos secundarios:

- Conocimiento de los distintos modelos de bolsas que hay en el mercado y ser capaz de elegir la más adecuada.
- Adquirir los conocimientos necesarios que permitan el autocuidado para llevar una vida independiente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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: ostomías, cuidados, colostomía, ileostomía.

4 Resultados

El paciente será capaz de realizar una evaluación diaria del aspecto de su estoma y valorará:

- Aspecto de la piel de alrededor, que estará intacta y sin eritema.
- Aspecto del estoma, forma y color.
- Si existe protusión o no.

Los cuidados del estoma también son muy importantes:

- La higiene es esencial para prevenir infección bacterianas o causadas por hongos. Se realizará una limpieza esmerada con suero salino hipertónico.
- La bolsa a utilizar será transparente para permitir ver el contenido y con un diámetro superior al del estoma.

Como resultado de un correcto autocuidado, el estoma mantendrá tanto la integridad de la mucosa como de la piel de alrededor.

Con la elección de la bolsa colectora correcta, el ajuste será el adecuado y no tendrá fugas.

El paciente será capaz también de valorar el contenido de desecho que sale por el estoma, ya sean heces u orina.

En muchos hospitales hay personal de enfermería especializados en ostomías, los estomaterapeutas, para ayudar al paciente y a su familia. Estos enfermeros ayudarán al cuidado de la ostomía durante la estancia en el hospital y harán educación para la salud con él.

Es importante, ya que lo aconsejan, empezar a practicar el cambio de la bolsa de su ostomía antes de la cirugía, para afrontar este procedimiento con más confianza después de la intervención.

El médico, antes de la intervención, hace una marca que sirve para indicar el lugar donde se hará el estoma antes de la operación en el abdomen. Es importante que el paciente colabore diciendo qué situación podría ser mejor para sentarse o levantarse, el tipo de ropa que lleva (a poder ser holgada), entre otras.

5 Discusión-Conclusión

La necesidad de una ostomía debido a un proceso patológico, supone un trauma importante que cambia la vida del paciente. Aparece además en un momento vital en el que la persona se encuentra afrontando un diagnóstico de una enfermedad severa, lo que dificulta a veces la aceptación de esa nueva realidad.

La alteración de la imagen corporal llevará un proceso de adaptación para la que deberá contar con la ayuda de los profesionales de enfermería.

La misión del profesional será la docencia para que aprenda a realizar los cuidados básicos y a detectar posibles problemas.

Las personas afectadas deben de aprender a cuidar su estoma, no como una herida que haya que curar todos los días, sino integrarlo como parte de su higiene diaria y lograr autonomía para ello. Pero, para la mayoría de las personas, la colocación de una “bolsa” supone un cambio muy importante en su vida, a la vez que una experiencia dramática.

Con el programa de educación para la salud conseguiremos que el paciente portador del estoma adquiriera un mayor nivel de autoestima, que le permita sentirse más seguro de sí mismo

Asimismo, el paciente logrará los conocimientos adecuados para cuidar su estoma y esto permitirá una adecuada y correcta limpieza, y también tendrá los conocimientos suficientes para superar cualquier complicación.

A través del programa, el paciente identificará y disminuirá el grado de ansiedad que tanto él como su pareja puedan adquirir ante esta situación y que les dificulta el mantenimiento de una vida sexual activa. Por otro lado, se conseguiría reducir el grado de ansiedad que todo paciente presenta ante esta nueva situación, superando el duelo ante la pérdida de una parte de su cuerpo.

6 Bibliografía

1. Universidad Federal de Pernambuco-UNA-SUS/UFPE, Almeida GPG, Santos LM dos, Oliveira VRL de, Cruz JL da, Lins RC, et al. Estomas. 2014 [citado el 1 de diciembre de 2021]; Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/una-1331>.
2. Sánchez González M. Cuidados de la piel circundante al estoma. Universidad de Almería; 2013.
3. Urgilés REM, de los Ángeles Estrella González M. Caso Clínico: Abordaje de Ostomias. Rev Médica Hosp José Carrasco Arteaga. 2017;9(2):181–5.

Capítulo 19

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: RECORDANDO CONCEPTOS BÁSICOS

CARLOS PÉREZ COSTOYA

JOSÉ CARLOS FERNÁNDEZ CORTADO

MARIA JESUS COSTOYA BELLO

1 Introducción

El síndrome de Guillain-Barré es un trastorno agudo en el que el sistema inmunitario por error, ataca el sistema nervioso periférico, lo que da lugar a una inflamación de los nervios, produciendo una lesión o destrucción de la vaina de mielina (capa externa) de estos, dificultando la transmisión de las señales al cerebro y médula espinal. Como resultado los músculos tienen problemas para responder a las señales del cerebro, produciéndose como primer síntoma debilidad o sensación de hormigueo en las piernas. Esta sensación puede extenderse a la parte superior del cuerpo e incluso en casos graves, el paciente queda casi paralizado.

Estos pacientes deben ingresar en un centro hospitalario enseguida para monitorizar y recibir tratamiento, porque los síntomas pueden empeorar con rapidez, incluso pueden verse afectados los músculos respiratorios, pudiendo precisar ventilación mecánica.

La causa exacta del síndrome de Guillain-Barré se desconoce, se cree que es un trastorno autoinmunitario, aunque a veces, es desencadenado por una infección, una cirugía o una vacuna.

El diagnóstico suele hacerse basándose en el patrón de síntomas existentes aunque la electromiografía, los estudios de conducción nerviosa, punción lumbar y Resonancia magnética ayudan a confirmar el diagnóstico.

Aunque no existe por el momento cura, hay varios tratamientos que pueden aliviar los síntomas y reducir la duración de esta enfermedad.

La mayoría de estos pacientes se recuperan aunque en los casos graves, los efectos pueden persistir durante bastante tiempo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir la enfermedad y tipos de Guillain-Barre.

Objetivos secundario:

- Exponer sus causas y consecuencias.
- Describir signos y síntomas.
- Detallar posibles tratamientos.

3 Metodología

Consulta bibliográfica de diferentes estudios observacionales analíticos de pacientes que han desarrollado esta enfermedad.

Búsqueda de información científica contrastada, acerca de este síndrome en las diferentes bases de datos como: Medline, Google Académico, Scielo,

Palabras clave: Síndrome Guillain-Barré, Covid-19, polineuropatía, plasmaféresis, inmunoglobulinas.

4 Resultados

Se conoce como síndrome de Guillain-Barré a un conjunto de neuropatías de carácter heterogéneo y periférico mediadas por el sistema inmunológico. La característica común entre ellas es la polirradiculoneuropatía, es una inflamación del sistema nervioso periférico.

El sistema inmunitario comienza a atacar a los nervios, lesionando las vainas de mielina, por lo que se impide la transmisión de señales a través de las fibras nerviosas al SNC provocando debilidad, entumecimiento o parálisis, generalmente de las extremidades inferiores, de rápida evolución. Junto a una parálisis motora simétrica, con o sin pérdida de la sensibilidad.

Por lo general, evoluciona y no deja secuelas clínicas evidentes. Hasta hoy en día, se presenta como un diagnóstico sin cura, ya que los tratamientos que se aplican disminuyen la gravedad y aceleran la recuperación, pero no curan.

El síndrome de Guillain-Barré, que antes se consideraba un trastorno único, ahora se sabe que puede presentarse de varias formas o tipos:

- PDIA (polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda), es la forma más común en América del Norte y Europa. Debilidad muscular en la parte inferior del cuerpo y que con el tiempo se extiende a la parte superior.
- Síndrome de Miller Fisher: la parálisis comienza en los ojos. Este también se asocia con una marcha inestable y es más común en Asia.
- La neuropatía axonal motora aguda: debilidad rápida y progresiva que afecta a los dos lados del cuerpo de forma simétrica y lleva al fallo respiratorio.
- La neuropatía axonal-sensorial motora aguda: hay debilidad rápida y severa con alteración de la sensibilidad.

Signos y síntomas más frecuentes:

- Hormigueo en los dedos de las manos, los pies, los tobillos o las muñecas.
- Debilidad en las piernas la cual se extiende a la parte superior del cuerpo con el tiempo
- Marcha inestable o incapacidad para caminar o subir escaleras
- Dificultad para realizar los movimientos faciales (hablar, masticar o tragar).
- Visión doble (diplopía) o incapacidad para mover los ojos.
- Dolor fuerte, de carácter sordo, lancinante o como un calambre, generalmente empeorando en la noche.
- Dificultad para controlar la vejiga o la función intestinal.
- Frecuencia cardíaca acelerada (taquicardia) o baja (bradicardia).
- Presión arterial alta o baja.
- Dificultad para respirar.

Normalmente, se experimenta la debilidad más significativa en un plazo de dos semanas tras comenzar los síntomas.

Los posibles desencadenantes son:

- Infección por campylobacter.
- Virus de la influenza.
- Citomegalovirus.
- Virus de Epstein-Barr.
- Virus del Zika.
- Hepatitis A, B, C y E.

- VIH.
- Neumonía por micoplasma.
- Cirugía.
- Traumatismo.
- Linfoma de Hodgkin.
- En ocasiones poco frecuentes, las vacunas contra la gripe o las vacunas infantiles.
- Virus de la Covid-19.
- Vacuna de Johnson & Johnson contra la Covid-19.

Debido a que la enfermedad afecta a los nervios y estos llevan a cabo la ejecución de los movimientos y funciones corporales, las personas que padecen síndrome de Guillain-Barré podrían presentar:

- Dificultad para realizar la respiración. La debilidad o la parálisis pueden extenderse a los músculos respiratorios, llegando a ser mortal. La incidencia es del 22 %, necesitando la ayuda temporal de una máquina que suple la función respiratoria.
- Entumecimiento remanente. Generalmente se recupera el estado inicial o permanece un entumecimiento, hormigueo o debilidad residual sin importancia.
- Problemas cardíacos y presión arterial. Las fluctuaciones en la presión arterial y las arritmias cardíacas son secuelas frecuentes.
- Dolor. 1/3 padece fuertes dolores de carácter nervioso. Con medicación se puede paliar.
- Problemas intestinales y vesicales: síndrome de intestino perezoso y retención urinaria.
- Coágulos sanguíneos. Al encontrarse encamados aumenta el riesgo de coágulos en sangre. Hasta que comience la deambulaci3n, es necesario la ingesta de anticoagulantes y uso de medias compresivas.
- UPP. La sedestaci3n tambi3n aumenta el riesgo de la aparici3n de úlceras en decúbito. Los cambios posturales son necesarios para evitar su aparici3n.
- Entorno al 2 %-5 % sufren recaída.

Las principales opciones del tratamiento son:

- Plasmaféresis (intercambio de plasma).
- Inmunoglobulina intravenosa para bloquear la actividad de los anticuerpos.

Los objetivos del tratamiento serán: intentar disminuir la gravedad de los síntomas, acelerar la recuperación y prevenir y/o minimizar las posibles complicaciones.

El pronóstico de este trastorno varía mucho. Alrededor de un 30% de estos pa-

cientes presentan debilidad muscular residual 3 años después del inicio del síndrome. Solo un 2% muere. Entre el 3-10% desarrollan polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Guillain-Barré, es un trastorno poco común, no tiene cura y se desconoce la causa por la que se origina.

Por lo general, su debut coincide con un proceso infeccioso previo, presentando hormigueo y debilidad en extremidades.

No existe una cura, por lo que la praxis consiste en ciertos tratamientos que pueden reducir síntomas y duración de la enfermedad.

Un 70% de las personas con este síndrome tienen una recuperación total y completa. Sin embargo, a veces persistirán ciertas secuelas como debilidad, entumecimiento o fatiga, necesitando sesiones de fisioterapia para recuperar de forma progresiva la fuerza muscular.

El Síndrome de Guillain-Barré puede empeorar de forma rápida por lo que es una urgencia médica. Estas personas deben de ser hospitalizadas de inmediato. Cuanto antes se inicie el tratamiento adecuado, mayor posibilidad de conseguir un buen desenlace.

Se pueden ver afectadas personas de todas las edades, sin embargo, el riesgo aumenta con la edad y afecta en mayor proporción a hombres.

6 Bibliografía

1. https://www.cochrane.org/es/cd002062/neuromusc_corticosteroides-para-la-polirradiculoneuropatia-desmielinizante-inflamatoria-cronica.
2. <https://www.mayoclinic.org>:
Síndrome de Guillén-Barré. Síntomas y causas.
3. <https://rarediseases.info.nih.gov>:
Síndrome de Guillé-Barré.
4. <https://msdmanuals.com>:
Síndrome de Guillain-Barré. Enfermedades cerebrales, medulares.
5. <https://www.topdoctors.es>:
Síndrome de Guillain-Barré. Qué es, síntomas y tratamiento.
6. <https://medlineplus.gov>:
Síndrome de Guillain-Barré.
7. <https://labtestonline.es>:

Síndrome de Guillain-Barré.

Capítulo 20

ATENCIÓN ENFERMERA ANTE EL DETERIORO FUNCIONAL DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

ADELA GILGADO DAVILA

RAQUEL MATA SUJAR

1 Introducción

En la actualidad existe una tendencia creciente en el sector de la salud pública a evaluar el impacto de los problemas de salud tanto en la calidad de vida del individuo como en el consumo de servicios sociales y de sanitarios. En este documento nos gustaría examinar el papel del personal enfermero y la situación del paciente ante el deterioro funcional durante la estancia hospitalaria.

El notable envejecimiento de la población en países como España está provocando un enorme aumento del número de pacientes en edad más avanzada, que a su vez aumenta el número de personas con algún tipo de discapacidad. La discapacidad aumenta el gasto sanitario social a través del aumento del consumo de medicamentos, las estancias hospitalarias, la necesidad de residencias de ancianos, las redes de atención a las personas mayores ...

La hospitalización supone un riesgo para el paciente anciano con alta probabilidad de efectos secundarios, entre los que se distingue el deterioro funcional asociado debido a la alta incidencia y grave impacto en la calidad de vida del paciente.

Es necesario identificar oportunamente al paciente en riesgo con el fin de tomar las medidas necesarias para evitar este deterioro, incluyendo el ejercicio y la atención multidisciplinar del paciente anciano.

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es el analizar la atención enfermera ante el deterioro funcional durante la estancia hospitalaria.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha empleado una búsqueda bibliográfica relacionada con la atención enfermera ante el deterioro funcional durante la estancia hospitalaria en distintas bases de datos como Pubmed, Scielo empleando como motor de búsqueda Google académico.

4 Resultados

La Evaluación Geriátrica Integral (IGV) es un procedimiento de diagnóstico multidimensional e interdisciplinario para el ingreso hospitalario. Se ha demostrado que el uso de una evaluación y rehabilitación geriátrica integral mejora la morbilidad, la mortalidad y el estado funcional en los ancianos, especialmente en los pacientes que pueden beneficiarse de estas intervenciones. Dentro del VGI existe una escala que se utiliza para evaluar las competencias básicas de las personas mayores y para evaluar el grado de dependencia. Esta escala se llama Índice de Barthel, que proporciona información sobre la puntuación total y cada una de las calificaciones parciales de cada actividad. Esto ayuda a comprender mejor las deficiencias específicas de una persona y a evaluar mejor su desarrollo a lo largo del tiempo y sus necesidades.

Para el paciente anciano, la hospitalización presenta un riesgo con alta probabilidad de eventos adversos, entre los que, debido a la alta frecuencia y los graves efectos asociados en la calidad de vida, se puede diferenciar el deterioro funcional asociado. Es necesario identificar a un paciente en riesgo de manera oportuna y tomar las medidas necesarias para evitar este deterioro, incluido el ejercicio y el cuidado multidisciplinario del anciano.

Una mejor comprensión del porcentaje de pérdida funcional durante la estancia

hospitalaria permitirá comprender y concienciar sobre la importancia de la actividad estimulante y el apoyo al autocuidado que el personal afectado debe brindar al anciano ingresado.

Se han realizado varios estudios a cerca del tema, y a partir de los datos obtenidos podemos concluir que los ancianos ingresados en la unidad sufrieron un deterioro funcional significativamente estadístico durante su hospitalización; se comprobó que el 41'3% de los pacientes no sufrió deterioro funcional mientras que el 58,7% (n = 74) sufrió una pérdida en la puntuación global del índice de Barthel en el momento del alta respecto a su situación previa al ingreso.

5 Discusión-Conclusión

En el contexto de estos resultados y tras revisar los distintos estudios disponibles, queremos mostrar la influencia del entorno hospitalario en el desempeño de las personas mayores. El hecho de que los pacientes con pérdida funcional constituyan una proporción tan alta nos hace ser conscientes de que todos los empleados, sanos y no sanos, deben tomar medidas preventivas y mantener en la mayor medida posible las actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) durante el período de la estancia hospitalaria.

El envejecimiento demográfico que sufren países como España conlleva que el número de ancianos de elevada edad aumente, acrecentando a su vez la cantidad de ellos que padecen algún tipo de discapacidad.

6 Bibliografía

1. Cid-Ruzafa J., Damián-Moreno J. Valoración de la capacidad física: El Índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública. 1997.
2. Formiga F., López A., Sacanella E., Jacob X., Manasés F., Vidal M. Valoración de la capacidad funcional después de un ingreso hospitalario en pacientes nonagenarios. Med. Clin (Barc). 2000.
3. Sepúlveda D., Isaac M., Izquierdo G., Ruipérez I. Deterioro funcional en pacientes nonagenarios ingresados en hospitales de agudos. Med Clin (Barc). 2001.

Capítulo 21

CÓMO PREVENIR LA BRONQUIOLITIS EN LOS LACTANTES

LETICIA GARCIA PEREZ

1 Introducción

Una de las principales infecciones respiratorias de vías inferiores en los lactantes es la bronquiolitis aguda, también conocida como BA. Se produce con la llegada de el frío y las bajas temperaturas que normalmente suele coincidir con los meses de octubre hasta marzo.

La incidencia anual de la bronquiolitis ronda el 10 % en los lactantes y el porcentaje de ingreso oscila entre el 2-5% alrededor del primer año. Por lo que tiene una alta incidencia de ingreso hospitalario sobre todo en los niños más pequeños. Suele darse en niños menores de dos años, y cuanto más pequeño más riesgo conlleva. La bronquiolitis se define como el suceso en el cual se producen sibilancias en niños menores de 2 años, dificultad respiratoria y cursa con cuadro catarral.

El agente causal más común de las bronquiolitis es el virus respiratorio sincitial (VRS) aunque existen otros virus que también son causantes de las bronquiolitis como son parainfluenza, adenovirus, influenza, metapneumovirus, rinovirus, enterovirus entre otros.

Dependiendo de la edad en la que se produce los síntomas son variables. Los lactantes más pequeños tienen más riesgo de la que a enfermedad sea mas grave sin embargo en niños más mayores el riesgo que se produce es que la enfermedad de cómo resultado otras patologías como puede ser el asma.

2 Objetivos

- Exponer los factores de riesgo, signos y síntomas de la bronquiolitis.
- Conocer los principales métodos preventivos tanto en la comunidad como en el centro sanitario.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente sobre la alimentación complementaria durante los meses de octubre y noviembre del 2021. 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 lactantes que presentan bronquiolitis comienzan con obstrucción nasal y tos alrededor de los dos primeros días, incluso en ocasiones fiebre. A veces el lactante cura con un estancamiento y no empeora, pero también puede darse que empiece con más tos, además presente dificultad respiratoria y también podemos observar tiraje costal, es decir el abdomen sube y baja de manera excesiva con apertura de fosas nasales y se escuchan pitidos durante la respiración que se denominan sibilancias o roncos sonidos más fuertes. Esto es debido a que los bronquios están colapsados. Suele durar una semana pero cuando se nota el empeoramiento es a partir de los dos o tres primeros días. Los signos de alarma ante una bronquiolitis son: deshidratación, somnolencia, dificultad para realizar las tomas, presencia de tiraje costal, prematuridad. Uno de los principales factores de riesgo que se asocia con la gravedad del episodio es la edad. Teniendo en cuenta que los lactantes menores de 3 meses son más propensos a necesitar ingreso hospitalario y sobre todo los prematuros. Otros factores de riesgo son los siguientes: abandono de la lactancia materna, la prematuridad es decir nacer antes de las 37 semanas de gestación, exhibición en ambientes de humo de tabaco e ir a escuelas infantiles donde hay más niños. Existen distintas medidas higiénicas para prevención del virus respiratorio sincitial. Las medidas a adoptar en la comunidad son: concienciar a los padres sobre el correcto lavado de manos, la restricción del número de visitas como excepción en prematuros o niños muy

pequeños, prevenir el contacto con personas que puedan tener infecciones respiratorias, impedir la exposición al humo del tabaco, concienciar a los padres sobre los principales signos y síntomas de la bronquiolitis y fomentar la lactancia materna.

Las medidas a adoptar en el centro sanitario son las siguientes: el personal sanitario y los padres deben conocer las medidas a llevar a cabo. Las enfermeras que trata con niños inmunodeprimidos no deberían tratar también a los niños con bronquiolitis, el riguroso lavado de manos sobre todo antes del contacto con el paciente para ello se aconseja la utilización de gel hidroalcohólico, el uso de batas, guantes y mascarilla desechable, desinfectar todos los materiales y superficies que estén en contacto con el paciente, separar a los lactantes que presenten bronquiolitis y limitar las visitas de las personas que presenten infecciones respiratorias.

5 Discusión-Conclusión

La bronquiolitis es una infección respiratoria que se da en niños menores de 2 años.

Presenta alta incidencia de ingreso hospitalaria y a menor edad más grave puede ser la situación.

Los principales factores de riesgo son la prematuridad, la ausencia de lactancia materna y la exposición a ambientes donde hay humo de tabaco.

Los signos y síntomas pueden confundirse con un cuadro catarral por lo que debemos educar a los padres para que reconozcan los signos de alarma por lo que deben acudir a un centro sanitario o a urgencias.

Existen diversas medidas higiénicas para prevenir contraer la enfermedad.

6 Bibliografía

1. García García ML, Korta Murua J, Callejón Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. *Protoc diagn ter pediatr*. 2017;1:85-102.

Capítulo 22

CORRECTO USO Y COLOCACIÓN DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

ADELA GILGADO DAVILA

RAQUEL MATA SUJAR

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

1 Introducción

La enfermedad por coronavirus (SARS-COV2) presenta diferentes tipos de síntomas clínicos desde el momento en que se contrae, que incluyen fiebre, tos seca, fatiga, dolor articular, diarrea, anosmia, odinofagia y síntomas cutáneos. Los síntomas comienzan de manera insidiosa o son leves al principio, dependen del sistema inmunológico del paciente, se correlacionan con la edad, comorbilidades y factores de riesgo, especialmente pulmonares. El 80% de las personas presenta síntomas leves sin necesidad de atención hospitalaria y una de cada cinco personas presenta síntomas graves de dificultad para respirar. Los ancianos tienen una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades graves con respecto a gente joven, pero las personas de todas las edades con síntomas de dificultad para respirar requieren atención médica inmediata.

Debido a la pandemia imperante, la atención médica se ve obligada a implementar un plan de protección individual como medida de seguridad.

Los ancianos y aquellos con afecciones médicas subyacentes, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades de carácter respiratorio crónicas o incluso cáncer, tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades graves. Cualquiera, independientemente de su edad, puede contraer Covid-19 y enfermarse gravemente o morir.

El propósito de este artículo es brindar pautas sobre el uso correcto de los equipos de protección personal, cuyo principal objetivo es minimizar el riesgo de infección y capacitar al personal enfermero en la preparación de pacientes infectados con esta enfermedad para su procesamiento.

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es mostrar que un correcto uso y colocación de los Equipos de Protección Individual es crucial a la hora de asegurar nuestra seguridad y la de los que nos rodean ante una pandemia como la Covid-19.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha empleado una búsqueda bibliográfica relacionada con el Correcto uso y colocación de los Equipos de Protección Individual usando como motor de búsqueda Google Académico buscando en diferentes páginas web, bases de datos y artículos de base científica relacionados con el tema a tratar.

4 Resultados

Cuando se enfrenta a una emergencia médica como la pandemia de Covid-19, es importante educar, preparar y capacitar a los profesionales de la salud para protegerse y prevenir infecciones. El propósito de este artículo es definir de forma clara y sencilla las medidas de protección que se deben seguir.

1. Métodos de transmisión:

Las posibles rutas de transmisión del virus incluyen el tracto respiratorio, mediante gotas, los generadores de aerosoles y el contacto con fómites. Se han descrito otras vías de transmisión, pero no hay evidencia. Los trabajadores de la salud están constantemente expuestos al virus con un alto riesgo de infección.

- Equipo de Protección Individual(EPI):

- Vestido impermeable de manga larga.
- Mascarilla tipo N-95.
- Protección ocular preferiblemente colocada para evitar la contaminación por aerosoles.
- Pantalla facial para proteger contra el riesgo de salpicaduras de líquidos.
- Guantes de nitrilo (2 pares)
- Gorro
- Calzado exclusivo para la actividad, o si no, calza calzado.

2. Correcta colocación del EPI.

Se requiere una buena higiene de las manos antes de ponerse el equipo de protección personal.

1. Delantal impermeable: este es el primer paso, debe cubrir toda la parte superior del cuerpo desde el cuello hasta las rodillas, los hombros hasta las muñecas y la espalda. Debe anudarse a la cintura y a la nuca.
2. Máscara FFP2 / FFP3: debe ajustarse cómodamente alrededor de la barbilla, el puente de la nariz y los lados de la cara. Evite el maquillaje y se recomienda afeitarse la barba.
3. Gafas de seguridad: deben ajustarse con una banda elástica, si usa anteojos correctivos, colóqueselos.
4. Pantalla protectora: colocada detrás de la cabeza con una banda elástica en las gafas para evitar el contacto con salpicaduras de líquido.
5. Guantes: El primer guante debe cubrirse con los puños del vestido, el segundo con los puños. Asegúrese de que no haya piel expuesta.
6. Gorra y calzas.

3. Remoción de EPI.

Se recomienda la higiene de los guantes antes de retirar cualquier pieza del equipo de protección.

1. Se tira del vestido hacia adelante, sujetando los guantes en su lugar y alejándolos del cuerpo para aflojar los lazos. El delantal debe estar enrollado de modo que la parte contaminada quede cubierta por la parte no contaminada (la parte en contacto con el cuerpo).
2. Quitarse los guantes: Los guantes contaminados deben quitarse inmediatamente después de que se hayan quitado los puños del delantal, para que el par de guantes restante esté limpio.
3. Eliminación de la protección facial.
4. Quitarse las gafas sosteniendo la banda elástica contra la parte posterior de su cabeza.

5. El gorro y calzas se retiran.
6. Quitarse los últimos guantes.
7. Higiene de manos y aplique un gel de agua y alcohol.

5 Discusión-Conclusión

Es importante seguir la secuencia correcta a la hora de realizar lo que nos indican los protocolos establecidos tanto al ponerse como al quitarse el EPI para evitar la contaminación. Utilizar correctamente los EPI significa mejorar la seguridad de los profesionales sanitarios y los pacientes.

A modo de resumen, la mejor manera de prevenir y ralentizar la transmisión es tener buena información sobre la enfermedad y cómo se está propagando el virus. Protegerse a sí mismo y a los demás de las infecciones manteniéndose al menos a un metro de distancia de los demás, usando una máscara que le quede bien y lavándose las manos con frecuencia con un desinfectante a base de alcohol.

6 Bibliografía

1. Navarro Poncela, Jaime Guillén Martín, Mariano (dir.); Sierra Pérez, Jorge (dir.) Estudio sobre la aplicación de nuevas tecnologías en el equipo de protección individual. Universidad de Zaragoza. 2016.
2. Pérez CN, García CCE, Ruiz FMAP, Ángeles CAM, Estrada SM, Guillén MEA, Meza CJ, Cuevas OVJ, Farell RJ. Importancia del uso adecuado del equipo de protección individual y la implementación de protocolos de seguridad perioperatorios durante la pandemia de COVID-19. Rev Fac Med UNAM 2020; 63.

Capítulo 23

PROCEDIMIENTOS ENFERMEROS RELACIONADOS CON EL CUIDADO DE UN PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO

ADELA GILGADO DAVILA

RAQUEL MATA SUJAR

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

1 Introducción

El estreñimiento es un síntoma que sufren muchas personas en todo el mundo. Hay varios aspectos o factores que pueden manipularse para prevenir, mejorar o tratar el estreñimiento. El cuidado de la salud juega un papel importante al brindar a las personas los conocimientos necesarios sobre los comportamientos saludables que son necesarios para evitar el estreñimiento.

El estreñimiento no es una enfermedad, sino un síntoma que afecta a muchas personas; se define como lo define como la disminución de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras o secas.

Las causas por las que puede ocurrir son muy numerosas. Es importante que los cuidadores comprendan las características del estreñimiento.

Existen distintos tipos diferentes de estreñimiento muy diferenciados entre sí, como podríamos citar:

- Agudo o temporal: temporal, que puede coincidir con un período de enfermedad (por efecto secundario de ciertos tratamientos), períodos de escasa ingesta de líquidos y vegetales, o un estilo de vida sedentario.
- Crónico: si el paciente la padece desde hace más de 3 meses. Aproximadamente el 30% de la población general los padece. Suele ser más común en mujeres, ancianos y mujeres embarazadas (de manera muy común originado por los cambios hormonales).

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es mostrar los distintos procedimientos enfermeros relacionados con el cuidado de un paciente con estreñimiento.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha empleado una búsqueda bibliográfica relacionada con el procedimientos enfermeros relacionados con el cuidado de un paciente con estreñimiento, usando como motor de búsqueda Google Académico buscando en diferentes páginas web, bases de datos y artículos de base científica relacionados con el tema a tratar.

4 Resultados

Lo más importante que puede hacer para tratar o prevenir el estreñimiento es llevar un estilo de vida saludable.

- La dieta debe ser rica en fibra: frutas, verduras, legumbres y cereales integrales. La fibra da más volumen a las heces y absorbe agua, lo que facilita su paso. Se recomienda consumir alrededor de 30 gramos de fibra al día. Sin embargo, no se recomienda consumir grandes cantidades de fibra, ya que puede producir gases y gases.
- Ejercicio físico regular.
- Hábito o rutina de defecación. Es beneficioso evacuar tan pronto como aparezca la necesidad de defecar. También se recomienda que las deposiciones se realicen a la misma hora del día y que se dedique el tiempo adecuado a la rutina diaria sin prisas.
- Uso de laxantes. Existen varios tipos de laxantes que se pueden clasificar según su mecanismo de acción, los más comunes:

1. Fabricante de masa. Fibras dietéticas (plátano, metilcelulosa). Absorben agua y agregan volumen a las heces, reduciendo su consistencia y facilitando su transporte y evacuación.
2. Osmótico: son compuestos hipertónicos que llevan agua a los intestinos y reducen la consistencia de las heces.
3. Tensioactivos o plastificantes: favorecen la hidratación de las heces.
4. Estimulantes: aumentan la movilidad del intestino grueso. Deben usarse en momentos agudos ya que son muy poderosos y pueden causar daño si se usan de forma crónica.
5. Procinéticos: aumentan los movimientos peristálticos, se suelen administrar después de laxantes o juntos .
6. Biorretroalimentación anorrectal (reducción del esfínter). Consisten en sesiones psicoconductuales con el objetivo de entrenar al paciente a distinguir y controlar las diferentes fases de las heces. Son necesarias múltiples sesiones, pero generalmente efectivas (70%).

Intervención de enfermería para el estreñimiento:

La misión de la enfermería en la prevención y tratamiento del estreñimiento se centra en promover la salud para promover estilos de vida saludables basados en tres pilares:

- Dieta saludable rica en fibra.
- Absorción de agua suficiente: 1,5-2 L.
- Vida activa: hacer ejercicio con regularidad.
- El cuidado debe permitir que todas estas recomendaciones se logren en la población a través de la educación para la salud, previniendo y tratando el estreñimiento. También debe estar consciente de cualquier circunstancia que pueda aumentar la probabilidad de estreñimiento, como: B. Tomar ciertos medicamentos o cambiar su estilo de vida o dieta.

Al evaluar a un paciente con riesgo de estreñimiento, esto debe hacerse de forma individual y en función de las circunstancias de la persona. Debemos prestar atención a los siguientes aspectos:

- Patrones de defecación: conociendo la frecuencia y características de las deposiciones, la Escala de Bristol es útil para ello.
- Cambios en el estilo de vida, la salud, la movilidad corporal y la actividad diaria.
- Recursos a disposición del paciente: personales, familiares y sociales.

5 Discusión-Conclusión

El estreñimiento es un síntoma que afecta a las personas en diferentes momentos de su vida por diversos motivos y factores (cambio de dieta, enfermedad, etc.) a menudo no se le da la importancia que debería y esto puede acabar dando lugar a problemas muy serios para la salud de un paciente. Al estudiar estos factores, se pueden tomar medidas de prevención y tratamiento basadas en una serie de hábitos saludables. Por ello, el cuidado de enfermería tiene un papel fundamental tanto en la educación sanitaria como en la transmisión de los conocimientos necesarios sobre estas medidas de prevención y tratamiento (hábitos saludables: dieta rica en fibra, ejercicio regular, hidratación...).

6 Bibliografía

1. Estreñimiento [Internet]. Scdigestologia.org. 2021 [citado 31 Ene 2021]. Disponible en: http://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/restrenyiment_es.pdf.
2. Prieto Vicente V, Mora Soler A, Sánchez Garrido A, Riesco Cuadrado V. Tratamiento del estreñimiento. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2012;11.
3. García Alfaro M. Estreñimiento crónico. FMC – Formación Médica Continuada en Atención Primaria, Volume 22, Issue 7,2015, Pages 383-386,ISSN 1134-2072, Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2015.02.026>.

Capítulo 24

PAPEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR

RAQUEL MATA SUJAR

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

ADELA GILGADO DAVILA

1 Introducción

Los trastornos mentales son un problema de salud cada vez más grave en la sociedad, estos han aumentado considerablemente en la actualidad. Representan un factor de alto costo económico y social que tiene un impacto directo e indirecto sobre el paciente, su entorno y la sociedad en general. Aunque el concepto de enfermo mental ha crecido más en los últimos años, este tipo de pacientes a menudo se denominan "locos", "peligrosos", "psicópatas". Estos prejuicios conducen a la discriminación en el trato social y en el mundo laboral, lo que afecta el desarrollo de una vida normal de estas personas.

Cabe destacar que una de las habilidades del enfermero en el campo de la educación para la salud es sensibilizar socialmente a las personas con problemas de salud mental y tratar de concienciarlas de la importancia de evitar la enfermedad. La exclusión social de estos pacientes preservando su autonomía y promoción de la autonomía.

2 Objetivos

Describir las distintas funciones del personal enfermero en el paciente con trastorno bipolar.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha empleado una búsqueda bibliográfica relacionada con el papel enfermero en el paciente con trastorno bipolar, usando como motor de búsqueda Google Académico buscando en diferentes páginas web, bases de datos y artículos de base científica relacionados con el tema a tratar.

4 Resultados

El diagnóstico se basa en la propia experiencia del paciente y se han observado problemas de comportamiento informados por familiares, amigos o colegas, seguidos de síntomas secundarios identificados por un psiquiatra, enfermero, trabajador social, proveedor de atención médica, psicólogo clínico u otro diagnosticador calificado. Durante la evaluación clínica. Hay una lista de criterios que deben cumplirse para que se diagnostique a una persona. Dependen tanto de la presencia como de la duración de determinados signos y síntomas.

El principal problema es el manejo ineficaz de la propia salud por falta de conocimiento y adaptación. Las sesiones de pacientes están planificadas para aumentar el conocimiento y promover la autonomía.

El trastorno bipolar puede ser hereditario, aunque no se ha identificado el defecto genético que podría causarlo. Se desconocen las causas de los trastornos afectivos, aunque se cree que son el resultado de un conjunto de factores neurobiológicos y psicosociales.

El principal problema es el manejo ineficaz de la propia salud por falta de conocimiento y adaptación. Con el fin de profundizar en el conocimiento y promover la autonomía, se organizan sesiones con el paciente para ayudarlo a seguir las recomendaciones recomendadas.

Los programas de atención a los enfermos mentales tienen como objetivo mantener la mayor autonomía posible del paciente.

Con el aumento del número de casos, la salud mental requiere cada vez más recursos, más especialistas y más investigación para prevenir la aparición de la enfermedad y mejorar los tratamientos disponibles.

Como enfermeras, debemos brindar la atención más integral posible, evaluar al paciente en todo el mundo y realizar nuestras intervenciones para garantizar que el paciente tenga la vida más estandarizada posible.

5 Discusión-Conclusión

El trastorno bipolar es un trastorno crónico e incapacitante con alta incidencia dentro de los trastornos afectivos, que exige un tratamiento a largo plazo, por ello la educación para la salud es decisiva para conseguir una buena adherencia al tratamiento; es una condición psiquiátrica que, en la práctica clínica, se asocia con una importante morbilidad y mortalidad, así como con altos costos sociales y económicos.

Aunque no existe cura para el trastorno bipolar, la administración de medicamentos adecuados puede controlarlo de manera adecuada, el tratamiento farmacológico es la principal línea de acción para poder ayudar al paciente a mejorar su calidad de vida. Las personas con esta enfermedad pueden comportarse normalmente, llevar una vida productiva, participar en terapias y recibir apoyo social. Si no se trata, el trastorno bipolar puede empeorar y puede aumentar la frecuencia y gravedad de los episodios maníacos y depresivos en los pacientes.

6 Bibliografía

1. Murphy, K. Trastorno bipolar. *Nursing*. 2007;25:12-7.
2. Lucero, R., Casoli, G. Trastornos afectivos en el Adulto mayor. *Rev de Psiquiatr en Urug* dic 2006; 70(2): 154- 166.
3. Asensio Aguerri, L., Mata Saenz, B., Nuevo Fernandez, L., Segura Escobar, E., Muñoz Martinez, V. Relación de las variables clínicas, evolutivas y pronósticas de los subtipos de trastorno bipolar tipo I y II. *Elsevier*. 2019; 26: (15-21).

Capítulo 25

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS

NURIA ESTRADA ESTÉVEZ

LUZ BLANCO GARCÍA

JOSE LUIS LLERA SUARDIAZ

DIANA ORDÓÑEZ LÓPEZ

1 Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad muy compleja con secuelas funcionales graves y variadas, y requiere tratamiento más allá del ámbito de la farmacoterapia. Por ello, en este artículo se van a analizar las distintas técnicas de afrontamiento más habituales que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta patología y sus familias.

La OMS define la esquizofrenia como un trastorno caracterizado por distorsiones de la percepción, pensamientos y sentimientos, estos últimos en forma de demencia o falta de normas. Por lo general, se conservan la claridad de conciencia y la destreza intelectual, aunque pueden desarrollarse déficits cognitivos con el tiempo.

Los estudios de incidencia más recientes han estimado la incidencia de 6,3 por mil en los países industrializados y 3,4 por mil en los países en vías de desarrollo. Esta gran diferencia se debe a la elevada tasa de mortalidad en jóvenes en los países en desarrollo y, sobre todo, a que en estos países el ritmo de mejora es mucho mayor, debido a la desorganización social debido a la industrialización y al declive de la fuerza de trabajo, así como a la persistencia de una población ampliada y de familias naturales. Las redes sociales parecen mejorar con el tiempo.

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es mostrar los distintos tipos de tratamientos no farmacológicos en pacientes con trastornos esquizofrénicos.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha empleado la modalidad de búsqueda bibliográfica filtrando información a cerca del tratamiento no farmacológico en pacientes con trastornos esquizofrénicos, para la realización de esta búsqueda se ha empleado como motor de búsqueda Google Académico revisando diversas bases de datos, webs y artículos referentes en el tema.

4 Resultados

Ningún tratamiento curará la esquizofrenia, pero existen varias estrategias que ayudarán en las diferentes etapas de la enfermedad. El paso más importante del tratamiento es el diagnóstico.

Técnicas de adaptación para una mejor calidad de vida.

Se requiere orientación terapéutica, incluida la farmacoterapia, psicología de apoyo individual, grupal y familiar, programas de rehabilitación y programas psicoeducativos para la familia y el paciente. Entre las técnicas para mejorar la calidad de vida, la forma psicosocial es parte integral del cuidado de los esquizofrénicos.

Intervención psicosocial: tiene como objetivo enseñar técnicas de supervivencia social y personal.

Terapia ambiental: Su objetivo es promover un comportamiento positivo en los pacientes, en particular mejorando las relaciones humanas y funcionando de

manera óptima fuera del establecimiento.

Los grupos deben ser pequeños y heterogéneos con una alta proporción de personal / pacientes.

Claridad y coherencia de los roles y el estado de los empleados.

Excelente programa de cursos con objetivos claramente definidos y limitaciones de tiempo.

Terapia de grupo: una técnica de interacción grupal que enfatiza el apoyo de los compañeros.

Terapia familiar: este es un tipo de terapia grupal. Tratando de cambiar el clima emocional de la familia para limitar las recaídas, intenta educar al paciente y a sus familiares entendiendo los síntomas y el pronóstico de la enfermedad. Enfatice la importancia de adherirse a los tratamientos.

Terapia individual: implicación emocional del terapeuta, escucha activa y definición de objetivos comunes para crear una relación terapéutica adecuada y promover la eficacia.

Rehabilitación: planificación de la rehabilitación, evaluación del sistema de apoyo.

Anticípese a problemas tras el alta y un episodio agudo.

Identificar el potencial de una persona, los medios para mantenerlo y los medios para mejorar su calidad de vida.

Ofrecer técnicas de habilidades sociales para evitar el aislamiento y la adaptación social.

5 Discusión-Conclusión

La esquizofrenia es una enfermedad compleja con graves repercusiones funcionales, por lo que es imprescindible un tratamiento que vaya más allá de los fármacos. Es por eso que en este artículo hablaremos de técnicas de afrontamiento que ayuden a mejorar la calidad de vida de pacientes con esta enfermedad y así como de sus familiares.

Los pacientes y sus familias tienen una gran necesidad de información y tienen derecho a ella. En condiciones clínicas normales, esta necesidad no se satisface satisfactoriamente. El uso de intervenciones psicoeducativas adicionales será de ayuda crucial, ya que la falta de adherencia al tratamiento es la principal causa de recaída.

Todos estos reducen la falta de adherencia al tratamiento, reducen las tasas de recaída y reutilización y mejoran la calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Hoban S. Cuidar del paciente con esquizofrenia. Nursing 2010. Vol. 28 n°6. p. 31-32.
2. Arévalo, J. (1990). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes. Estudios de psicología, 43-44, 169-173.
3. Leal, F., Castillo, A. (2002). Luces y sombras en los procesos de rehabilitación psicosocial de los enfermos psicóticos. Asociación española de Psiquiatría, 21, 155-163.

Capítulo 26

USO DE CONTENCIONES MECÁNICAS EN EL ÁMBITO SOCIO SANITARIO

MARTA TARDON LOPEZ

ANA MARIA FERNANDEZ LLENIN

M^a ELENA FERNANDEZ GONZALEZ

ALEJANDRA PÉREZ DE LA FUENTE

1 Introducción

Las contenciones mecánicas se definen como aparatos capaces de restringir la posibilidad de desplazamiento de los usuarios, y que normalmente se usan con fines terapéuticos.

Uno de los derechos básicos de los pacientes es el de proporcionarles unos tratamientos de calidad priorizando en todas las ocasiones la salud de estos. En algunas situaciones, para asegurar esa salud se debe realizar una retención hasta del propio paciente, dado que puede presentar una situación de agitación psicomotriz, intranquilidad y/o comportamientos violentos.

En ocasiones, estas retenciones se hacen con un objetivo preventivo como sucede con las personas mayores que muestran inestabilidad tanto física como psicológica lo que complica el acuerdo de barreras para su seguridad.

Esa acción contra el movimiento del paciente genera un problema ético entre las bases de la autonomía y la beneficencia (“deseo bienintencionado de protección

al paciente, su entorno y autoprotección del personal”) y pese a que el primer pensamiento es considerar que su utilización se encuentra limitada a gente con problemas psicológicos, la verdad es que esto va mucho más allá, con un gran uso en el campo de la geriatría.

Estos casos llevan intrínsecos una responsabilidad ética y legal enormemente significativa por la posición de peligro y vulnerabilidad en la que se encuentra el paciente por lo que se requiere informar correctamente al propio paciente y su entorno si existe esa posibilidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir y establecer las condiciones de la aplicación de las contenciones como recurso terapéutico teniendo en cuenta que siguen siendo un mandato legal en algunas ocasiones.

Objetivos secundarios:

- Prevenir complicaciones y riesgos que se deriven de su uso.
- Identificar los distintos mecanismos para contener mecánicamente al paciente que lo precise.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente estudio se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, publicaciones científicas y se han consultado artículos en las principales bases de datos (PubMed, Medline, Google académico).

4 Resultados

Entendemos por contención mecánica a la limitación intencionada y en beneficio del paciente de su libertad de movimientos pudiendo afectar a una parte del cuerpo, su totalidad o al normal acceso a cualquier parte del mismo, con cualquier método físico aplicado sobre su cuerpo o adyacente a él y que no puede liberarse fácilmente.

La contención mecánica parcial es la que únicamente limita la movilidad del tronco o de una extremidad. Se utiliza para evitar caídas o para que no se arranquen vías o se produzcan obstrucciones posturales de estas que impidan la correcta administración de los tratamientos. Los equipos de sujeción más usados son los inmovilizadores para extremidades o muñequeras, el cinturón ancho abdominal y la sujeción de silla (peto o cinturón pélvico)

La contención mecánica total es aquella en la que se emplean sistemas de inmovilización global y que impiden la mayoría de movimientos del paciente.

Desde el punto de vista legislativo, no existe en el actualmente ninguna normativa específica y de ámbito nacional que regule el empleo de métodos de contención en la atención sanitaria /o sociosanitaria que sirva de referencia para las actuaciones de los profesionales. Por lo que se debe registrar minuciosamente la causa que indica la necesidad de la contención. Debe ser prescrita por un médico y se realizará, cuando sea posible en presencia del mismo. Es importante cubrir toda la documentación que esté indicada según el ámbito en el que se utilice y habrá que realizar una vigilancia estrecha del paciente, respecto a su estado respiratorio, nivel de consciencia, movilidad y prevención de úlceras por presión, eliminación,...

Se retirará la contención en cuanto sea posible teniendo en cuenta que aunque se trata de una decisión médica, lo ideal es hacerlo en consenso con el personal de enfermería. La retirada debe ser de forma gradual y siempre que la situación del paciente lo permita.

5 Discusión-Conclusión

Las contenciones mecánicas deben ser una medida extraordinaria y se iniciará sólo cuando hayan fracasado las medidas preventivas, y presenta la necesidad de consentimiento informado, al menos verbal, que lo dará la familia o representante cuando el paciente no sea capaz. Es una medida que debe estar muy justificada, ya que presenta múltiples riesgos y posibles complicaciones, además del conflicto ético y legal siempre presente entre los profesionales sanitarios.

A pesar de los múltiples detractores, este tipo de contención mecánica también es muy útil en situaciones de desorientación y agitación psicomotriz, especialmente en pacientes de edad avanzada o con patologías mentales degenerativas.

6 Bibliografía

1. Gallego Riestra, S. Gutiérrez Rodríguez, J. Fernández Guzmán, MF. Aspectos legales del uso de medios de contención mecánica en los diferentes ámbitos asistenciales y sanitarios. Especial referencia a los ingresos por patologías no psíquicas en instituciones sanitarias abiertas. DS volumen 23, número 1. Enero-junio 2013. [Consultado en julio de 2020]. Disponible en: <http://www.ajs.es/en/revista-derecho-y-salud/aspectos-legales-del-uso-de-medios-de-con-tencion-mecanica-en-los-diferentes-ambitos-asistenciales-y-sanitarios>.
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Consultado en julio de 2020]. Disponible en: <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-200222188&p=20150922&tn=2>.
3. Corral Cano, J. Cantabria. Contenciones físicas: reflexiones sobre su vigencia. 2014. [Consultado en julio de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/5581>.

Capítulo 27

SALUD BUCODENTAL EN PEDIATRÍA DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA PASTOR BLANCO

ISABEL SOLÍS CIENFUEGOS

MARÍA ARANTZAZU LORENCES ALONSO

PAULA SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La salud bucodental infanto-juvenil a lo largo de los años, ha sido una de las grandes olvidadas en lo que se refiere a educación para la salud (EPS) desde la consulta de Atención Primaria (AP), en las diferentes revisiones se enfatiza el cuidado de los menores en lo que se refiere a higiene y salud corporal pero generalmente se pasa por alto el cuidado bucal. La salud bucodental de la población pediátrica ha cobrado especial relevancia en los últimos años.

Se ha ido observando un creciente avance en los diferentes tratamientos como puede ser la ortodoncia infantil, la obturación de piezas dentales y la importancia de la prevención de las diferentes patologías bucales en la edad infanto-juvenil son primordiales para evitar patologías de mayor gravedad en la edad adulta. A lo largo de las diferentes revisiones del niño sano en la consulta de Atención Primaria (AP) de Enfermería Pediátrica es un buen momento en el que se pueden re-

alizer intervenciones dirigidas a la educación para la salud promocionando diferentes actuaciones que se pueden aplicar en el día a día así como una prevención de las patologías más prevalentes que podremos encontrar en la edad pediátrica como puede ser la caries dental.

2 Objetivos

Conocer la importancia de la intervención temprana en la salud bucodental en edad pediátrica para la prevención de la caries dental desde la consulta de atención primaria.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos digitales como PubMed, Cochrane, Google académico, Scielo, Dialnet, clinicalkey y Cuiden. Los términos de búsqueda incluyeron artículos desde Enero de 2011 Hasta Enero de 2021, escritos tanto en inglés, portugués, francés o español que incluyeran los términos de búsqueda establecidos.

4 Resultados

Durante la búsqueda bibliográfica no hemos encontrado un consenso claro en lo que se refiere a las intervenciones de enfermería desde la consulta de Atención Primaria (AP). En algunos de los artículos existen recomendaciones pero no se ha podido hallar un protocolo claro en lo que se refiere a en qué momento y cómo realizar las diferentes intervenciones. A pesar de que no existe un protocolo consensuado de cómo tratar la salud bucodental infanto-juvenil en la consulta de enfermería pediátrica en Atención Primaria (AP), queda reflejada la importancia de realizar una adecuada promoción de la salud bucodental infanto-juvenil cuando los menores acudan a las diferentes revisiones del niño sano.

Durante estas diferentes revisiones, se deben realizar diferentes intervenciones en las que podemos incluir la prevención por ejemplo de la caries dental, enfermedad más prevalente en la edad pediátrica (cobrando especial relevancia durante la primera infancia desde la erupción de la primera pieza dentaria, en los dientes de leche y centrarnos especialmente en su tratamiento precoz), también tener en cuenta otra de las patologías más prevalentes como es el tratamiento de

los traumatismos dentales (muy habituales en la edad pediátrica), y tanto la prevención como el diagnóstico precoz de la maloclusión dentaria, que tendrá un tratamiento adecuado, mejorando con rapidez en la primera infancia. Durante las revisiones del niño sano, observaremos las posibles patologías, e intervendremos en las que podamos desde la consulta, sin embargo, es de igual importante, saber derivar a un profesional que esté especializado en la salud bucodental de la edad pediátrica con es el Odontopediatra.

La caries dental es la patología más prevalente en niños y la que resulta más eficiente tras una intervención en atención primaria por lo que la consulta debería centrarse en este aspecto.

5 Discusión-Conclusión

El diseño de programas de prevención y promoción de la salud bucodental en pediatría desde la consulta de enfermería de Atención Primaria (AP) centrados sobretudo en la prevención de la caries dental primaria, ya que es la patología más prevalente en la primera infancia es una medida eficiente y económicamente viable para mejorar la salud bucodental de nuestros niños.

El uso de pasta fluorada en 1000 ppm desde la erupción del primer diente y de 1450ppm desde los 2 años, ayuda a aumentar la densidad del hueso y la mineralización de las piezas dentarias, consiguiendo de esta forma evitar o retrasar la aparición de la caries dental.

6 Bibliografía

1. Revista Pediatría de Atención Primaria Vol. XIII. N.o 51. Julio/septiembre 2011
2. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13:435-58
3. Vitoria Miñana I.. Promoción de la salud bucodental. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2011 Sep [citado 2021 Oct 04]; 13(51): 435-458. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000300010&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322011000300010>.
4. Díaz-Fabregat, B., Ramírez-Carmona, W., Cristina Gava Pizi, E., Avansini Marcicano, J., & Leal do Prado, R. (2021). Calidad de vida y caries dental en preescolares, una visión desde la atención primaria odontológica [Quality of life and

dental caries based on the primary dental care]. *Atencion primaria*, 53(4), 101979.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.101979>

Capítulo 28

CONOCIENDO LA OSTEOPOROSIS

PAULA LUCAS FONSECA

1 Introducción

La osteoporosis consiste en un trastorno metabólico caracterizado por una pérdida de masa ósea, con un aumento de la fragilidad y del riesgo de fracturas en el paciente. La osteoporosis reduce la masa ósea por un desequilibrio entre la actividad de los osteoblastos y los osteoclastos. La enfermedad afecta a la diáfisis y metáfisis del hueso, con un aumento del diámetro del hueso y un adelgazamiento de la corteza externa. Conforme la enfermedad avanza las trabéculas se pierden y la corteza externa adelgaza de tal forma que la mínima sobrecarga puede llegar a fracturar el hueso.

Las causas de la osteoporosis pueden ser varias, un trastorno endocrino o una neoplasia, aunque en la mayoría de los casos se asocia al envejecimiento.

Tras la artrosis se trata de la patología más frecuente del esqueleto.

Los datos epidemiológicos nos indican que el 80% de los pacientes con osteoporosis son mujeres, aunque puede afectar a ambos sexos y aparecer a cualquier edad. Las mujeres de raza negra mayores de 50 años son las que presentan una menor incidencia. Las mujeres asiáticas y mujeres no hispanas de más de 50 años son las de mayor riesgo.

Una de cada dos mujeres mayores de 50 años presentará una fractura relacionada con la osteoporosis.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los principales factores de riesgo de la osteoporosis.

Objetivos secundarios:

- Conocer la clasificación de la osteoporosis.
- Conocer las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una revisión sistemática mediante la búsqueda de bibliografía en las principales bases de datos, revistas, protocolos y guías clínicas.

Palabras clave: osteoporosis, clasificación, factores de riesgo, enfermedad metabólica.

4 Resultados

Actualmente, los principales factores de riesgo de la osteoporosis son:

- Antecedentes familiares de la enfermedad.
- Tabaco, sedentarismo, cafeína, alcohol.
- Sexo femenino.
- Menopausia debido a bajas concentraciones de estrógenos.
- Niveles bajos de testosterona en varones.
- Masa ósea disminuida.
- Antecedente de fractura después de los 50 años.
- Antecedente de fractura en familiar de primer grado.
- Delgadez.
- Déficit de vitamina D.
- Baja ingesta de calcio a lo largo de toda la vida.
- Fármacos como los corticoides o anticonvulsivos.
- Padecer enfermedades crónicas.

La osteoporosis se clasifica en:

1. Primaria o idiopática:
 - Tipo 1 de riggs/postmenopáusica:

Se presenta en las mujeres en el climaterio, hay pérdida de estrógenos. La edad está comprendida entre los 50-65 años. Afecta principalmente el hueso trabecular.

Las fracturas habituales son vertebrales y la de Colles (fractura más frecuente en trauma mínimo).

- Tipo 2 de riggs/senil:

Afecta a ambos sexos. A partir de los 70-75 años. Afecta a hueso cortical y trabecular. Las fracturas más habituales son de fémur, húmero proximal y pelvis.

- Adulto joven/juvenil:

De causa idiopática. Por alteraciones en el metabolismo del calcio.

2. Secundaria o metabólica: consecuencia o manifestación de otra enfermedad o de su tratamiento. Son un ejemplo la insuficiencia renal crónica, enfermedad hepática crónica, diabetes mellitus, hipogonadismo, hiperparatiroidismo, artritis reumatoide, etc. El uso de antiácidos, corticoides, heparina.

Las principales manifestaciones clínicas son la pérdida de altura por aplastamiento de los cuerpos vertebrales, curvatura progresiva de la columna (cifosis dorsal y lordosis cervical), la lumbalgia y las fracturas de columna, muñeca o cadera.

El diagnóstico de la enfermedad se realiza mediante la realización de densitometría ósea.

5 Discusión-Conclusión

La incidencia de la osteoporosis en España es mayor que en el conjunto de la Unión Europea.

Las fracturas por fragilidad (derivadas de la osteoporosis) son las principales causantes de discapacidad, dolor y pérdida de independencia en personas mayores. Los pacientes que van a sufrir este tipo de fracturas ven a tener que depender del cuidado de familiares y/o amigos.

Se hace necesario estar atentos a la posible aparición de fractura vertebral en personas mayores de 50 años como por ejemplo por la aparición de dolor de espalda repentino y fuerte, encorvamiento de la espalda o la pérdida de altura de más de 3 cm.

Lo más importante es la prevención mediante el fortalecimiento de los huesos con medicación, evaluando periódicamente la salud ósea, llevando un estilo de vida saludable, determinando los factores de riesgo personales y mediante la prevención de caídas.

6 Bibliografía

1. <https://www.geriatricarea.com/2021/10/20/la-incidencia-de-la-osteoporosis-en-espana-es-mayor-que-en-el-conjunto-de-la-union-europea/>
2. <https://www.segg.es>
3. Sosa M, Gómez de Tejada MJ, Hernández D. Prevención de la osteoporosis. Concepto, clasificación, factores de riesgo y clínica de la osteoporosis. Rev Esp Enferm Metab Oseas 2001; 10 (Supl A): 7-11.
4. 14. Nogués X, Diez A. Definición y epidemiología de la osteoporosis. Barcelona: Profarmaco 2, editores, 2000; 3-6.

Capítulo 29

LACTANCIA MATERNA. SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO INMUNE Y BIENESTAR MATERNO

ALEXIA FERNÁNDEZ DÍAZ

ELENA LLERA GONZALEZ

NATALIA ALVAREZ ALVAREZ

MARÍA JIMENEZ ALONSO

LUCIA CUENDIAS MARTÍNEZ

1 Introducción

El fomento del hábito de la lactancia materna desde los primeros minutos de vida, está íntegramente relacionado con el éxito del mismo durante los seis primeros meses de vida del bebé, antes de la introducción de la alimentación complementaria, y a su vez con el desarrollo correcto del sistema inmunitario del recién nacido, gracias a la inmunidad pasiva que aporta la madre al niño mediante la leche materna que contiene inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima, citoquinas y otros muchos componentes que le otorgan la inmunidad propia al bebé.

Todo ello no sería posible sin el fomento correcto y precoz de la lactancia materna a través de la educación para la salud durante el embarazo y tras el parto.

Para que el amamantamiento sea un éxito, incidiremos encarecidamente en las técnicas correctas de lactancia, desde las posiciones que deben adquirir la madre y el bebé, hasta el correcto agarre del pezón por parte del niño, para reducir los riesgos de grietas y otras consecuencias que podrían llevar al fracaso de este buen hábito.

No podemos olvidarnos de los beneficios que otorga la lactancia tras el parto para la madre, tanto a nivel físico como a nivel psicológico, gracias a la liberación progresiva de hormonas maternas y al vínculo que se forma entre la madre y el recién nacido en los primeros momentos de su vida, el cual se considera único.

2 Objetivos

Establecer una relación entre el hábito de la lactancia materna con la adquisición de inmunidad por parte del bebé y bienestar por la parte materna.

3 Metodología

Para la elaboración de dicho capítulo, se ha buscado información en libros y artículos en prestigiosas revistas médicas; así como en las bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo de las cuales, hemos seleccionado los artículos que han sido revisados previamente.

4 Resultados

Se ha podido comprobar y demostrar de manera fehaciente que a mayor grado de información a las familias, especialmente a la madre, mayor éxito en porcentaje de madres lactantes como en tiempo de lactancia.

Para ello, insistiremos en las posturas de amamantamiento tanto en la cama como en un sillón, en las técnicas de agarre correctas del pezón, el entorno tranquilo y relajado que deben de tener, así como, en la alimentación rica en líquidos, proteínas y en los alimentos derivados de la leche.

Todo ello debe ser bien explicado y detallado por parte del personal de enfermería y de las matronas de los centros de salud, y así llevar al éxito rotundo de la misma, con todos los beneficios que la misma aporta.

Cuanto más se alarga en el tiempo la alimentación con leche procedente de la madre, más inmunidad adquiere el recién nacido y más se puede estrechar el vínculo entre ambos.

La curva se vuelve exponencial en tiempo- beneficio, es decir; tiempo de lactancia medido en meses y los beneficios madre e hijo (inmunidad/apego).

La lactancia materna bien instaurada, provoca la liberación de oxitocina con todos los beneficios que dicha hormona trae consigo, ya que el organismo de la madre responde a ella reduciendo el estrés, lo cual provoca que la mujer, se pueda adaptar de una manera más propicia a su nueva vida con el niño, dejando atrás situaciones de ansiedad, nerviosismo que pueden llegar incluso a finalizar de una manera tan indeseada como una depresión postparto.

La información, el aprendizaje y la educación para la salud, es la base para que las futuras mamás respondan de manera correcta ante este nuevo proceso, que puede llegar a complicarse en determinados momentos, para que sepan actuar de manera óptima.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales de la salud, debemos fomentar la lactancia materna e instaurarla en la manera en la que nos sea posible desde los primeros momentos de vida, ayudando a la madre en todo lo que necesite.

La información y el aprendizaje de todo lo citado anteriormente en el periodo del embarazo y el posparto es necesario y eficaz para lograr el éxito de nuestro propósito, y que así se puedan beneficiar de manera directa e indirecta la madre y el niño lo antes posible. La lactancia materna eficaz, sólo puede aportar beneficios, tanto a nivel físico como psicológico.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sanitarias, 2015.
2. Ministerio de salud. Manual de lactancia materna .2010.
3. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al.Promotion pf Breastfeeding Intervention Trial.JAMA 2001;285 (4):413-20.

Capítulo 30

¿PASATIEMPO O ADICCIÓN? JUEGO PATOLÓGICO A UN SOLO CLIC

ALICIA REINA HIDALGO

1 Introducción

Se entiende por juego aquella actividad recreativa que involucra a una o más personas en la que existe un objetivo y un conjunto de reglas. Entre sus beneficios se puede destacar el aprendizaje de reglas, el desarrollo de habilidades sociales e incluso la maduración. El problema surge cuando se deja intervenir el azar transformando a los jugadores en sujetos pasivos con la escasa intervención de las habilidades, así como la nula interacción con otros oponentes y el uso de un factor con alto poder motivacional como es el dinero.

Según los estudios de Labrador y Ochoa (1994) existen diferentes tipos de jugadores entre los que diferenciamos al jugador social, profesional, problema y patológico. Es en este último en el que se va a centrar dicho trabajo.

El juego patológico queda definido por la OMS (1992) como aquel trastorno caracterizado por la presencia de frecuentes y reiterados episodios de participación en juego de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de sus valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares; esta conducta persiste y a menudo se incrementa a pesar de sus consecuencias sociales adversas tales como pérdida de la fortuna personal, deterioro de las relaciones familiares y situaciones personales críticas.

Por parte de los manuales diagnósticos se enmarca dentro de los trastornos no relacionados con sustancias. Se trata de un proceso crónico que provoca un dete-

rioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta con una afectación global de la vida del paciente.

En la actualidad se trata de un tema de gran importancia por ser en la mayoría de los casos una patología de detección tardía especialmente por la transformación de las características del juego.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer los aspectos más relevantes del juego patológico como adicción comportamental con el fin de facilitar el entendimiento y el manejo por parte del personal de enfermería.

Objetivos secundarios:

- Enunciar los criterios diagnósticos del juego patológico según el DSM.
- Describir las características clínicas de dicha patología, así como las del perfil del jugador patológico.
- Desarrollar las fases de evolución del cuadro clínico, los factores implicados y problemas asociados.
- Indicar las diferentes alternativas de tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el juego patológico usando las siguientes bases de datos: PubMed, Medline, Google Académico y Cochrane.

Las palabras claves utilizadas para acotar la búsqueda fueron “juego patológico”, “adicción” y “ludopatía”.

4 Resultados

Los criterios diagnósticos del DSM5 incluyen el juego patológico dentro de los trastornos no relacionados con sustancias 322.31 (F63.0). Los criterios referidos son los siguientes:

A. Juego patológico problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro (o más) de los siguientes criterios durante un periodo de 12 meses:

1. Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
4. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (p.ej. reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).
5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p.ej. desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar “recuperar” las pérdidas.
7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.
9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.

B. Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maniaco. Habrá que especificar si es episódico o persistente, el tipo de remisión (inicial o continuada) y la gravedad (leve: 4-5 criterios; moderada: 6-7 criterios; grave: 8-9 criterios).

Las características clínicas que están presentes en el juego patológico son las siguientes:

- Sesgos cognitivos como pueden ser la suerte autopercebida, la ilusión de control, la creencia irreal de que un suceso aleatorio posee series secuenciales o la superstición.
- Juego progresivo: comienza a jugar para compartir una actividad y termina por jugar en soledad. o Juego como escape a la disforia. o Intentos arriesgados de recuperar las pérdidas. o Mentiras/engaños. o Actos ilegales

Existe una serie de características comunes con las adicciones tóxicas como podrían ser:

- Secuencia similar
- Impulso a repetir una conducta desadaptativa, o pernicioso.
- Acumulación de tensión hasta que se completa la conducta.
- Alivio rápido, pero temporal, de la tensión.
- Retorno gradual al impulso. Proceso de consolidación
- Procesos de aprendizaje- habituación y reforzamiento.

- Desarrollo de tolerancia: “la calidad o intensidad del refuerzo es cada vez menor” (Chóliz 2006).

- Aparición de síntomas de abstinencia secundario a la privación de la ejecución de la conducta adictiva.

Perfil del jugador patológico:

El perfil del jugador patológico suele ser de género masculino con una relación hombre/mujer de 2/1, con una edad comprendida entre los 25-34 años en el caso de los hombres y de 5-64 en mujeres. Suelen ser solteros, laboralmente activo, practican el juego individualmente y existe un importante nivel de impulsividad ante emociones negativas.

Factores implicados:

El juego patológico presenta etiología multidimensional en la que se podría hacer una diferenciación entre factores predisponentes y factores mantenedores.

Factores predisponentes:

- Factores personales:

Dimensiones de la personalidad (búsqueda de sensaciones, locus de control externo: pensamiento supersticioso; baja autoestima).

Existencia de T. depresivo, ansiosos.

Variables biológicas (Noradrenalina; síntesis y liberación de Serotonina u opiáceos).

Factores de aprendizaje (exposición).

- Factores familiares:

Antecedentes de juego patológico en la familia.

Disfunción familiar.

Normas inapropiadas (gran permisividad, aprobación del juego...)

Mala situación económica

Escasa protección y apoyo.

- Factores sociales:

Disponibilidad y acceso fácil al juego.

Influencia de valores sociales que asocian la felicidad al consumo.

Aceptación social.

Características Juegos legalizados.

Difusión de los diferentes juegos por parte de los medios de comunicación.

Asociación con conductas ilegales.

Consumo de otros tóxicos.

Factores mantenedores:

- Refuerzos. Entre los refuerzos positivos destacan el dinero ganado, la ilusión de éxito el refuerzo social, la activación fisiológica. Esto se trataría de un reforza-

miento intermitente y de razón variable. Por otro lado, tenemos los refuerzos negativos como serían aquellas conductas destinadas a disminuir o eliminar sensaciones o emociones desagradables como el aburrimiento, el nerviosismo, el malestar o la ansiedad.

- Estímulos discriminatorios: música, sonidos, luces → tensión emocional que asocia con sensaciones agradables.
- Sesgos cognitivos/creencias y pensamientos irracionales.
- Falta de habilidad para hacer frente al impulso de jugar: o Falta de autocontrol. o Manejo del dinero. o Resolución de problemas. o Afrontamiento del estrés.

Las fases de evolución según Custer (1984), Lesieur & Blume (1991) son definidas de la siguiente forma:

Existe una primera fase de ganancia en la que aparecen las primeras experiencias con el juego, con los consiguientes premios pequeños que logran crear expectativas maximizando las ganancias y minimizando las pérdidas. Seguida de esta fase va la de pérdida. En esta segunda etapa aumenta tanto la frecuencia de juego como las pérdidas y el endeudamiento. Comienza el deterioro familiar y aparece la falsa ilusión de control en la que además se pretende recuperar lo perdido. Después se define la fase de desesperación en la que predomina la pérdida de control, la aparición de problemas financieros graves y (o actos delictivos).

El deterioro familiar está aumentado y se asocia un distrés psicológico y/o físico que puede desencadenar en un consumo de alcohol como forma de evadir los problemas. La última fase es la fase de abandono o desesperanza en la que existe un sentimiento de indefensión, renuncia a la fantasía de triunfar y no es capaz de dejar de jugar.

Como ya se ha dejado ver en estas fases los problemas asociados al juego patológico son de carácter psicológico, físico, familiar, escolar, social y legal.

El tratamiento de esta adicción podrá ser psicológica, farmacológica o la combinación de las dos.

El tratamiento psicológico engloba los tratamientos conductuales con técnicas utilizadas como las terapias aversivas, la desensibilización imaginada, el control de estímulos y la exposición in vivo con prevención de respuesta. También se aplican tratamientos cognitivos como la prevención de recaídas y la terapia motivacional, tratamientos cognitivos conductuales como los programas multicomponentes y las terapias de grupo como es el caso de jugadores anónimos.

En el caso del tratamiento farmacológico el interés deriva del papel desempeñado por algunos neurotransmisores como la serotonina, la norepinefrina y la dopamina en los mecanismos de recompensa cerebral. Así se usarán antidepresivos (citalopram, fluoxetina, paroxetina) estabilizadores del ánimo (topiramato, litio

y valproato) y antagonistas opioides (naltrexona o nalmefene).

5 Discusión-Conclusión

El juego patológico afecta a un número importante de ciudadanos, lo que le convierte en un problema de salud social. Además existen factores como el conocimiento de la población de riesgo, la gravedad de las patologías, su impacto sobre las familias y los datos de prevalencia e incidencia que justifican la puesta en marcha de programas de prevención de forma continuada, y la implementación de estrategias públicas asociadas. También sería necesaria la realización de campañas de concienciación sobre este problema y la visibilidad del mismo.

También nos queda claro que la impulsividad es uno de los ejes centrales de esta conducta y que es compartida con otro tipo de adicciones.

Por otro lado queda de manifiesto la asociación que existe entre el juego y el consumo de sustancias como el alcohol y otras drogas. En este caso se abre un campo al estudio de la patología dual.

6 Bibliografía

1. Estudio y análisis de los factores de riesgo del trastorno de juego en población clínica española. Dirección General de Ordenación del Juego. Ministerio de Hacienda y Función Pública. 2017.
2. Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5. Edición. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
3. Percepción social sobre el juego de azar en España VIII. Instituto de política y gobernanza, 2017.
4. Memoria anual. Dirección General de Ordenación del Juego. Ministerio de Hacienda. 2016.
5. ÁLVAREZ, Ana M. DOMÍNGUEZ. "Epidemiología y factores implicados en el juego patológico." *Apuntes de psicología* 27.1 (2009): 3-20.
6. Chóliz, M. Adicción al juego de azar. [Internet] 2006. Disponible en: <http://www.uv.es/choliz/>.
7. Brieva, J. "Ludopatía: el otro lado del juego." *Revista Índice* 19.9 (2006): 9-11.

Capítulo 31

TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

ALICIA REINA HIDALGO

1 Introducción

La historia de los equipos de tratamiento asertivo comunitario (ETAC) surgen a finales del siglo XX en EEUU en un periodo coincidente con el movimiento de desinstitucionalización americana con las aportaciones de Stein, Marx y Test, bajo la denominación de Training for Community Living.

En España la reforma psiquiátrica se inicia con la Ley General de Sanidad de 1986. Esto supone un cambio en el modelo de atención a los enfermos, sustituyendo la atención centralizada en los hospitales psiquiátricos a la realizada en la comunidad. Con esto se cierran gran parte de los hospitales psiquiátricos, y se ponen en marcha nuevos equipos y dispositivos para tratar a personas con trastorno mental grave.

La reforma mejoró en general la atención a la enfermedad mental pero en su desarrollo quedaron patentes insuficiencias en la atención de los pacientes más graves. Nacieron así los ETACs como alternativa asistencial ante la necesidad de ofrecer a las personas con enfermedad mental grave una atención integral, en un contexto en el que las alternativas terapéuticas a nivel comunitario estaban poco desarrolladas.

Los principios de este servicio son el enfoque asertivo, la comunidad como lugar de atención, la individualización del tratamiento, la utilización de recursos

normalizados, la implicación activa del paciente y el trabajo con las familias.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer los aspectos más relevantes del tratamiento asertivo comunitario como su historia, principios y ventajas.

Objetivo secundarios:

- Describir un caso clínico de un paciente en seguimiento por un equipo de tratamiento asertivo comunitario.
- Exponer el plan de cuidados estandarizado de un paciente atendido por el equipo de tratamiento asertivo comunitario.

3 Caso clínico

Se trata de una mujer de 65 años diagnosticada de trastorno bipolar y que inicia seguimiento por el TAC en noviembre del 2017 con el fin de garantizar la continuidad de cuidados que garanticen la estabilización clínica dada su situación actual en cuanto a un nulo soporte familiar y social y una escasa adherencia terapéutica.

Datos familiares y de convivencia:

Natural de Cabrales y residente en la ciudad de Oviedo. Vive sola en un piso de su propiedad y está separada desde hace años de su marido. Tiene un hijo de este matrimonio de 27 años.

Datos formativos laborales:

Trabajó puntualmente en hostelería. En este momento hace un voluntariado ocasional en su parroquia.

Datos sociosanitarios:

Presenta una discapacidad del 69% por lo que recibe una pensión compensatoria y una prestación por hijo a cargo. Está incapacitada legalmente a nivel patrimonial mediante una curatela a cargo del marido con un pago mensual de unos 600€. A seguimiento por los Servicios Sociales municipales y por el trabajador social del centro sanitario. Tiene deudas pendientes de pagos a la comunidad y facturas del domicilio.

Antecedentes personales somáticos:

No presenta alergias medicamentosas conocidas. A seguimiento por su médico de cabecera por hipertensión arterial. Entre sus hábitos tóxicos destaca consumo de alcohol esporádico, de cannabis muy puntual y exfumadora.

Antecedentes familiares:

Hipo con problemas de abuso de sustancias e incapacitado legalmente siendo su padre quien ejerce la figura de tutor legal.

Antecedentes personales psiquiátricos:

Inicia contactos con los servicios de salud mental en su juventud siendo diagnosticada de trastorno bipolar tipo I. Desde entonces tuvo múltiples ingresos en la unidad hospitalaria de psiquiatría por descompensaciones maníacas principalmente con episodios de agitación.

Seguimiento por varios centros de salud mental como nula adherencia terapéutica.

Tras varios ingresos más se opta por iniciar tratamiento depot antipsicótico con paliperidona y más tarde con risperdal consta.

Dada la cronicidad del caso y la dificultad para el seguimiento ambulatorio estándar se deriva al servicio de tratamiento asertivo comunitario.

Tratamiento:

Depakine crono 500 (1-0-1)

Risperdal 3mg (0-0-1)

Tranxilium 15mg (0-0-1)

Risperdal consta 100mg c/14días

Enalapril 5mg (1-0-0)

Valoración de enfermería

1. Promoción de la salud

Presenta conciencia de enfermedad parcial. Por un lado reconoce la necesidad de recibir ayuda y tratamiento, aunque por otro lado la adherencia al tratamiento terapéutico es escasa. La toma del tratamiento es irregular, llegando a abandonarlo en repetidas ocasiones, así como la inasistencia a las consultas.

Respecto al consumo de tóxicos consume alcohol y cannabis de forma esporádica

2. Nutrición

Por la desorganización que le caracteriza impresiona que no existe un patrón regular de comidas. Mantiene un peso normal de 61 kg. No presenta problemas en la deglución ni en la masticación.

3. Eliminación/intercambio

Presenta incontinencia urinaria nocturna. Además suele presentar episodios diarreicos de forma esporádica

4. Actividad/reposo

Duerme y descansa bien sin necesidad de tratamiento hipnótico.

Es independiente de forma parcial en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En cuanto a los cuidados básicos del hogar existe una clara deficiencia de estos, manteniendo la casa en condiciones próximas a un síndrome de Diógenes y en condiciones de insalubridad.

Presenta un aspecto físico cuidado y vestimenta adecuada, que en ocasiones llega a ser extravagante coincidiendo con periodos de mayor descompensación psicopatológica.

La gestión del dinero es mala. Realiza numerosos gastos innecesarios sin priorizar en necesidades básicas como la comida.

5. Percepción/cognición

Orientada tanto espacial como temporalmente, alerta.

En cuanto a la alteración del contenido del pensamiento existe ideación fantástica/ megalomaniaca, así como ideación delirante de perjuicio que se entremezcla con recuerdos y que impresiona de cronicidad y que se encuentra estable en el momento actual.

Niega alteraciones senso perceptivas, no objetivándose.

6. Autopercepción

Estado de ánimo fluctuante aunque predominantemente se encuentra exaltado e hipertímico siendo incongruentes con situación vital actual.

Los sentimientos hacia sí misma se encuentran sobrevalorados, con expectativas futuras desproporcionadas y alejadas de la realidad.

7. Rol/relaciones

Su red de apoyo social y familiar es nula. Situación de claudicación familiar, especialmente de una prima que era el familiar de contacto durante los ingresos.

En cuanto a las amistades tiene un gran número de conocidos sin llegar a establecer una relación estable con estos.

8. Sexualidad

Conductas de riesgo coincidentes con períodos de clínica maniaca

Afrontamiento/tolerancia al estrés

Sus respuestas de afrontamiento las manifiesta a nivel emocional con sentimientos de grandiosidad. A nivel conductual existe una clara actividad excesiva /agitación, manteniendo una percepción de control de la situación.

9. Principios vitales

No requiere valoración.

10. Seguridad/protección

En relación al riesgo de caídas, existen tanto factores intrínsecos por la toma de medicación especial, como extrínsecos/ambientales siendo el consumo de alcohol ocasional uno de los más importantes.

11. Confort

No presenta dolor agudo ni disconfort físico reseñable.

Crecimiento/desarrollo

Presenta un desarrollo normal.

Plan de cuidados:

Diagnóstico: (00078) Gestión ineficaz de la propia salud r/c déficit de conocimientos m/p en su vida hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud.

Resultado: (1803) Conocimiento: Proceso de la enfermedad

Indicadores

- (180302) Características de la enfermedad.

Intervención (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad

Actividades

- Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado
- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad
- Comentar los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad

Resultado: (1813) Conocimiento: régimen terapéutico

Indicadores

- (181306) Régimen de medicación prescrita
- (181316) Beneficios del tratamiento de la enfermedad

Intervención: (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos

Actividades

- Informar e instruir acerca del propósito, acción y efectos secundarios de cada medicación
- Revisar el conocimiento que el paciente tiene de las medicaciones
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación

Diagnóstico: (00241) Deterioro de la regulación del estado del ánimo r/c trastornos psiquiátricos m/p descripción delirante del yo.

Resultado: (1403) Autocontrol del pensamiento distorsionado

Indicadores:

- (140312) Expone pensamiento basado en la realidad

Intervención: (6450) Manejo de ideas ilusorias

Actividades:

- Ayudar al paciente a evitar o eliminar los factores estresantes que precipiten las ilusiones.
- Evitar discutir sobre las creencias falsas; establecer dudas concretas.

Resultado: (1204) Equilibrio emocional

Indicadores:

- (120422) Hiperactividad
- (120403) Muestra control de los impulsos
- (120409) Euforia

Intervención: (5330) Control del humor

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes en el humor disfuncional.
- Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente.
- Proporcionar retroalimentación al paciente de acuerdo con la convivencia de sus conductas sociales.
- Utilizar un entorno límite y estrategias de control de conductas para ayudar al paciente maniaco a restringir la conducta intrusiva y destructiva.

Diagnóstico: (00098) Deterioro del mantenimiento del hogar r/c conocimiento insuficiente para el mantenimiento del hogar m/p dificultad para mantener un entorno confortable

Resultado: (0306) Autocuidados: Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Indicadores:

- (030609) Realiza las tareas del hogar
- (030612) Controla el dinero

Intervención: (1805) Ayuda con los autocuidados: AIVD

Actividades:

- Determinar las necesidades de ayuda del individuo con las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Ayudar al individuo a establecer métodos y rutinas para cocinar, limpiar y comprar.

Intervención: (6450) Modificación de la conducta

Actividades:

- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.

Riesgo asociado: Riesgo de efectos adversos al tratamiento r/c respuesta individual a la medicación

Resultado: (2301) Respuesta a la medicación.

Indicadores:

- (230104) Mantenimiento de los niveles sanguíneos esperados
- (230106) Efectos adversos

Intervención: (2380) Manejo de la medicación

Actividades:

- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Administración de medicación IM según pauta.
- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.
- Vigilar los niveles de suero en sangre.

Resultado: (1005) Estado nutricional: determinaciones bioquímicas

Indicadores:

- (100507) Glucemia
- (100508) Colesterol sanguíneo
- (100509) Triglicéridos sanguíneos

Intervención: (7820) Manejo de muestras

Actividades:

- Solicitar los análisis de laboratorio según protocolo

Tras valorar cada uno de los dominios, se considera que los diagnósticos principales a trabajar en este caso serían la gestión ineficaz de la salud como diagnóstico central, dada la escasa conciencia de enfermedad y falta de adherencia al tratamiento. Por otro lado trabajaríamos el control del humor y el manejo de las ideas ilusorias mediante el diagnóstico de trastorno de la identidad personal. Además abordaría el deterioro del mantenimiento del hogar como diagnóstico imprescindible por las claras condiciones de insalubridad que existen en casa.

4 Discusión-Conclusión

El objetivo final en la atención al paciente con trastorno mental severo en la comunidad por parte de este servicio es tratarlos de la forma más asertiva posible para reducir el número de ingresos, mejorando los indicadores de calidad de vida del paciente y su familia.

Con este tipo de abordaje se manifiesta la eficacia asociada a este tipo de programas. Se facilita la permanencia del paciente en la comunidad promoviendo la integración en la misma, se consigue promover su máxima autonomía maximizando en lo posible su iniciativa y participación. De igual forma se proporciona un adecuado sistema de cuidados mediante los planes individualizados de rehabilitación garantizando la continuidad de los cuidados y se facilita la intervención en crisis previniendo recaídas y reingresos, garantizando una mayor adherencia al tratamiento y detectando signos precoces de alerta.

5 Bibliografía

1. Mesa-Velasco, R., García-Navarro, B., Nieto-Campos, A., & San Román-Mata, S. El tratamiento asertivo comunitario en pacientes de salud mental en España: características y situación actual. *Journal of Sport and Health Research*, 13(3), 347-362, 2021.
2. Carpio Rios, S. P., & Chahua Berto, L. M. Tratamiento asertivo comunitario como estrategia para disminuir el ingreso hospitalario en pacientes con trastorno mental grave. 2019.
3. Herdman, T, Kamitsuru, S. Lopes C. *International Nursing Diagnoses. Definitions & Classification*, 2021-2023. 12 ed. Thieme, 2021.
4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Mass M. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
5. Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM, Wagner CM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7ª ed. Barcelona : Elsevier; 2019.

Capítulo 32

TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA Y ASPECTOS BÁSICOS DE SU TRATAMIENTO

RAQUEL FERNÁNDEZ SANTANA

ANA MURIAS ALVAREZ

1 Introducción

La incontinencia urinaria no es una enfermedad, sino una afección que puede estar relacionada con otro problema de salud o un evento de la vida, como el embarazo en las mujeres o los problemas prostáticos en los hombres.

Se define como la pérdida del control de la vejiga o la incapacidad de controlar la micción, en el que encontramos distintos grados que pueden ir desde afectación leve hasta afectación importante de la calidad de vida del paciente.

Entre los factores que hacen a una persona más propensa a desarrollar incontinencia urinaria se incluyen ser mujer, ser mayor, eventos de la vida, como el embarazo, el parto y la menopausia en las mujeres, y problemas de la próstata en los hombres, problemas de salud, como diabetes, obesidad o estreñimiento de larga duración, fumar y defectos congénitos.

Esta afección suele provocar inactividad física, estrés emocional o problemas en la intimidad y es común que las personas que lo sufren se aislen y dejen de realizar ciertas actividades por miedo o vergüenza.

Los problemas de control de la vejiga son comunes. Casi la mitad de todas las mujeres sufren pérdidas de orina en algún momento de su vida. Las mujeres tienen más probabilidad de desarrollar incontinencia urinaria durante y después del embarazo, el parto y la menopausia. Estos eventos, y la manera como están formadas las vías urinarias femeninas hacen que la incontinencia urinaria sea más común en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, las mujeres no deben aceptar la incontinencia urinaria como parte rutinaria de ser mujer o de envejecer.

2 Objetivos

- Dar a conocer los distintos tipos de incontinencia urinaria y sus causas.
- Exponer los distintos tratamientos existentes en la actualidad para tratar la incontinencia urinaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, 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 bases de datos sanitarias: SciELO y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La incontinencia urinaria se clasifica en:

- Incontinencia de esfuerzo: Es la incontinencia producida por estrés o presión sobre la vejiga. Suele ocurrir al toser, estornudar, reír, levantar algo pesado o realizar actividad física. Sus causas incluyen debilidad de los músculos del suelo pélvico y una vejiga fuera de su posición normal
- Incontinencia de urgencia: Es la incontinencia producida por una fuerte necesidad de orinar que va acompañada por pérdidas de orina antes de llegar al baño. Suele estar relacionada con una vejiga hiperactiva. La incontinencia de urgencia es más común en personas mayores. Puede ser un signo de infección de las vías urinarias o de otras afecciones neurológicas, como esclerosis múltiple o lesiones de la médula espinal

- **Incontinencia por rebosamiento:** Es la incontinencia producida cuando la vejiga no se vacía por completo. Esto hace que quede demasiada orina en la vejiga y produce pérdidas. Es más común en los hombres. Algunas de sus causas incluyen tumores, cálculos renales, diabetes y ciertos medicamentos
- **Incontinencia funcional:** Es la incontinencia producida por una discapacidad física o mental, problemas para hablar o algún otro problema que impide a la persona llegar al baño a tiempo.
- **Incontinencia refleja:** Es la incontinencia sin advertencia o urgencia. Puede ocurrir a menudo cuando los nervios de la vejiga de una persona están dañados y no se comunican con el cerebro correctamente. Durante la incontinencia refleja, la vejiga se puede contraer, o tener un espasmo, en el momento equivocado, causando un escape de orina. Entre las causas de la incontinencia refleja se encuentran el daño de los nervios por afecciones de salud como la esclerosis múltiple o por un traumatismo como una lesión de la médula espinal.
- **Incontinencia mixta:** Significa que tiene más de un tipo de incontinencia. En general, es una combinación de incontinencia de esfuerzo y de urgencia
- **Incontinencia transitoria:** Es una pérdida de orina causada por una situación temporal como una infección o un nuevo medicamento. Una vez que se elimina la causa, la incontinencia desaparece
- **Mojar la cama:** Es la pérdida de orina durante el sueño. Esto es más común en niños, pero a los adultos también les puede ocurrir o Mojar la cama es normal para muchos niños. Es más común en varones. A menudo, mojar la cama no se considera un problema de salud, especialmente cuando es hereditario. Pero si aún ocurre con frecuencia a los 5 años o más, puede deberse a un problema de control de la vejiga. Esto podría deberse a un desarrollo físico lento, una enfermedad, la producción de demasiada orina por la noche u otro problema. A veces hay más de una causa o En los adultos, las causas incluyen algunos medicamentos, cafeína y Alcohol. También puede ser causada por ciertos problemas de salud, como diabetes insípida, una infección del tracto urinario, cálculos renales, agrandamiento de la próstata y apnea del sueño

Actualmente, los tratamientos más recomendados para todos los tipos de incontinencia urinaria, que deben ser utilizados junto con las recomendaciones particulares para cada tipo de incontinencia urinaria son:

Bajar de peso.

Dejar de fumar.

Evitar el consumo de alcohol.

Beber menos cafeína.

Disminuir la ingesta de líquidos por las tardes y antes de salir a la calle.

Prevenir el estreñimiento.

Evitar cargar objetos pesados.

Aseo constante y cuidados de la piel del área perineal.

Terapia con técnicas conductuales: Estas terapias incluyen el reentrenamiento vesical (educación, micción calendarizada, refuerzo positivo), el entrenamiento de hábitos, la indicación de micción inmediata en relación al deseo miccional (tanto espontánea como en respuesta a solicitudes repetidas) y otras técnicas (modificaciones en el esquema de dieta, en especial de ingesta de líquidos, así como la restricción de algunos alimentos como el café o alcohol).

Fisioterapia, biofeedback y rehabilitación del piso pélvico: La primera se basa en realizar programas de entrenamiento orientados a reforzar la musculatura pélvica, y en especial, el complejo pubococcígeo y elevador del ano, asistido por dispositivos eléctricos que permiten tanto realizar estimulación de estos complejos musculares, como monitorizar la presión (a nivel vaginal) y la señal de EMG (del esfínter y la musculatura abdominal). Otra alternativa en este grupo es la electroestimulación de refuerzo a musculatura pélvica, así como los programas de rehabilitación del piso pélvico con ejercicios (Kegel), o asistidos con dispositivos como pesarios. Estos esquemas son complementarios entre sí e implican el paso por al menos de 4 etapas, a saber: la educación, la toma de conciencia, el fortalecimiento de la musculatura pélvica propiamente tal y por último, el desarrollo de contracción refleja permanente del piso pélvico con bloqueo pélvico (o contracción intensa de musculatura pélvica) previa a maniobras de valsalva.

Medidas farmacológicas: existen fármacos que facilitan la fase de llene (o continencia), a través de mejorar el tono esfinteriano (elevando su resistencia) y/o disminuir la contractilidad del detrusor (en especial si éste es hiperactivo) y/o mejorar la capacidad vesical (disminuyendo la sensibilidad vesical). También existen fármacos que aumentan o facilitan la contracción del detrusor, y disminuyen la resistencia uretral.

Uso de dispositivos cuya finalidad es ayudar a disminuir el problema, habitualmente de forma transitoria, en espera de cirugía, o cuando el problema es muy leve, o, cuando el paciente no puede ser tratado por otras condiciones patológicas asociadas. Estos incluyen dispositivos intravaginales (prótesis de suspensión de cuello vesical y pesarios), otros intravesicales, como sondas (a permanencia o para cateterismo intermitente), otros de oclusión uretral (con inserción en uretra o externos al meato, como las pinzas de pene o recolectores externos) o productos absorbentes.

En casos graves, se llevaría a cabo tratamiento quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

La incontinencia urinaria es una condición frecuente en ambos sexos, que causa gran impacto sobre la vida de los pacientes, pero que habitualmente se encuentra oculta. La patogenia es compleja y multifactorial, con múltiples causas, por lo tanto, no es fácil de tratar.

La incontinencia urinaria no supone un riesgo vital pero si altera la calidad de vida de los afectados y su autopercepción de salud, limitando su autonomía y disminuyendo su autoestima, llegando a producir pérdidas nocturnas, depresión, aislamiento social y disfunción sexual.

La finalidad de este trabajo es proporcionar una guía básica para identificar el tipo de incontinencia urinaria y dar recomendaciones de enfermería a los pacientes que la sufren.

6 Bibliografía

1. Humberto ChiangM.Dr. Richard SusaetaC.Dr. Raul ValdevenitoS.Dr. Rodolfo RosenfeldV.Dr. Carlos FinsterbuschR.Dr. Incontinencia urinaria. Urinary incontinence. Revista Médica Clínica Las Condes. marzo de 2013;219–27.
2. National institute on aging.
3. National institute of diabetes and digestive and kidney diseases.

Capítulo 33

LA SAL COMÚN COMO TRATAMIENTO DEL GRANULOMA UMBILICAL

PAULA SUÁREZ FERNÁNDEZ

MARIA PASTOR BLANCO

ISABEL SOLÍS CIENFUEGOS

MARÍA ARANTZAZU LORENCES ALONSO

1 Introducción

El cordón umbilical es un órgano vital, es esencial en la comunicación materno-fetal. Se forma entre 13 y 38 días después de la concepción y se extiende desde su inserción en el abdomen del feto hasta el lado amniótico de la placenta. Normalmente, está compuesto por tres vasos sanguíneos: una vena y dos arterias. La primera es la encargada de proveer al feto de sangre oxigenada y nutrientes y las arterias son las encargadas de transportar las sustancias de desechos metabólicas del feto hacia la placenta. Estos vasos están recubiertos y protegidos por una sustancia gelatinosa denominada gelatina de Wharton.

La función del cordón umbilical finaliza tras el nacimiento por lo que se pinza y se corta, quedando un muñón que debe secarse y caerse.

Los granulomas umbilicales son anomalías benignas y comunes en los recién nacidos. Aparecen como resultado de la persistencia e hipertrofia del tejido de

granulación normal presente en la base del ombligo después de que el cordón umbilical se caiga. Se observa como una pequeña masa de tejido cicatrizal de color rosado y ligeramente húmeda. Se desconocen las causas exactas de su aparición (1).

Existe gran variabilidad en su tratamiento, desde la cauterización química con nitrato de plata, hasta el uso de sal común (2).

2 Objetivos

- Analizar la eficacia de la sal común como tratamiento del granuloma umbilical en recién nacidos.
- Describir los diferentes tipos de tratamiento del granuloma umbilical en el recién nacido.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos: Pubmed, Embase, Clinicalkey y diferentes páginas web de elevado prestigio científico, entre los meses de octubre y diciembre de 2021.

Para la búsqueda se utilizó una combinación con diferentes operadores booleanos de las palabras claves: granuloma umbilical, sal, cloruro de sodio, nitrato de plata y recién nacido. Se limitó la búsqueda por fecha (últimos 5 años) e idioma (inglés o español) y se excluyeron los artículos que no se correspondían con recién nacidos. Se encontraron un total de 39 artículos de los cuales 7 fueron incluidos en esta revisión.

4 Resultados

Una de las anomalías neonatales más frecuentes que afectan al ombligo es el granuloma umbilical. Existen gran variabilidad en su tratamiento. La cauterización química con nitrato de plata o sulfato de cobre es la modalidad de tratamiento más utilizada, a pesar de que existe riesgo de quemaduras o decoloración de la zona circundante. Otros tratamientos utilizados son los corticoesteroides tópicos, aunque también existe riesgo de hipopigmentación y atrofia reversible de la piel, incluso utilizados de manera inadecuada efectos sistémicos indeseados. También se utilizan toallitas de alcohol, crioterapia, electrocoagulación y dobles ligaduras.

Del mismo modo, en casos excepcionales, puede realizarse una escisión quirúrgica (2,3,4).

El uso de la sal común apenas aparece en la literatura, sin embargo, es un tratamiento sencillo, efectivo y seguro. Resuelve el problema de manera rápida y a diferencia de otros tratamientos, no se han observado recidivas, efectos secundarios o complicaciones derivadas de este (1,2,3). El tratamiento con la sal común consiste en aplicar con las manos limpias una cucharadita de sal de cocina cubriendo el granuloma. Esta se cubre con una gasa y se mantiene sobre el granuloma durante 5-30 minutos. Posteriormente, se retira la sal con una gasa limpia humedecida. Para que sea efectivo este procedimiento debe repetirse dos o tres veces al día, durante 1-3 días (3,5,6). Habitualmente al segundo día de tratamiento con la sal común se puede ver cómo el granuloma cambia de color y se reduce, no obstante, hay estudios que informan de la resolución completa del granuloma umbilical con una sola aplicación de sal bajo oclusión durante 24 horas (3). La eficacia de la sal se atribuye a su efecto desecante por la diferencia de osmolaridad, lo que provoca la contracción y necrosis del tejido de granulación húmedo (1,3).

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las intervenciones tópicas son eficaces para el tratamiento del granuloma umbilical, no obstante, no todas están exentas de riesgos para el recién nacido. El uso de la sal común para el tratamiento del granuloma umbilical es un tratamiento efectivo, logra una rápida y completa resolución, sin recidivas y sin ninguna complicación derivada de su utilización. Además, es simple y fácil de aplicar por los padres en el domicilio y de un bajo coste económico.

Existe una significativa variabilidad en los estudios realizados hasta ahora en cuanto al tiempo y duración del tratamiento por lo que se necesitan más investigación acerca de esto.

6 Bibliografía

1. Haftu H, Bitew H, Gebrekidan A, Gebrearegay H. The Outcome of Salt Treatment for Umbilical Granuloma: A Systematic Review. *Patient Prefer Adherence*. 2020;14:2085-2092.
2. Ravisha Srinivais J, Shripada R. Management of umbilical granuloma in infants: A systematic review of randomised controlled trials. *Aust J Gen Pract*.

2021;50(8):589-594.

3. Bagadia J, Jaiswal S, Bhalala KB, Poojary S. Pinch of salt: A modified technique to treat umbilical granuloma. *Pediatr Dermatol*. 2019;36(4): 561-563.
4. Lees D, Chua YW, Gill A. Seasoning your umbilical granuloma: Steroid glaze or a pinch of salt? *J Paediatr Child Health*. 2019;55(7):857-859.
5. Haftu H, Gebremichael TG, Kebedom AG. Salt Treatment for Umbilical Granuloma - An Effective, Cheap, and Available Alternative Treatment Option: Case Report. *Pediatric Health Med Ther*. 2020; 11:393-397.
6. Kakar M, Khan K, Khan Mr, Shah A. Dramatic Effect of Common Salt (Cooking/Table Salt) to Manage Umbilical Granuloma in Neonates and Infants. *Med Forum* 2019;30(9):54-56.
7. Maertí Fernández J, Castillo Quirante M. Granuloma umbilical [internet]. *Familia y Salud*; 2020 [consultado el 26 de Octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/recien-nacido/granuloma-umbilical>.

Capítulo 34

PAPEL DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA EN LA DIABETES GESTACIONAL

INÉS VEGA ABRIL

1 Introducción

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por la presencia de una hiperglucemia crónica unida a alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, de los lípidos y de las proteínas. Esta enfermedad aparece cuando el páncreas no produce insulina (hormona encargada de regular la glucemia) suficiente o cuando el organismo no utiliza la insulina que produce de manera eficaz.

La Diabetes Mellitus se puede clasificar en tipo 1: no es prevenible, requiere la administración de insulina diaria y se atribuye a población joven; en tipo 2: causada por una ineficaz utilización de la insulina por parte del organismo constituyendo el 90% de los casos de diabetes a nivel mundial; y en la Diabetes Gestacional: estado hiperglucémico postprandial, que aparece por primera vez durante la gestación, debido a una resistencia leve a la acción de la insulina. Esta resistencia materna a la insulina, se eleva debido a los efectos antagonistas de las hormonas placentarias, del cortisol y de la insulinasa. Como consecuencia, los requerimientos de insulina materna se ven elevados hasta tres veces durante la gestación.

Alrededor del 5-10% de las mujeres embarazadas desarrollan diabetes gestacional siendo sus principales factores de riesgo la edad superior a 35 años, la obesidad, el tener antecedentes familiares de diabetes, el haber padecido diabetes gestacional en embarazos previos y el haber dado a luz a recién nacidos macrosómicos. Su diagnóstico se realiza a través de un cribado prenatal, test de O'Sullivan, que se lleva a cabo en el segundo trimestre de gestación. Entre las principales complicaciones maternas que provoca se encuentran el hidramnios, los trastornos hipertensivos, la cetoacidosis, la distocia, los vómitos y las infecciones de vías urinarias. En cuanto a las principales complicaciones fetales nos encontramos la macrosomía fetal, los traumatismos obstétricos, la hipoglucemia neonatal, la hipocalcemia, policitemia e hiperbilirrubinemia neonatales; y la mayor posibilidad de que el recién nacido sea obeso en el futuro.

Todas estas desventajas perinatales pueden mejorarse con un manejo multidisciplinar adecuado, por lo tanto, es importante identificar a las mujeres afectadas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar la importancia de la dieta y la falta de conocimiento que existe sobre ella en las embarazadas diagnosticadas de diabetes gestacional.

Objetivos secundarios:

- Describir los beneficios que aporta la actividad física en el embarazo.
- Establecer el tratamiento y la actuación de enfermería en la diabetes gestacional.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se realizó a través de una búsqueda en las bases de datos Medline, Cuiden, Cinhal y en sociedades científicas utilizando como palabras clave: "diabetes mellitus", "gestational diabetes", "nursing" y "care".

La búsqueda se ha realizado entre los años 2002-2012, seleccionando las revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y meta-análisis que tuvieran que ver con la temática a estudio tanto en el idioma español como en inglés.

4 Resultados

En los últimos años la incidencia de la Diabetes Gestacional está aumentando pudiendo ser prevenida mediante una mejora de la dieta y asesoramiento dietético, lo que mejoraría el pronóstico de las mujeres con alto riesgo de padecerla.

Las mujeres que son físicamente activas durante el inicio del embarazo tienen menos probabilidades de desarrollar diabetes gestacional que las mujeres inactivas, ya que el ejercicio moderado y la actividad profesional se asocian a una reducción del riesgo de padecer diabetes gestacional. Asimismo, el asesoramiento sobre la dieta y el ejercicio físico es una medida eficaz en el control de peso de los recién nacidos.

En cuanto al ejercicio físico, las investigaciones revisadas realizan las siguientes recomendaciones:

- 30 minutos diarios de ejercicio físico.
- actividades aeróbicas.
- evitar actividades en las que se pueda recibir un traumatismo en el abdomen.
- evitar actividades que puedan provocar caídas.
- no realizar ejercicios en decúbito supino después del primer trimestre.
- conocer los signos de una hipoglucemia y llevar a cabo las medidas necesarias para evitarla a la hora de realizar ejercicio físico.

El aumento en el número de mujeres con diabetes gestacional y los potenciales riesgos asociados con posterioridad que están previstos según las investigaciones revisadas, ponen de manifiesto la necesidad de una gestión proactiva en Atención Primaria a largo plazo de la madre y del recién nacido. Resulta importante que las nuevas estrategias educativas se desarrollen incluyendo factores culturales y educativos, para de esta forma poder llegar al mayor ratio de población posible.

Sin embargo, la mitad de las mujeres con diabetes gestacional recibe una inadecuada educación para la salud después del diagnóstico de la enfermedad, lo que conlleva un aumento en las complicaciones perinatales. Debido a la dificultad que supone cambiar los estilos de vida, es importante que las intervenciones propuestas para ello puedan ser realizadas en Atención Primaria, para que las mujeres puedan acceder a ellas lo antes posible.

5 Discusión-Conclusión

Existe una necesidad real de llevar a cabo más estudios y programas que reflejen cómo podrían ser abordadas las necesidades de salud de las embarazadas con diabetes gestacional a través de cuidados de enfermería.

Se demuestra que la modificación de la dieta en mujeres con diabetes gestacional es eficaz para que exista un correcto desarrollo del embarazo y una prevención de otros trastornos.

Se evidencia los beneficios que aporta la actividad física durante el embarazo y se demuestra la necesidad de crear un programa de salud que estimule cambios en el estilo de vida de las personas, en especial, de las embarazadas con diabetes gestacional.

A pesar de que la enfermera especialista en obstetricia y ginecología, la matrona, juega un papel muy importante en la prevención de los factores relacionados con el desarrollo de la diabetes gestacional, existen importantes lagunas en el control postparto de las mujeres diagnosticadas de diabetes gestacional.

6 Bibliografía

1. Leno González, D., Leno González, J.L., Lozano Guerrero, M.J. Importancia de un diagnóstico precoz y cuidados de enfermería en diabetes gestacional. *Rev. enfermería global*. 2005; 4(2).
2. Jiménez García, V.M. Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Gestacional. *Rev Hygia de Enfermería*. 2004; XVI(57): 21-25.
3. Asemi, Z., Samimi, M., Tabassi, Z., Sabihi, S.S., Esmailzadeh, A., A randomized controlled clinical trial investigating the effect of DASH diet on insulin resistance, inflammation, and oxidative stress in gestational diabetes. *Nutrition*. 2013; 29(4): 619-624.
4. Carricajo Saseta, L. Actualización de criterios diagnósticos diabetes gestacional. *Rev Paraninfo Digital*. 2013; 19.
5. Sánchez Ojeda, M.A., Luque Vara, T., Trujillo Muñoz P. La importancia de la implicación sanitaria, familiar y personal de los pacientes con diabetes mellitus. *Rev Paraninfo Digital*. 2014; VIII(20).
6. Nagle, C., Skouteris, H., Morris, H., Nankervis, A., Rasmussen, B., Mayall, P. et al. Primary prevention of gestational diabetes for women who are overweight and obese: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 13:

65.

Capítulo 35

MUJER DE 64 AÑOS CON ANTECEDENTES DE RIESGO CARDIOVASCULAR QUE SUFRE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV)

MARIA ELENA VILLAR OLIVAR

VANESA SÁNCHEZ ESCANDON

MAGALI COLMENERO GARCIA

ANA ROSA FLOREZ SIRGO

GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO

1 Introducción

El accidente cerebrovascular o ACV consiste en una emergencia médica que detectada a tiempo puede reducir el daño cerebral y otras complicaciones. Ocurre cuando una parte del flujo sanguíneo cerebral se detiene por segundos dejando a las células carentes de oxígeno y nutrientes, lo cual puede ocasionar la muerte de las células cerebrales y generar un daño permanente e irreversible. También puede ocurrir que el vaso cerebral se rompa causando un sangrado intracerebral.

Hay dos tipos de ACV:

- Isquémico: Sucede cuando existe un coágulo sanguíneo o una placa de ateroma cerebral obstruye un vaso, dichos elementos pueden formarse dentro del vaso y obstruirlo o desplazarse provocando la misma situación.
- Hemorrágico: Sucede cuando un vaso sanguíneo se rompe y sangra dentro del cerebro. Es el tipo de ACV menos común. En cuestión de minutos las células del cerebro comienzan a morir.
- Principales factores de riesgo de ACV:
 - Sin duda el principal factor de riesgo es la presión arterial elevada.
 - Fibrilación auricular.
 - Diabetes Mellitus.
 - Antecedentes familiares de ACV.
 - Cifras elevadas de colesterol.
 - Obesidad.
 - Raza (mayor incidencia en la raza negra)
 - Edad > riesgo a partir de los 55 años.
 - Personas que consumen tabaco, alcohol, dieta rica en grasas, hábitos de vida sedentarios...

2 Objetivos

Describir el accidente cerebrovascular a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Lucía es una mujer sedentaria de 64 años con 10kg de sobrepeso, no controla las cantidades de ingesta diaria abusando además de alimentos procesados (bollería industrial).

Desde hace 3 años se le diagnosticó hipercolesterolemia, hiperuricemia y hemoglobina glicosilada en rango elevado en la analítica sanguínea, sus cifras de TA también se encontraban en ascenso con una tensión arterial diastólica de 98mmHg.

Hace unos días Lucía se encontraba merendando con sus amigas cuando de repente sintió un fuerte dolor de cabeza, cursó además acompañado de disartria, visión borrosa y pérdida de fuerza en extremidad superior derecha. Sus amigas llamaron enseguida al 112 describiendo sus síntomas y signos. Fue acercada por el equipo sanitario al hospital para realizarle un scanner y la flebotomía venosa, a los 10min. Le diagnosticaron un ACV isquémico y le facilitaron el tratamiento de fibrinólisis oportuno.

METODOLOGÍA:

- Se llevó a cabo mediante la siguiente secuencia de pasos:
 - Llamada al 112, servicios sanitarios.
 - El equipo de atención primaria de salud se traslada al lugar y activa la UVI móvil.
 - Exploración neurológica completa.
 - Flebotomía venosa.
 - Traslado al hospital
 - Administración de medicación oral e intravenosa.
 - Realización de prueba de imagen.
 - Tratamiento fibrinolítico.
 - Observación médica y enfermera.
- Tras la administración de captopril sublingual a su llegada a urgencias (fármaco antihipertensivo empleado en situaciones de presión arterial elevada de urgencia) se consigue disminuir notablemente las cifras de tensión arterial hasta lograr una presión arterial de 145/85mmHg, así mismo se llega al rango de normo-frecuencia con la administración de atenolol oral (fármaco betabloqueante).
- Se reduce el nivel de glucemia que presentaba inicialmente en la primera analítica la paciente: 420mg/dl, gracias a la administración de insulina rápida vía subcutánea en dosis única de 4 UI con la cual se consigue una glucemia de 150mg/dl.
- Gracias a que la paciente acude dentro de las primeras 6h desde el inicio de la sintomatología y además cumple criterios de edad encontrándose dentro del rango establecido para la administración del tratamiento fibrinolítico intravenoso, se le administra el fármaco Alteplasa rtPA (activador del plasminógeno tisular recombinante) con el cual se consigue reducir la pérdida de oxígeno y nutrientes intracerebral, mejorando además la clínica neurológica.
- La paciente permanecerá ingresada para continuar con evaluaciones e iniciar tratamiento anticoagulante para prevenir ACV futuros, así mismo si es preciso comenzará a tomar determinados fármacos para la prevención de los factores de riesgo que en este caso presentaba al inicio del ACV (PA elevada, glucemia elevada, frecuencia cardíaca elevada con fibrilación auricular) y que posiblemente fueran los causantes de dicha situación.
- Al alta la paciente no presenta ninguna secuela, ha iniciado el tratamiento médico prescrito, continuará con controles periódicos en el servicio de neurología y controles de cifras de tensión arterial, peso para la cual ha iniciado una dieta hipocalórica y baja en grasas, e INR en su centro de salud a consecuencia del tratamiento anticoagulante implantado tras sufrir el ACV.

4 Discusión-Conclusión

- La detección temprana del déficit neurológico por parte de sus amigas ha resultado la clave del éxito puesto que en los ACV el tiempo se traduce en n calidad de vida minimizándose así las posibles secuelas neurológicas de carácter irreversible.
- La temprana actuación del equipo de atención primaria junto con el equipo especializado hace que se consiga una estabilización hemodinámica rápida y que las secuelas de Lucía sean mínimas.
- Desde atención primaria se realiza seguimiento a Lucía intentando instaurarle hábitos de vida saludables (ejercicio físico, dieta y tratamiento oral crónico necesario).
- Debemos concienciar a la comunidad de los signos y síntomas de alerta de esta patología tan común en la actualidad.

5 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000726.htm>
2. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/stroke/symptoms-causes/syc-20350113>
3. <https://es.wikipedia.org/wiki/Hipercolesterolemia>

Capítulo 36

CUIDADOS DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA POR PARTE DEL PACIENTE DE HEMODIÁLISIS

MARIA JOSÉ BANGO SUAREZ

EDITH ÁLVAREZ GONZÁLEZ

CRISTINA TERAN GARCÍA

ALEXIA FERNÁNDEZ DÍAZ

ELENA LLERA GONZALEZ

1 Introducción

Hoy en día, una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo es la Insuficiencia Renal Crónica, enfermedad que afecta sobremanera a la calidad de vida de las personas, de ahí que resulte de vital importancia que estos pacientes extremen el autocuidado como parte de su rutina diaria y dentro de ello la protección de la fístula arteriovenosa.

Se entiende por autocuidado la práctica de actividades que realizan las personas inician y hacen por sí mismas con la finalidad de mejorar y mantener la vida y su estado de salud y bienestar. El autocuidado de la fístula arteriovenosa es importante porque el paciente se convierte en protagonista y, de este modo, sabrá afrontar cualquier complicación y convertirse en una persona activa que participará en el proceso de su enfermedad. El autocuidado durante el desarrollo y

conservación de la fístula arteriovenosa, el autocuidado intrahemodiálisis y el autocuidado posthemodiálisis permitirá la supervivencia de la fístula brindando las condiciones adecuadas para una correcta conservación de la misma y un mejor desarrollo de la hemodiálisis.

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en el autocuidado del paciente, ya que a través de la educación promueve el desarrollo de las habilidades necesarias para el autocuidado de la fístula arteriovenosa, lo cual va a permitir al paciente hacerse responsable de su autocuidado durante las horas que no reciba atención de enfermería.

2 Objetivos

- Exponer autocuidados remendados para el paciente con fístula arteriovenosa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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, además de en revistas especializadas, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para un correcto autocuidado de la fístula arteriovenosa, los pacientes deberán:

- Antes de acudir a la sesión de hemodiálisis, ducharse o asearse.
- Bañarse con precaución, es conveniente que sea rápido y que el lavado de cabeza se realice por separado.
- Mantener el brazo de la fístula limpio. Lavarlo con agua y jabón y mantener las uñas limpias y cortas.
- Evitar golpes y rozaduras en el brazo de la fístula, ya que puede llevar a que la fístula deje de funcionar o a que sangre.
- Evitar llevar joyas, relojes o ropas que aprieten el brazo con el fin de evitar la compresión externa de la extremidad de la fístula, ya que puede impedir que la sangre circule con normalidad y provocar que se pare la fístula (trombosis).
- No cargar objetos pesados con el brazo.

- No permitir la toma de tensión arterial, ni la extracción de sangre o administración de medicación en el brazo de la fístula.
- Evitar dormir sobre el brazo de la fístula.
- Comprobar diariamente el funcionamiento del thrill.
- Quitarse los apósitos en el domicilio al día siguiente de la diálisis de manera cuidadosa, despegándolos despacio para evitar arrancar la costra que se forma y lavarse el brazo.
- Mantener la piel bien hidratada.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura, como saunas...
- Tener cuidado de no golpear ni cortar su acceso.
- Utilizar su acceso solamente para la diálisis.
- En algunas ocasiones, que la fístula no se desarrolla lo suficiente, realizar ejercicios apretando una pelota de goma dura para favorecer su desarrollo.
- En caso de hinchazón, enrojecimiento, calor en la zona de punción, dolor brusco o intenso en la zona de la fístula, comunicarse con el servicio de hemodiálisis.
- En caso de sangrado en el lugar de punción, comprimir con los dedos; si persistiese, acudir a su centro de hemodiálisis.

5 Discusión-Conclusión

La función del personal de enfermería resulta de importancia clave para la educación de los pacientes que hacen uso del servicio de hemodiálisis. Esta función pedagógica permitirá enseñarles la importancia del autocuidado, así como disponer de los conocimientos necesarios para poder resolver cualquier potencial problema de salud que pudiera surgir.

El nivel de conocimientos que el paciente tenga con respecto a los cuidados de la fístula arteriovenosa en situaciones concretas permitirá una mayor duración y funcionamiento de la misma, puesto que la diálisis se ha convertido en parte de su vida y este a su vez tiene que formar parte activa de ella.

6 Bibliografía

1. Cuidados del acceso vascular para hemodiálisis, Revista RECIAMUC, Editorial Saberes del Conocimiento, pág. 325-332.
2. zonahospitalaria.com. Cuidados de la fístula arteriovenosa, Nefrología, ZHn33, ene-feb 2012, Navarra.

3. Autocuidado en pacientes con fístula arteriovenosa en un centro médico privado, Lima-Perú, Enero 2017.
4. www.elsevier.es.
5. www.revistaseden.org.
6. www.nefrologiaaldia.org.

Capítulo 37

MANEJO DEL PACIENTE POLIMEDICADO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

NOELIA VILLADANGOS RODRÍGUEZ

1 Introducción

Es considerado como polimedicado al enfermo que consume más de cinco medicamentos al día durante más de seis meses, pudiendo tratarse de fármacos prescritos por el facultativo, complementos nutricionales, productos de herbolario o automedicación.

Actualmente, el aumento de la esperanza de vida y la llevada a cabo de más intervenciones preventivas, son factores que influyen en que cada vez más pacientes utilicen varios fármacos para tratar problemas de salud.

La población anciana es la considerada como la mayor consumidora de fármacos y en ella la polimedicación es especialmente frecuente.

La polimedicación puede determinarse por diferentes factores:

- Factores físicos: edad avanzada, sexo femenino, problemas cognitivos, limitaciones funcionales y perceptivas, consumo de antidepresivos o tener tres o más enfermedades crónicas.
- Factores psicológicos: síntomas depresivos y de ansiedad, pobre autopercepción de la salud y adaptación deficiente a la enfermedad.
- Factores sociales: mala situación económica, bajo nivel educativo, situación de dependencia.

- Factores propios del sistema sanitario: ingresos hospitalarios o institucionalización recientes, consultas con varios especialistas, ser atendido por diferentes facultativos y recibir diversas prescripciones.

La polimedicación se puede asociar a la prescripción y al uso de fármacos inadecuados, por lo que supone un mayor riesgo tanto de errores en la dosificación, de baja adherencia terapéutica o incumplimiento del tratamiento, así como de reacciones adversas medicamentosas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir cuáles son las principales consecuencias de la polimedicación en los pacientes ancianos.

Objetivos secundarios:

- Determinar las reacciones adversas que puede generar la polimedicación.
- Conocer las principales estrategias en el manejo de los pacientes polimedicados desde las consultas de Atención Primaria.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con la finalidad de conocer el manejo del paciente polimedicado en Atención Primaria en la base de datos PubMed.

Se han utilizado las siguientes palabras clave: polimedicación, adverse effects, older adults, primary care, nursing.

4 Resultados

PRINCIPALES CONSECUENCIAS DE LA POLIMEDICACIÓN:

Entre las consecuencias más destacables de la polimedicación encontramos las siguientes:

- Efectos intermedios: falta de adherencia, efectos adversos, interacciones, duplicidades y otros errores relacionados con la medicación.
- Efectos clínicos: caídas y fracturas, deterioro funcional, peor calidad de vida y aumento de la morbi-mortalidad.

- Consecuencias económicas: aumento del gasto farmacéutico, mayor riesgo de hospitalización y estancias prolongadas, reingresos y aumento de la mortalidad hospitalaria.

FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

Considerada por la OMS como un tema de Salud Pública prioritario. La adherencia terapéutica se define como “El grado de conciencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o de los cambios que debe hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden. Una adecuada adherencia tendrá un impacto en salud mayor que la mayoría de los avances terapéuticos.

La adherencia se ve influenciada por diversos factores: la complejidad del régimen terapéutico la influencia que puedan tener los fármacos en la propia calidad de vida del paciente, los conocimientos, las creencias y las actitudes del paciente, factores sociodemográficos, o la depresión.

REACCIONES ADVERSAS A LA MEDICACIÓN (RAM):

La OMS define una RAM como “Cualquier reacción nociva no intencionada que aparece a dosis normalmente usadas en el ser humano para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas”.

La propia polimedicación constituirá una nueva enfermedad, puesto que la combinación de fármacos aumenta el riesgo de provocar efectos tóxicos importantes. Entre un 5 y un 17% de los ingresos hospitalarios en ancianos son causa de problemas que se relacionan con la toma de medicación. Además existen amplios estudios poblacionales que demuestran que un 0,7% de las reacciones adversas a medicamentos son mortales, un 8,9% son potencialmente mortales, un 28,3% son graves y un 62% son significativas.

PRESCRIPCIÓN INADECUADA:

Un uso de los medicamentos de manera racional implica que los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, con unas dosis que puedan satisfacer sus necesidades, durante el periodo de tiempo más apropiado y que suponga el coste más bajo tanto para el paciente como para la comunidad.

Riesgos asociados a la prescripción inadecuada:

- Problemas relacionados con los medicamentos: situaciones que causan o que pueden causar un resultado negativo de la medicación, y que pueden estar o no relacionadas con la prescripción.
- Resultados negativos asociados a la medicación: cambios no deseados en la salud del paciente y que se atribuyen al uso, o falta de uso de los medicamentos.

CUIDADO DEL PACIENTE POLIMEDICADO:

Las personas que se encargan de los cuidados, bien los propios profesionales o bien los familiares del paciente, constituirán una figura crucial en la adherencia al tratamiento y en la prevención de reacciones adversas al realizar un seguimiento del tratamiento. En la consulta de enfermería se evalúa el cumplimiento del régimen terapéutico así como un régimen alimentario adecuado y unos hábitos de vida saludables.

El personal de enfermería es el encargado de valorar y de intervenir en los casos en que el paciente presente un patrón de regulación e integración en su vida diaria de un régimen terapéutico inadecuado. La enfermera debe de establecer estrategias de promoción de la salud, y un manejo efectivo del régimen terapéutico.

En caso de pacientes con una baja adherencia terapéutica se encuentran las siguientes estrategias de mejora:

- Integrar intervenciones en la práctica clínica.
- Actuar tanto sobre el paciente no adherente como sobre el adherente para poder prevenir el incumplimiento.
- Realizar intervenciones individualizadas.
- Hacer al paciente partícipe de las decisiones que influyen en su salud e incluir la entrevista motivacional para mejorar la adherencia.
- No culpabilizar al paciente.
- Fortalecer la relación profesional-paciente.
- Implicarse con el cuidador en el caso de pacientes con dependencia.

En cuanto al mantenimiento de una adecuada prescripción terapéutica encontramos las propuestas siguientes:

- Revisar el tratamiento tanto a la hora de la prescripción como durante el seguimiento del paciente.
- Establecer una formación continuada respecto a este tema de todos los profesionales sanitarios.
- Utilizar bases de datos que estén integradas en la prescripción electrónica.

Por último, respecto a las reacciones adversas a medicamentos encontramos las siguientes acciones correctoras:

- Evaluación de la gravedad del daño y de la necesidad de un tratamiento urgente.
- Averiguar la etiología de la RAM.
- En caso de que la RAM haya sido originada al mal cumplimiento de las instrucciones, reforzar el consejo.
- Suspender la medicación si es posible y establecer alternativas.
- Evitar controlar la RAM añadiendo otro fármaco.

- Administrar un antídoto siempre que sea posible.

5 Discusión-Conclusión

La polimedicación es un factor de riesgo de problemas como una menor adherencia terapéutica y una mayor incidencia de efectos adversos a fármacos.

La enfermera de Atención Primaria tiene un papel fundamental a la hora de abordar al paciente polimedicado al encontrarse en continuo contacto con él. Debe trabajar en los puntos clave para mejorar el cumplimiento terapéutico y evitar RAM. La Educación para la Salud es una estrategia muy importante a la hora de abordar este tipo de pacientes, y que puede aplicarse en cada visita a la consulta.

Trabajar conjuntamente con el médico también es primordial para poder controlar al paciente polimedicado y conseguir un buen control farmacológico que evite tanto problemas de salud como el derroche de los recursos sanitarios.

6 Bibliografía

1. Muñoz Martín, R., Corcobado Márquez, M., Gómez-Calcerrada Jiménez, RM., Reconocimiento de la medicación y cumplimiento terapéutico en pacientes usuarios de medicamentos genéricos. Rev ROL Enferm.
2. García Loma, A., Análisis farmacológico relacionado con ancianos polimedicados institucionalizados. Metas Enferm.
3. Bimbela Serrano MT., Adán Begué C., Bimbela Serrano F., Bernués Vázquez L. Cuidados del tratamiento farmacológico de pacientes domiciliarios crónico-dependientes polimedicados en una consulta de enfermería de Atención Primaria. Rev Paraninfo Digital.
4. Gavilán Moral E., Villafaina Barroso A. Guía clínica de polimedicación y medicación inadecuada. Fisterra.
5. Diz-Lais Martínez F., Fernández Álvarez O., Pérez Vázquez C. La atención al paciente crónico y pluripatológico. Galicia Clin. 2012; 73 (1): 37-41.
6. Flores Dorado M., Baena Parejo I., Jiménez Martín J., Faus Dáder M.J., Revisión de la medicación de pacientes polimedicados en Atención Primaria. Aten Primaria.
7. Hurtado Hoyos L. La atención enfermera al paciente polimedicado en Atención Primaria. [Trabajo Fin de Grado]. Palencia: Escuela de Enfermería de Palencia "Dr. Dacio Crespo. Universidad de Valladolid.

Capítulo 38

LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES DESDE EL PAPEL DE LA ENFERMERA

LETICIA GARCIA PEREZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina en 2006 el concepto de sexualidad como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales”.

El concepto de salud sexual ha sufrido cambios a lo largo de los años, fue declarado por la OMS en 1972 como “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de las personas (seres sexuados) de manera que contribuya a enriquecer y mejorar la personalidad, comunicación y el amor”. En 2002 se redefine el concepto de salud sexual como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad”.

Los conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva son imprescindibles para una educación sexual segura. Según la Organización de las Naciones Unidas para

la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) “La educación sexual se define como el aprendizaje sobre sexualidad y las relaciones adaptado a cada edad y cultura, que proporciona una información adecuada, científica, realista y sin prejuicios. La educación sexual facilita la oportunidad de explorar los valores propios y las actitudes para tomar las decisiones personales, hablar y conseguir las destrezas que reduzcan los riesgos sobre distintos aspectos de la sexualidad”. Esta es importante porque proporciona una mejora de la sexualidad a lo largo del ciclo vital pero es de especial consideración en ciertas etapas como son la infancia y la adolescencia.

La orientación del presente trabajo se basa en el estudio de la educación sexual en los adolescentes. Según la OMS, la adolescencia es la etapa de crecimiento comprendida entre los 10 y los 19 años y constituye una de las fases de transición más importantes de la vida caracterizada por una variedad de cambios biológicos, psicológicos y sociales los cuales pueden variar de unas culturas a otras y también pueden depender del entorno socioeconómico. Existen riesgos en los que la influencia social puede ser un papel clave. Conforme la última estadística elaborada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el año 2017 la tasa de abortos a nivel nacional fue del 10,51% mientras que en el Principado de Asturias fue del 12,73%. Respecto años anteriores existe un mínimo incremento del número de abortos en nuestra comunidad autónoma.

Todos los niños, niñas y jóvenes tienen derecho a una educación sexual acorde a su edad. La declaración de derechos de la World Association for Sexual Health (WAS) y la Convención de Derechos de las Naciones Unidas (CDN) considera y expone que la salud sexual y la educación sexual deben ser unos derechos humanos incluidos en todas las sociedades. La educación sexual comienza con el nacimiento y se prolonga durante toda la vida.

En España la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo nombra en su preámbulo que: la educación afectivo-sexual y reproductiva correcta, la aproximación de la planificación de la reproducción, la integración de los últimos anticonceptivos y los programas de salud sexual y reproductiva son la manera más eficaz de evitar infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no deseados (END) y abortos. Desde el ámbito sanitario “los servicios públicos de salud garantizarán la calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico disponible” y también

“el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación”. Por otro lado a nivel educativo: “contemplará la formación en salud sexual y reproductiva, como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores”.

La atención primaria (AP) es el nivel inicial de atención en el cual se realizan actividades de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención sanitaria entre otras. La cartera de servicios del sistema nacional de salud español, incluye en los servicios de atención a la adolescencia el fomento de conductas saludables en relación con la sexualidad. El papel de la enfermera de AP se debería centrar en fomentar la educación sexual con un enfoque positivo manteniendo los estilos de vida saludables. Es importante destacar que los adolescentes son un grupo donde las intervenciones comunitarias son fundamentales debido a sus peculiares características como por ejemplo la vulnerabilidad.

A nivel nacional existen distintos programas de sexualidad. En las comunidades autónomas españolas se desarrollan programas donde se llevan a cabo distintas acciones. Muchas de ellas se basan en la prevención de las ITS como por ejemplo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH,) y los END. Concretamente en el Principado de Asturias, desde el año 2008 la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios oferta un programa de Educación Sexual denominado “Ni ogros ni princesas” dirigido a alumnos que cursan la Educación Secundaria Obligatoria(ESO).

Por lo tanto, es necesario conocer cómo influye el papel de la enfermera en las intervenciones de educación sexual llevadas a cabo con los adolescentes, ya que un pilar fundamental de la enfermería es la educación y promoción de la salud en la sociedad.

2 Objetivos

- Describir el papel de la enfermera de Atención Primaria en la educación sexual de los adolescentes.
- Describir las intervenciones de enfermería en la educación sexual de los adolescentes.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se realizó una primera búsqueda libre en Google Académico sobre la educación sexual en los adolescentes en relación con las competencias de las enfermeras utilizando el lenguaje libre: educación sexual en los adolescentes, educación sexual y enfermería.

A continuación durante los meses de diciembre de 2018 y los meses de enero y febrero de 2019 se llevó a cabo una revisión narrativa mediante una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos de ciencias de la salud (PubMed, CUIDEN, Scielo, WoS, LILACS, CINAHL, Biblioteca Cochrane, IBECs), revistas científicas especializadas en este campo (revista paraninfo digital, metas de enfermería, evidencias de pediatría, anales de pediatría y revista pediatría atención primaria), el repositorio de literatura científica (Dialnet), páginas web de interés (Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España etc.) y guías de salud.

4 Resultados

Los niños y adolescentes están expuestos a distintos tipos de educación sexual. En las primeras etapas de su vida, la educación sexual que se imparte es la de tipo informal, la cual es llevada a cabo por los padres y las madres. A medida que se produce la escolarización entra en juego la educación sexual formal impartida por los profesores y los distintos profesionales relacionados con la educación sexual. Los jóvenes necesitan tanto una educación formal como informal y ambas deben complementarse. Los profesionales tienen un papel muy importante y son indispensables en el nivel de adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes.

Por tanto, la educación sexual va a estar presente en la familia, la escuela, los institutos y las instituciones sanitarias; las enfermeras como promotoras de la salud pueden trabajar en la educación sexual de los adolescentes en todos estos ámbitos.

Hay estudios que dicen que la influencia de los padres a nivel de la conducta sexual ayuda a orientar y a conseguir una apropiada personalidad. Pero por otro lado los padres que abordan de manera inadecuada y precoz la sexualidad generan un comportamiento perjudicial en sus hijos al igual que aquellos que evitan el tema completamente.

Luces Lago et al concluyen que la falta de la información de la sexualidad desde la familia hace que los adolescentes busquen otras fuentes de información y soliciten discursos sobre educación sexual a las enfermeras.

Las enfermeras deben asesorar a los padres en las revisiones programadas antes de que los jóvenes inicien su vida sexual. Para ello se debe fomentar la comunicación y el asesoramiento preventivo sobre salud sexual entre los padres y los hijos. Asimismo es importante que las acciones educativas se lleven a cabo lo antes posible y de manera continuada, ya sea en escuelas, familias y centros de salud.

Las intervenciones de enfermería en educación sexual con los adolescentes se pueden llevar a cabo a nivel individual en la consulta de AP o a nivel grupal en los institutos u otros recursos comunitarios.

Las enfermeras deben iniciar las conversaciones sobre salud sexual y reproductiva en cada encuentro. Estas están preparadas para aliviar la vergüenza de los adolescentes y facilitar la comunicación, porque con bastante frecuencia los adolescentes están demasiado avergonzados para iniciar las conversaciones sobre sexualidad. Muchas instituciones que tienen relación con la infancia y la adolescencia pueden desarrollar la educación sexual por lo que la escuela no es el único recurso importante.

La relación de las enfermeras con los jóvenes es muy importante ya que a través de las actividades de educación en salud ayudan a la hora de tomar decisiones y mantener conductas seguras. Con los talleres educativos se llevan a cabo estrategias que permiten apoyar una conducta sexual segura en los adolescentes, ayudándolos a gozar de una sexualidad saludable.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera de AP juega un papel esencial en la educación sexual de los adolescentes porque son las referentes en la educación y promoción de la salud desde el nacimiento.

Las enfermeras deben fomentar la educación sexual a las revisiones programadas desde la infancia y aprovechar todos los encuentros como posibilidad de ejercer la misma.

Las intervenciones de enfermería para mejorar la educación sexual de los adoles-

centes deberían tener en cuenta las necesidades de los mismos.

Enfermería y educación deberían trabajar en conjunto para conseguir una mejora de los resultados en relación a la educación sexual.

Los programas de educación sexual deben llegar a todos los adolescentes y no solo a un porcentaje de los jóvenes.

6 Bibliografía

1. Martín Rol JD, Arrebola Galeote M, Castro Aparicio CJ. Papel de la enfermera. Apoyo educativo en el ámbito escolar. Parainfo Digit [Internet]. 2016;25. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/062.php>
2. De la Peña Sosa Barba G, Rodríguez López V, Castro Guerrero C. La educación sexual adolescente a prueba. Resultado de estudio de investigación. Parainfo Digit [Internet]. 2014;20:1–12. Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/para/n20/pdf/03>
3. Jiménez Candel MI, Mansilla Collado J, Aranda García E, Muñoz Jaramillo P. Sexualidad saludable en nuestros jóvenes. Un programa de intervención escolar. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:e33-e37.

Capítulo 39

ESTUDIO E INVESTIGACIÓN POR ENFERMERÍA DE LA ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE

BLANCA PINTO LAGO

CARLOS ARRIAGA CARDIEL

DEBORAH CASTAÑO DAVIS

LUIS TELLO CORROCHANO

ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La encefalopatía de Wernicke, Síndrome de Wernicke-Korsakoff, se verá cursada con pérdida en cuanto a equilibrio, somnolencia, tendencia a tambalearse, además de confusión y problemas de los ojos, en el movimiento.

El síndrome de Korsakoff causa una pérdida en la memoria importante en sus comienzos para los sucesos recientes. Cosa que no pasará con, la memoria de los recuerdos más remotos parece ser a la que menos afectada. Por lo tanto, es posible conversar de forma coherente, además, de interaccionar socialmente, incluso, aun cuando no se pueda acordar de nada de lo que ocurrió en los años, meses, días o incluso minutos. Las personas afectadas por este síndrome tienen tendencia a la confabulación e inventarse cosas, es decir que confabulan, antes que hacer ver

y esconden el hecho de que, no consiguen recordar. Debido a que no son capaces de recordar cosas que realizaron hace poco, es posible que, por poner un ejemplo, nunca se cansen de leer un libro favorito una y otra vez repetidamente.

Entre las múltiples y variadas alteraciones neurológicas que presentan los alcohólicos crónicos, el síndrome de Wernicke-Korsakoff (WKS) es uno de los mejor estudiados y conocidos. Se trata de un cuadro neurológico que se origina por un déficit de tiamina, este se presenta con bastante frecuencia en los pacientes alcohólicos crónicos, aunque puede ser el acompañante de otras alteraciones y presentarse en pacientes no alcohólicos. Se estima que constituye el 4 % de todas las manifestaciones químicas relacionadas con el alcohol.

En cuanto al concepto, lo podemos definir como un desorden neurológico. La encefalopatía de Wernicke y la psicosis de Korsakoff son las fases aguda y crónica, respectivamente, de la misma enfermedad. Debido a la naturaleza de esta enfermedad, se considera prevenible y con tratamiento en su fase temprana.

2 Objetivos

Analizar los principales trastornos neurológicos que presentan los alcohólicos crónicos, siendo el síndrome de Wernicke-Korsakoff (WKS) uno de los más conocidos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una búsqueda de artículos científicos en las principales bases de datos como Scielo y Pubmed relacionados con el síndrome de Wernicke-Korsakoff. También se ha consultado esquemas informativos y guías de práctica clínica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

4 Resultados

El síndrome de Wernicke-Korsakoff en lo referente a su casuística, se debe en su mayor parte al déficit de la vitamina B1 lo cual va a conllevar y provocar:

Alcoholismo crónico.

Ayuno prolongado.

Vómito persistente.

Hiperémesis gravídica.

Cáncer gástrico.

Gastritis.

Obstrucción intestinal.

Intoxicación por digital.

Enfermedades sistémicas:

- Cáncer.
- Insuficiencia hepática.
- Tuberculosis diseminada.
- Uremia.
- Tirotoxicosis.

Yatrogenia:

- Nutrición parenteral prolongada.
- Hemodiálisis crónica.
- Déficit congénito de la enzima piruvato deshidrogenasa.

PATOGENIA:

La tiamina es un cofactor de enzimas como la transcetolasa, alfa cetoglutarato-deshidrogenasa y piruvato-deshidrogenasa, constituyentes del conocido ciclo de Krebs. También participa muy activamente en los procesos de conducción axonal y de transmisión sináptica. La deficiencia de tiamina causa una disminución difusa de la utilización cerebral de la glucosa con subsiguiente lesión mitocondrial. Se acumula glutamato debido a la alteración de la actividad de la alfa cetoglutarato-deshidrogenasa esto, en conjunción con el déficit de energía, puede ocasionar lesión celular excitotóxica. La bajada en la actividad de la enzima piruvato-deshidrogenasa, sugiere un cambio del metabolismo aerobio de la glucosa por el anaerobio, de forma similar a lo que ocurre en los casos de lesiones cerebrales isquémicas o hipóxicas. El predominio del metabolismo anaerobio conlleva un aumento de los niveles de lactato que produce daño tisular. La observación de casos de defectos congénitos de esta enzima permite postular la existencia de una vulnerabilidad genética que predispone a la aparición de este cuadro clínico en determinados individuos. La inexistencia de tiamina se convierte en un suministro inadecuado de energía al cerebro, particularmente al hipotálamo (el cual regula la temperatura corporal el crecimiento y el apetito, además este, tiene un papel en la respuesta emocional).

También controlará el metabolismo, las hormonas y a los cuerpos mamilares donde los caminos neuronales conectan varias partes del cerebro implicadas en las funciones de la memoria.

ANATOMÍA PATOLÓGICA:

Las zonas afectadas con mayor frecuencia son:

- La región paraventricular del tálamo e hipotálamo.
- Los cuerpos mamilares.
- Las áreas periacueductales del tronco cerebral.
- Suelo del IV ventrículo.
- Vermis cerebeloso.

La evidencia de microhemorragias que en un principio se consideró un hallazgo específico, solo se encuentra en un pequeño porcentaje de casos agudos. Aparece una atrofia de los cuerpos mamilares en la mayoría de los casos ya cronificados. Con demasiada reincidencia existe proliferación endotelial, áreas de desmielinización y proliferación de la glía y en los casos más graves necrosis celular. El defecto amnésico está asociado con las lesiones de los núcleos dorsomediales del tálamo.

El carácter específico de estas alteraciones anatomopatológicas ha permitido el diagnóstico postmortem de numerosos casos subclínicos, por lo que se ha sugerido una alta incidencia de esta entidad entre los alcohólicos crónicos.

Estas alteraciones anatomopatológicas pueden detectarse mediante una resonancia magnética

CLÍNICA:

Encefalopatía de Wernicke.

Alteración del nivel de conciencia

El 15% sufren además un cuadro de delirium tremens con agitación, temblor y alucinaciones.

El 85% presentan estado confusional global con obnubilación, somnolencia, desorientados, desubicados en el tiempo y en el espacio pudiendo entrar en un estado de estupor y coma pudiendo derivar en la muerte.

Alteraciones oculares:

- Nistagmo.
- Paresia.
- Parálisis de rectos laterales.
- Reacción pupilar anormal.
- Visión borrosa.
- Hemorragias retinianas.

Ataxia e inestabilidad en bipedestación.

A consecuencia de una combinación de las lesiones cerebelosas, vestibulares y la neuropatía periférica que con frecuencia sufren estos enfermos.

- Psicosis de Korsakoff (psicosis amnésica o confabulatoria).

Amnesia de evocación, anterógrada y amnesia de fijación.

Este déficit en cuanto a memoria les impide el aprendizaje de nuevas situaciones por lo que son incapaces de hacer y desarrollar o realizar una vida social normal. Aparece tabulación como mecanismo compensatorio.

Son incapaces de recordar de modo adecuado todos los sucesos y suelen rellenar las lagunas con otros hechos inventados.

Aunque se considera un elemento teórico no muy aplicable dado a su baja sensibilidad en el diagnóstico de la encefalopatía de Wernicke (solo del 25 %), se conoce como la tríada clínica para el diagnóstico de la encefalopatía de Wernicke a la oftalmoplejía, inestabilidad para la marcha (ataxia) y alteración de la consciencia. Por este motivo, Caine elaboró nuevos criterios para mejorar el diagnóstico, los cuales están incluidos dentro de los criterios diagnósticos recomendados para identificar la encefalopatía de Wernicke siendo diagnóstico cuando dos de cuatro son positivos.

- Criterios de Caine para el diagnóstico de la encefalopatía de Wernicke: dieta deficitaria; anormalidades oculares; disfunción cerebelosa; alteración del estado mental o leves trastornos de la memoria.

Debido a la ausencia de una prueba específica de aplicación rutinariamente, las siguientes pruebas se demostraron que son de gran utilidad para llegar a la conclusión de un diagnóstico de síndrome de WERNICKE-KORSAKOFF, como lo son la determinación de niveles de tiamina en sangre y/o de la actividad de la transcetolasa eritrocitaria, una enzima dependiente de la tiamina. Los pacientes con encefalopatía de Wernicke presentan valores muy bajos de actividad de esta enzima, que se normalizan tras el tratamiento con tiamina.

Tomografía computarizada (TC) puede mostrar lesiones hipodensas en el diencéfalo de estos pacientes.

Resonancia magnética (RM) ha mostrado mayor sensibilidad al detectar la atrofia de los cuerpos mamilares propia de los alcohólicos con encefalopatía de Wernicke.

5 Discusión-Conclusión

Es importante una buena formación por parte del profesional para poder identificar, diagnosticar y tratar esta patología. Con un diagnóstico de esta patología ya instaurado, se puede establecer el mejor tratamiento que se ajuste a las necesidades del paciente para mejorar todo lo posible el estado del paciente.

6 Bibliografía

1. P. FARRERAS VALENTI Y C. ROCMAN: Manual de Medicina Interna 18ª edición Editorial: Mosby-Doyma Libros de 2016: 1530-1531.
2. HARRISON: Principios de Medicina Interna 19ª edición Editorial McGraw-Hill. Interamericana de 2016: 2796-2797.
3. CURSO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ASTURIAS: Curso Intensivo de Atención Primaria Andalucía 1999/2001.
4. PROTOCOLOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÁS FRECUENTES
5. EN EL ADULTO. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (SAS). CECIL. Tratado de Medicina Interna 24ª edición. 2015: 2367-2368.
6. OSLIN, D. ET AL. Alcohol related dementia: Proposed clinical criteria. International Journal of Geriatric Psychiatry, 1998; 13: 203-213.
7. MARUMATSU, T. ET AL. Apolipoprotein E ε4 allele distribution in Wernicke Korsakoff syndrome with or without global deficits. Journal of Neural Transmission. 1997; 104: 913-920.
8. WELCH L. W. ET AL. Fine motor speed deficits in alcoholics Korsakoff's syndrome. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1997; 21(1): 134-139.
9. ZUBARAN, C FERNANDES J. G. & RODNIGHT, R. Wernicke Korsakoff syndrome. Post-Graduate Medical Journal, 1997; 73 (885): 27-31.
10. NOVIT-MORENO, A. D. How Your Brain Works. Ziff-Davis Press: Emerivville, C. A. 1995.
11. LORENZO P. LADERO J.M. LEZA J.C. LIZASOAIN J. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. 3ª ed. Editorial médica Panamericana S.A. Madrid 2009. Sociedad Española de Toxicomanías. Manual SET Alcoholismo. Editorial Médica Panamericana S.A. Madrid 2003.
12. <https://www.msmanuals.com>

Capítulo 40

CONOCIMIENTOS Y DIAGNÓSTICO POR ENFERMERÍA DEL DOLOR ABDOMINAL

DEBORAH CASTAÑO DAVIS

BLANCA PINTO LAGO

CARLOS ARRIAGA CARDIEL

LUIS TELLO CORROCHANO

ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Es un síntoma demasiado frecuente que puede aparecer en la mayoría de los procesos intraabdominales, pero también puede ser una manifestación de cuadros localizados fuera de la cavidad abdominal. Ante un dolor abdominal hay que valorar sus características (localización, irradiación, intensidad, ritmo, modo de aliviarse y situaciones que lo empeoran) así como estar, muy pendientes de lo que nos refiera el enfermo.

El dolor abdominal puede ser de tres tipos:

- Dolor visceral: Es un dolor sordo, de inicio gradual, intensidad creciente (dolor protopático) y localización vaga en la línea media (epigastrio, periumbilical e hipogastrio). Está relacionado con la distensión o contracción violenta de la

musculatura de una víscera hueca. El dolor es de tipo cólico cuando se trata de vísceras huecas, en este caso puede estar acompañado de síntomas vegetativos (hipotensión, sudoración), son ejemplos de este tipo de dolor los producidos por isquemia intestinal, íleo obstructivo, cólico biliar, etc.

- Dolor parietal o somático: Es un dolor agudo, latente y bien localizado. Que empeora con los movimientos y el incremento de la presión intraabdominal, y está acompañado por rigidez o contractura muscular. Se inicia en el peritoneo parietal o en estructuras de la pared abdominal. Son ejemplo: Apendicitis aguda, hematoma del recto anterior del abdomen, peritonitis, etc.
- Dolor referido o extra abdominal: Es un dolor de características similares al somático, pero localizado a cierta distancia del origen del dolor. Se explica porque el estímulo originado en una zona del peritoneo parietal se transmite compar-tiendo vía medular con otras fibras nerviosas, pudiendo referirse el dolor al der-matoma correspondiente.

2 Objetivos

Describir en referencia a los dolores en el abdomen, cuál será la conducta de diagnóstico a seguir para establecer un diagnóstico, la anamnesis, características del dolor, síntomas acompañantes, exploración física, exploración abdominal, tacto rectal, además veremos determinadas exploraciones complementarias, que se podrían realizar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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, Google, páginas de psicología, psicopedia.org, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los estímulos formadores y creadores del dolor pueden ser:

- mecánicos (tracción, distensión de la musculatura lisa de las vísceras, peritoneo parietal, y plexos nerviosos).

- químicos (sustancias activas derivadas de procesos inflamatorios).
- isquémicos (a través de metabolitos tisulares).

Vamos a incidir hoy en el dolor abdominal agudo, de reciente instauración que plantea la posibilidad de un abdomen agudo quirúrgico, que requiere un diagnóstico inmediato y un tratamiento médico o quirúrgico urgente. Su etiología es múltiple, y suele asentar en cualquiera de los órganos y tejidos abdominales. Para la valoración de este será, necesario la creación de una correcta historia clínica y una exploración física meticulosa.

Entre los procesos que pueden originar dolor en el hemiabdomen superior, los más frecuentes son la enfermedad ulcerosa complicada o no con una perforación; litiasis biliar y pancreatitis aguda; obstrucciones abdominales altas; la cardiopatía isquémica. Se puede manifestar como un dolor abdominal, la pleuritis o neumonía (por ello en todo enfermo con dolor súbito en epigastrio se debe realizar un EKG, radiografía de tórax y una auscultación cardiopulmonar). Isquemia intestinal (en personas de edad avanzada con antecedentes de cardiopatía), aneurisma disecante de aorta. En los dolores en hipocondrio derecho, el origen más común es la existencia de patología biliar. En los dolores de hemiabdomen inferior hay que realizar los de origen ginecológico (rotura folicular, quiste de ovario, anexitis, embarazo ectópico) y urológicos (litiasis, infecciones). En la zona de la fosa iliaca derecha (apendicitis, adenitis mesentérica o ileítis regional) y en fosa iliaca izquierda o hipogastrio, son muy comunes las diverticulitis, colitis isquémica o neoplasias. Además, existen algunas enfermedades de origen sistémico o extra abdominal que pueden producir dolor abdominal: enfermedades óseas (hernia discal, espondilosis, enfermedad de Pott); neurológicas (meningoencefalitis, tabes, forma abdominal de migraña); endocrino-metabólicas (uremia, cetoacidosis diabética, hiperlipemias, porfiria, hemocromatosis).

Conducta diagnóstica.

Anamnesis.

- Debemos tener en consideración la edad, el sexo (recoger la historia menstrual), antecedentes profesionales (hábitos tóxicos, antecedentes de las intervenciones quirúrgicas, úlcera gastroduodenal, litiasis, cardiopatía isquémica, neoplasias), y antecedentes familiares (porfirias, neoplasias, intoxicación alimentaria).
-
- Características del dolor: modo de comienzo (agudo en pancreatitis aguda o rotura de embarazo ectópico), durabilidad (en el dolor abdominal quirúrgico debe existir correlación entre la evolución prolongada y la existencia de datos analíticos y exploratorios significativos), intensidad (el más intenso es el producido por

irritación del peritoneo parietal como la perforación de una víscera hueca); la isquemia intestinal comenzará con un dolor ligero y mal localizado. Irradiación (hacia el hombro en la úlcera perforada, en la escápula en la litiasis, en cinturón en la pancreatitis, hacia región inguinal y genitales en el cólico nefrítico).

Factores que se agravan o alivian el dolor: el movimiento, tos y la respiración profunda empeoran el dolor peritonítico, los antiácidos mejoran el dolor de la úlcera, la emisión de gas y heces mejoran los trastornos del colon, el dolor de la pancreatitis se alivia al inclinarse hacia delante y se agrava con el decúbito supino.

-
- Síntomas acompañantes: Anorexia (en apendicitis), vómitos que suelen ser posteriores al dolor en la apendicitis y son consecuencia de una irritación peritoneal o de obstrucción intestinal; vómitos de retención en la estenosis pilórica y en la obstrucción intestinal hay una progresión de vómitos alimenticios a biliares y de estos a fecaloideos; deposiciones (en la obstrucción intestinal hay ausencia de emisión de gases y de heces, mientras que en la gastroenteritis aguda se presenta diarrea), hábito intestinal, rectorragia (infarto o isquemia intestinal, o bien neoplasia complicada o megacolon tóxico).

CAUSAS DE ABDOMEN AGUDO.

- Apendicitis
- Colecistitis
- Pancreatitis
- Perforación uterina
- Enfermedad coronaria
- Cetoacidosis diabética
- Rotura de bazo
- Cólico renoureteral
- Aneurisma aórtico
- Salpingitis
- Embarazo ectópico
- Quiste ovárico torsionado
- Perforación por úlcus
- Perforación de divertículo
- Diverticulitis
- Obstrucción intestinal
- Infartos mesentéricos
- Rotura de quiste hidatídico

- Uremia
 - Tabes dorsal
 - Neumonías
 - Pleuritis diafragmática
 - Neumotórax
 - Embolismo pulmonar
- Existencia de sintomatología urinaria (disuria, polaquiuria, puede ir en conjunto a procesos ginecológicos, apendicitis, sigmoiditis, etc.); existencia de una sintomatología ginecológica (en el embarazo extrauterino es característico la amenorrea y metrorragia, enfermedad inflamatoria previa en caso de fiebre, DIU y leucorrea); datos de enfermedad torácica.

Exploración física.

- Se realizará una observación del estado generalizado del enfermo (palidez, sudoración, perfusión periférica), que junto con los signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial) nos indicarán el estado general del enfermo. Valoraremos la actitud del enfermo: si está estático es típico de irritación peritoneal brusca y/o isquemia intestinal, enfermo agitado, orienta a distensión de fibra muscular lisa (cólico nefrítico o biliar), postura antiálgica en la pancreatitis (en decúbito prono o en posición fetal) o con caderas y rodillas flexionadas en la apendicitis retrocecal.
- Valoración cardiocirculatoria y respiratoria: Descartar signos de shock, ante su existencia con dolor abdominal pensar en sepsis, pancreatitis aguda, o patología vascular. Auscultación respiratoria para descartar neumonía, neumotórax o pleuritis.
-
- Exploración abdominal: Inspección (presencia de cicatrices, lesiones cutáneas, signo de Cullen, equimosis periumbilical, en la pancreatitis hemorrágica, petequias, lesiones de herpes zoster); palpación, comenzando lo más lejos posible de la zona dolorosa, ver si existe defensa muscular voluntaria o involuntaria (abdomen en tabla si es generalizada), ver si existen masas palpables, exploraremos la positividad o negatividad de algunos de los signos que aparecen en la tabla 7. Se realizará percusión abdominal que nos permite averiguar variaciones de la normalidad, es mate en el área hepática y en el resto del abdomen es típica la presencia de aire en muy discreta cantidad. En la obstrucción intestinal es claramente timpánica, la presencia de tumoración o abscesos permite detectar zonas de matidez anómala, en caso de ascitis se puede provocar la oleada ascítica. En la auscultación abdominal (realizarla durante al menos un minuto), comprobamos

la existencia de ruidos abdominales (ausentes en el íleo), aumentados en las gastroenteritis agudas y primeras fases de la obstrucción abdominal, la presencia de ruidos hidroaéreos es indicativa de obstrucción mecánica. Presencia de soplos arteriales (estenosis o aneurismas de las arterias abdominales de mayor calibre); bazuqueo (ruido que se produce en la obstrucción intestinal al ser comprimido rítmicamente la pared abdominal con el estetoscopio).

- Tacto rectal: Debe realizarse siempre ante un dolor abdominal. Los datos que se deben obtener son: Presencia de tumoración o fecalomas en la luz rectal, características del canal anal y paredes laterales, en la pared anterior, protrusión y/o dolor en fondo de saco de Douglas, en el varón se palpará la próstata y en la mujer se palpa el cuello uterino. Características de las heces: Melenas (aspecto alquitranado, pegajosas, brillantes de olor putrefacto), heces de color rojo, pensar en hemorragia de colon izquierdo, heces caprinas (colon irritable), acólicas en las ictericias obstructiva, heces semilíquidas, etc.

Signos abdominales más frecuentes. Tomado de Alarcón Hernández y cols. Medicine.

Signo Patología Hallazgos

Signo de McBurney Apendicitis aguda Compresión dolorosa en el punto de McBurney

Signo de Rovsing Apendicitis aguda Dolor en el punto McBurney al comprimir colon descendente

Signo de Murphy Colecistitis aguda Dolor en fondo vesicular con la inspiración profunda

Signo de Courvoisier- Terrier-Colecistitis aguda Ictericia obstructiva baja Peritonitis-Palpación de la vesícula biliar

Signo de Blumberg—Apendicitis aguda simple———Dolor agudo al descomprimir la pared abdominal

Signo de Klein—Adenitis mesentérica—Dolor que cambia al colocar al enfermo en decúbito lateral izquierdo

Exploraciones complementarias.

Se realizará hemograma, bioquímica, EKG, una radiografía simple de abdomen, estudio de orina, según la sospecha diagnóstica se pedirá radiografía de tórax, ecografía abdominal, TAC abdominal.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar del estudio e investigación en lo concerniente al dolor abdominal, llegamos a la conclusión de que, para poder realizar un acertado diagnóstico de los signos de dolor abdominal es muy primordial y necesario, realizar una exhaustiva anamnesis y una correcta exploración física, que nos va a dar lugar a que, después nos podamos inclinar a la realización de las correspondientes exploraciones complementarias, si fueran necesarias.

En primera revisión, se enclava el dolor abdominal, como agudo, crónico o recurrente y se descartara la cualquier etiología orgánica, mediante la exploración física del dolor y las exploraciones requeridas complementarias, en función de los datos recabados en la exploración física y en la anamnesis.

6 Bibliografía

1. <https://scielo.isciii.es>
2. McOmber ME, Shulman RJ. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in children. *Curr Opin Pediatr*. 2007;19(5):581-5. [Links]
3. Bourrillon A. Dolor abdominal. Elsevier-Masson; 2009. [Links]
4. Chitkara DK, Rawwat DJ, Talley NJ. The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in Western countries: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2005;100(8):1868-75. [Links]
5. Plunkett A, Beattie RM. Recurrent abdominal pain in childhood. *J R Soc Med*. 2005;99(3):101-6. [Links]
6. Vilar Escrigas P, García Burriel JI. Pancreatitis aguda. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. *Gastroenterología* [consultado el 20/10/ 2009]. Disponible en www.aeped.es/protocolos/gastroentero/18.pdf [Links]

Capítulo 41

EXPOSICIÓN Y CARACTERÍSTICAS POR ENFERMERÍA DE LA GERIATRÍA HOSPITALARIA

ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ

BLANCA PINTO LAGO

CARLOS ARRIAGA CARDIEL

DEBORAH CASTAÑO DAVIS

LUIS TELLO CORROCHANO

1 Introducción

La principal particularidad diferencial en el anciano en cuanto a la patología aguda es su derivación a la incapacidad, especialmente en situaciones de gran fragilidad, comprendiendo ésta como un paulatino deterioro de la adaptación a los cambios, causado por una variación en la reserva funcional orgánica y en el control homeostático de los mecanismos. Por ello, para la valoración y detección del anciano frágil se precisa medir la función para predecir, anticipar y poder graduar verdaderamente el riesgo de discapacidad, esta actuación, nos permitirá identificar a los ancianos de alto riesgo. Así pues, lo que creará un fundamento será, la toma de opciones en Geriatria en cuanto a su función. De ello se observará que la principal finalidad en cuanto a la atención sanitaria en los pacientes geriátricos será la de prevenir o al menos retrasar el deterioro funcional.

Se requiere una específica estrategia asistencial basándose en una selección de aquellos pacientes que más se van, a ver beneficiados, entre ellos serán los que estén en cierto riesgo de precocidad o incapacidad, que nos va a permitir el rastreo de los problemas, creando una estrategia y estructuración terapéutica a la hora de la planificación de los planes de cuidados, de las competencias de intervención, puesto que la evaluación por sí sola, no va a ser suficiente si no está, conjuntada de la práctica de medidas para el tratamiento de los problemas rastreados y un posterior seguimiento del paciente.

2 Objetivos

Describiremos en esta exposición, en qué consiste y cómo se divide las instituciones hospitalarias en cuanto a la atención y asistencia de la población anciana, las cuales serán aquí expuestas exhaustivamente, como Unidad de agudos, la unidad de Media Estancia, Unidad de larga estancia, Unidad de Psicogeriatría y por último el Hospital de Día.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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, Google, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El centro hospitalario es un punto esencial a la hora de la planificación de una asistencia sanitaria global que contemple de manera concreta los requerimientos de los pacientes ancianos.

Se dispone al menos de cinco tipos de unidades de hospitalización:

- Unidad de agudos.

Por una unidad geriátrica de agudos se contempla un nivel asistencial que, dentro de un servicio de geriatría integrado en un centro hospitalario general, prestará la atención especializada, en régimen de hospitalización, a los ancianos afectados de procesos agudos que cumplan con los criterios del paciente geriátrico.

Características:

- Desde el punto de visión arquitectónico y funcional la Unidad Geriátrica de Agudos debe estar diseñada al tipo de pacientes que recibe. La amplitud de los espacios y la idónea estructuración ambiental favorecen la comodidad y el cuidado de estos pacientes. El manejo de elementos facilitadores contribuye a la independencia del paciente. La existencia de aparataje específico es decisiva para la consecución de los objetivos.
- Preparación del alta. El alta debe ser programada, con rapidez, pero no precipitada y debe estar dirigida hacia el domicilio o al nivel asistencial adecuado. Es importante el conocimiento de ésta por parte del paciente y de la familia y en caso de que se necesite con la medición del trabajador social establecer ayuda domiciliaria.
- Diagnóstico cuádruple dinámico. Está en relación con el enfoque íntegro del paciente geriátrico; así junto al habitual diagnóstico clínico que suele agrupar varias patologías, aparece un diagnóstico funcional, que expresa, según las escalas de evaluación, la capacidad de los autocuidados y la suficiencia del paciente; también encontramos un diagnóstico psíquico que informa sobre el estado mental, y en último lugar un diagnóstico social que expresa la situación actual del paciente y el tipo de apoyo que necesita (1).

- Unidad de Media Estancia.

Está formada como un nivel asistencial para completar la rehabilitación de los pacientes con posibilidades verdaderas de recuperación, que precisan para ello estancias en tiempos superiores a las aceptadas tradicionalmente en el medio hospitalario. Se entiende que el cuidado de estos pacientes no puede realizarse fuera de dicho medio. Es esencial aplicar unos criterios de admisión rigurosos que determinen qué enfermos son beneficiarios y que deben ser aceptados. La estancia media suele estar entre 25 y 30 días, y la estancia máxima esta no deberá de superar los 3 meses (2).

- Unidad de larga estancia.

Son un nivel hospitalario destinado a las atenciones de los pacientes ancianos con muy escasas o nulas posibilidades de recuperación que necesitan continuos cuidados de enfermería.

Son unidades muy discutidas debido a la posibilidad de atención de este tipo de pacientes en otros niveles sociales, tales como las denominadas Residencias Asistidas. La existencia de este modelo de unidades es habitual en países como Inglaterra, Francia y Escandinavia. Parece indudable que un porcentaje de estos ancianos son tributarios de una vigilancia clínica importante y que quizá lo adecuado es que estuvieran en un medio hospitalario; pero por otro lado, se evidencia que en muchos casos lo que necesitan son cuidados custodiales.

- Unidad de Psicogeriatría.

Son unidades para el establecimiento de un diagnóstico y la orientación terapéutica de procesos mentales no suficientemente cualificados. Se entiende pues, que no se trata de unas áreas de institucionalización definitiva, ya que la estancia prevista no debe superar los 30 días, tiempo que se prevé suficiente para precisar el diagnóstico e iniciar y encaminar los cuidados que debe recibir el paciente a partir del momento del alta. Aunque algunos países como Inglaterra y Suiza, tienen muy integradas esta modalidad de unidades, la realidad es que estas no están universalizadas y que en España se mantiene más su filosofía que su estructura física.

- Hospital de Día.

Este consiste de un nivel asistencial, de funcionamiento solamente diurno normalmente el tiempo de estancia es de 10 a 17 horas, en días laborables de lunes a viernes, con destino a completar la recuperación de pacientes geriátricos conjuntando las ventajas del hospital y de la permanencia en el hogar.

Es una idea relativamente novedosa y su origen se remonta a 1950 en Oxford cuando se inauguró el primer hospital de Día geriátrico.

El Hospital de Día tiene funciones especialmente rehabilitadoras y de recuperación de las Actividades de la Vida Diaria, aunque también extiende su campo al control clínico y a los importantes cuidados de enfermería. Los pacientes, procedentes de cualquier servicio hospitalario o de la propia comunidad, son recogidos en su domicilio para completar una jornada terapéutica y ser devueltos de nuevo a su domicilio y hogar. Habitualmente funcionan de 10 a 17 horas de lunes a viernes y en ese tiempo los pacientes cumplen un programa de actividades que incluyen fisioterapia, supervisión de enfermería, ludoterapia, terapia ocupacional y actividades de tipo social. Sus ventajas son innegables, ya que van a garantizar recuperaciones, favorecerán el alta hospitalaria, y evitaren reingresos previsibles.

Existen diferencias evidentes con los centros de día sociales ya que están incluidos en el ámbito sanitario, tienen posibilidades clínicas terapéuticas y diagnósticas y disponen de medios rehabilitadores hospitalarios.

Un Hospital de Día completo consta de tres áreas bien definidas:

- Zona clínica: situada en un espacio físico bien individualizado, dotado incluso de una cama hospitalaria, consta de dos secciones complementarias:

1. Valoración clínica, que incluye procedimientos diagnósticos (análisis, ECG, rayos, etc.) y también terapéuticos (transfusiones incluidas). Está dirigida en especial a pacientes que tienen alteraciones físicas para integrarse en la dinámica de las consultas externas y en quienes, en una jornada, puede realizarse una aprox-

imación diagnóstica suficiente.

2. Cuidados de enfermería, que además de la supervisión general de todos los pacientes que están ingresados y de la actividad incluida en el punto anterior, incorporan todo tipo de curas, cambios de sonda, etc.

- Zona rehabilitadora: se compondrá también en dos secciones:

1. Fisioterapia, la encargada básicamente de la recuperación de la función motora.

2. Terapia ocupacional, evidentemente enfocada hacia la recuperación de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

- Área social: incorporará junto a la valoración social específica de cada paciente, técnicas de socio terapia de grupo y relaciones con familiares y entorno.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver a través de la composición y clasificación en unidades de las instituciones hospitalarias, es de gran importancia para la división y atención sanitaria de la población geriátrica el que estén diferenciadas y adecuadamente organizadas todas las unidades de las que se ofrecen y que están disponibles para la población anciana o geriátrica, las cuales vemos que se clasifican como unidad de agudos, la cual, presta atención especializada, en régimen de hospitalización, a ancianos afectados de procesos graves.

- Unidad de Media Estancia en la cual se completará la rehabilitación de pacientes con posibilidades reales de recuperación,

- Unidad de larga estancia. Destinada a la atención de pacientes ancianos con muy escasas o nulas posibilidades de recuperación que precisan cuidados continuos de enfermería.

- Unidad de Psicogeriatría. Adecuada para el diagnóstico y la orientación terapéutica de procesos mentales

- Hospital de Día estará destinado a completar la recuperación de pacientes geriátricos conjuntando las ventajas del hospital y de la permanencia en el hogar, todos estos recursos están disponibles para la población geriátrica les serán de gran ayuda y apoyo.

6 Bibliografía

1. <https://xdoc.mx>

2. <https://books.google.com/books?id=Sr8WfpUCTEYC>.

3. http://www.aniorte-nic.net/apunt_enf_gerontolg_1.htm.

4. <https://es.scribd.com/presentation/463272302/Servicios-de-Rehabilitacion>.

5. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Programa%20Adulto%20Mayor.pdf>.

Capítulo 42

ASMA INDUCIDO POR EJERCICIO (AIE) Y BRONCOESPASMO INDUCIDO POR EJERCICIO (BIE)

ALBA SUÁREZ DELGADO

1 Introducción

El asma es un proceso inflamatorio pulmonar crónico, asociado a la hiperrespuesta de la vía aérea con limitación del flujo aéreo y síntomas respiratorios. La limitación del flujo aéreo está dada por un broncoespasmo agudo, edema de la pared bronquial y la formación de tapones de moco e inflamación.

El asma inducido por ejercicio (AIE) se define como obstrucción de la vía aérea y síntomas como tos, disnea o sibilancias desencadenados por el ejercicio en pacientes que padecen asma.

Es importante destacar la diferencia entre asma inducido por ejercicio (AIE) y broncoespasmo inducido por ejercicio (BIE) ya que existen evidencias que indican que no están producidos por el mismo mecanismo: en el AIE subyacería un proceso crónico y en el BIE una respuesta aguda.

El término “AIE” debe emplearse cuando los síntomas de asma aparecen después de un ejercicio intenso, mientras que el término “BIE” debe utilizarse cuando exista una reducción de la función pulmonar tras un ejercicio.

Los síntomas que deben hacer sospechar al pediatra de la presencia de alguno de estos dos, son, la existencia de tos, el estridor espiratorio, la audición de sibilancias, la disnea y/o el dolor u opresión torácica desencadenados por el ejercicio.

La tos es el síntoma más frecuente aunque también es importante mencionar otros síntomas más sutiles como el dolor de cabeza, los dolores musculares y los mareos.

2 Objetivos

Estudiar la relación entre el asma y la realización de ejercicio físico y diferenciar el asma inducido por ejercicio (AIE) y el broncoespasmo inducido por ejercicio (BIE).

3 Metodología

Los buscadores científicos utilizados para realizar este trabajo han sido google Académico, Scielo y PubMed. En función del tema elegido se han realizado una serie de búsquedas avanzadas en base a un conjunto de palabras clave como “BRONCOESPASMO”, “ASMA”, “EJERCICIO FÍSICO”, “AIE”, “BIE” así como la ayuda del operador booleano “AND”. Se han utilizado la fecha de publicación y el idioma español como criterios de exclusión. Las principales fuentes para llevar a cabo este trabajo han sido artículos científicos de revistas y/o guías de práctica clínica de distintas comunidades.

4 Resultados

El asma es una enfermedad crónica que se caracteriza por la presencia de inflamación de las vías aéreas, pudiendo ser reversible en numerosas ocasiones. El ejercicio físico puede ser uno de los factores desencadenantes de los síntomas en pacientes diagnosticados con asma bronquial.

El asma inducida por el ejercicio (AIE), describe el aumento transitorio de las resistencias de las vías aéreas que ocurre después de unos 6-8 minutos tras un intenso ejercicio en el 70-80% de las personas con asma. Su diagnóstico se establece por variaciones en la función pulmonar causadas por el ejercicio, y no se lleva a cabo en función de los síntomas. Existen diversas medidas farmacológicas y no farmacológicas destinadas a su tratamiento y el ejercicio físico es beneficioso tanto en niños como en adultos con asma.

En la mayoría de estos casos, el cuadro obstructivo vuelve a la normalidad de

forma espontánea dentro de 60 minutos y en un 90 % de los casos, la administración previa de beta simpaticomiméticos previenen el cuadro.

La broncoconstricción o broncoespasmo inducido por ejercicio (BIE) es definido como el estrechamiento transitorio de la vía aérea inferior después del ejercicio en presencia o ausencia de asma clínicamente reconocida.

En relación con el tratamiento farmacológico normalmente utilizado para el tratamiento de AIE Y BIE, destacamos: broncodilatadores β_2 agonistas de corta duración (SABA), broncodilatadores β_2 agonistas de larga duración (LABA), corticosteroides inhalatorios (ICS), receptores antagonistas de los leucotrienos (LRA), agentes estabilizadores de células cebadas o mastocitos (MCS), agentes anticolinérgicos inhalatorios (IAA) y, además, antihistamínicos (AH).

También es importante destacar las medidas recomendadas que han demostrado mejorar notablemente las condiciones en personas asmáticas que realizan deporte asiduamente como, por ejemplo: evitar el ejercicio en lugares de congestión vehicular alta, en las instalaciones deportivas, parques y áreas de ejercicio que se encuentren cerca de carreteras con mucho tráfico deben tener árboles situados entre la carretera y la instalación, de esa forma aumenta la dilución atmosférica y el tamaño de las partículas, reduciendo el número de material particulado y evitando su llegada a las vías respiratorias, entrenar a primera hora de la mañana cuando el aire contiene menor porcentaje contaminante, evitar entrenamientos en ambientes fríos y en caso de que el deporte se realice en estos ambientes, se recomienda la respiración nasal para no perder la hidratación de la vía aérea. En caso de deportes en piscina clorada realizar un baño con agua y jabón pre y post entreno y protegerte con gorro, alargar el calentamiento e incluir breves períodos de actividad intensa así como no interrumpir el ejercicio han demostrado grandes mejoras en deportistas de élite que sufren de AIE.

5 Discusión-Conclusión

Los términos AIE y BIE muchas veces se usan indistintamente pero debemos tener en cuenta que el término “AIE” debe emplearse cuando los síntomas de asma aparecen tras un ejercicio intenso, mientras que el término “BIE” debe utilizarse cuando exista una reducción de la función pulmonar después de un ejercicio.

El asma inducida por el ejercicio (AIE) es responsable de la aparición de síntomas

respiratorios como el estrechamiento agudo de las vías respiratorias que ocurre como resultado de realizar ejercicio físico. Cuando se trata de ejercicio de alta intensidad en ambientes contaminados como por ejemplo con aire frío, humedad, contaminación, y/ o alérgenos, puede aumentar el riesgo de síntomas de broncoconstricción y asma en los atletas.

A la hora de diagnosticarlo debemos incluir un examen físico completo y pruebas funcionales del sistema respiratorio.

En cuanto al broncoespasmo inducido por ejercicio físico (BIE) es un hecho frecuente, tanto en pacientes asmáticos como en los diagnosticados de bronquitis asmáticoforme. La prueba de ejercicio es fundamental para confirmar la existencia de las crisis de broncoespasmo por el ejercicio cuya recaída puede prevenirse, de una parte, gracias al tratamiento básico del proceso, que suele requerir antiinflamatorios y broncodilatadores pero, además, puede ser necesario administrar un betamimético o una cromona antes del ejercicio.

6 Bibliografía

1. Sienra-Monge, J. J. L., Río-Navarro, B. E. del, & Baeza-Bacab, M. (1999). Asma. *Salud publica de Mexico*, 41(1), 64–70. <https://doi.org/10.1590/s0036-36341999000100009>.
2. CALDERÍN, E. Canino, et al. Asma y broncoespasmo inducido por el ejercicio. *Canarias pediátrica*, 2012, vol. 36, no 3, p. 132-137. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4162719>.
3. *Fronteras en Medicina* 2019;14(3):147150. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/201903/0147%20150>.
http://adm.meducatum.com.ar/contenido/numeros/8201903_219/pdf/8201903.pdf#page=40/
4. Valencia Rodríguez, A., Villegas Sánchez, G., & Romero Arias, J. A. (1990). Asma y ejercicio. *Archivos de bronconeumologia*, 26(5), 204–213. [https://doi.org/10.1016/s0300-2896\(15\)31604](https://doi.org/10.1016/s0300-2896(15)31604)
5. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S03002896153160455-inferioreshttps://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482015000100004&lang=es/.
6. <http://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2016/REP%2072-1.pdf#page=64/>.

Capítulo 43

EDUCACIÓN AL PACIENTE CON ASMA BRONQUIAL

OLAYA MUÑOZ BURGUILLO

BÁRBARA FERNÁNDEZ BERMÚDEZ

URSULA FERNANDEZ GANCEDO

CLAUDIA RODRÍGUEZ OLIVA

1 Introducción

El asma es una enfermedad pulmonar obstructiva. Se caracteriza por la presencia de tos, disnea y sensación de ahogo. Se trata de una enfermedad crónica reversible de las vías aéreas. La característica principal del asma es la inflamación de los bronquios, lo que produce moco y fibras musculares que hacen que la luz del mismo sea mucho más estrecha.

El programa de rehabilitación recomendable para cada paciente dependerá de su gravedad. Según la Guía Española para el Manejo del Asma encontramos 4 grados:

1. Asma intermitente
2. Asma persistente leve
3. Asma persistente moderada
4. Asma persistente grave

En los 3 primeros grados las medidas más importantes son las educativas, como el autocontrol, la relajación y el ejercicio físico libre. En cambio, en el caso

más grave el tratamiento rehabilitador juega un papel mucho más importante, llegando a parecerse al tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Los factores más estudiados y que se han relacionado con una mejoría del asma bronquial son el ejercicio físico, las técnicas de relajación, el autocuidado, la farmacoterapia y la educación del paciente. Con estos métodos se ha demostrado conseguir una mejoría en la salud física, la psicología y la calidad de vida del paciente asmático.

2 Objetivos

Describir cuáles son los aspectos más importantes de la rehabilitación y educación sanitaria por parte de enfermería en el paciente con asma bronquial.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión de la literatura para determinar las mejores medidas de rehabilitación para mejorar la calidad de vida en el paciente con asma bronquial.

La búsqueda se ha llevado a cabo en enciclopedias y guías clínicas.

4 Resultados

Educación del paciente:

Está demostrado que las medidas educativas tienen un importante papel en la mejora de la calidad de vida en los pacientes que sufren asma bronquial, ya que mejoran su evolución y les proporciona bienestar e independencia.

Esta educación hace referencia a una serie de prácticas diarias, como situaciones que deben evitar y también en instruir al paciente sobre el tratamiento de su enfermedad, como y cuándo tomar la medicación, que hacer en las agudizaciones, etc.

Hábitos diarios:

1. Mantener las ventanas cerradas en las estaciones con polen.
2. Evitar salir al exterior al mediodía y por la tarde, cuando hay mayor concentración de polen.
3. Evitar las fuentes de mohos.

4. Utilizar aire acondicionado
- 5 No fumar
6. Mantenerse alejado de lo que provoca ataques de asma.
9. Tomar medicamentos para el asma de forma adecuada.

Técnicas durante la crisis:

No hay que olvidar que durante una crisis además del tratamiento médico es necesario seguir una serie de medidas destinadas a calmar la angustia del paciente y a conseguir una adecuada ventilación.

1. Durante la crisis se debe mantener una postura cómoda para evitar contracciones dejando los hombros relajados sin elevarlos.
2. Enseñar al paciente la técnica del control respiratorio. La cual consiste en realizar respiraciones cortas y frecuentes con el propósito de relajar los músculos secundarios de la respiración
3. Emplear la técnica de respiración de labios fruncidos. Se trata de una técnica sencilla que consiste en evitar el colapso precoz de la vía aérea. Consiste en realizar una inspiración nasal lenta con contracción diafragmática, seguidas de una espiración bucal con los labios fruncidos.

Además, también son útiles las técnicas de reentrenamiento del ejercicio físico. Como por ejemplo, en caso de pacientes asmáticos muy sintomáticos con edad avanzada, recomendarles caminar por un pasillo de la casa durante varios minutos, subir escaleras...

5 Discusión-Conclusión

Son de vital importancia las actuaciones destinadas al autocontrol en los pacientes con asma bronquial. Un programa de autocontrol requiere la educación del paciente por parte del médico y la enfermera sobre el conocimiento de los síntomas de la enfermedad así como las acciones terapéuticas adecuadas para cada paciente.

Desde el punto de vista rehabilitador, las medidas de las que puede beneficiarse el paciente dependerá de su grado de su insuficiencia respiratoria, en caso de tenerla, de su edad, su situación funcional, estilo de vida, etc.

Varios estudios han demostrado que una correcta educación para el paciente

tiene efectos beneficiosos para el mismo, tanto en su psicología como en su calidad de vida e independencia.

6 Bibliografía

1. Antonello M, Delplanque D. Fisioterapia respiratoria. Del diagnóstico al proyecto terapéutico. Barcelona: Masson; 2002.

Capítulo 44

EL PIE DIABÉTICO

GEMA GARCIA RUBIO

1 Introducción

El pie diabético es una de las manifestaciones de una diabetes mal controlada, donde el nivel de azúcar en sangre tiene unas cotas altas porque el tratamiento no esté siendo realizado de manera correcta por parte del paciente.

El pie diabético puede acabar en una amputación del mismo debido a que es una progresiva infección con úlcera y destrucción de los tejidos musculares por una degeneración vascular y nerviosa de la zona.

Este riesgo de úlceras (superior al 25% de posibilidad de aparición) es algo que el paciente ha de tener extremadamente controlado para tratar de evitar una necrosis que derive en una amputación en principio de un pie y con el peligro de extenderse al resto de la extremidad inferior.

Existen cuatro niveles de riesgo de menor a mayor que van de 0 a 4:

- En nivel 0 hay ausencia de lesión de nervios periféricos
- En el nivel 1 sí existe neuropatía periférica. Estos pacientes deberían ser revisados cada medio año
- El nivel 2 aparte de neuropatía aparece daño en arterias y posibilidad de deformidades en el pie- Estos pacientes deberían ser revisados cada 3/6 meses
- En el último y más grave nivel, el 3 hay una neuropatía periférica con úlcera que puede llevar a la amputación. Por el riesgo que entraña su estado, estos pacientes deberían ser evaluados cada 1 / 3 meses.

2 Objetivos

Analizar el pie diabético y establecer las pautas a seguir para su detección.

3 Metodología

Revisión y lectura de artículos médicos llevados a cabo por endocrinos y cirujanos vasculares especialistas en la materia, así como consultas a libros medicinales sobre el tema.

Palabras clave de entrada para búsqueda como: fisiopatología del pie diabético, neuropatología del pie diabético, infección del pie diabético, úlceras vasculares.

4 Resultados

En una entrevista previa con el paciente, se tendrán en cuenta las enfermedades que este ha padecido hasta el momento así como el propio conocimiento que él/ella tiene sobre su enfermedad. Esta educación sanitaria queda ampliada a familiares y/o cuidadores. Entre los datos de interés figurarán cuestiones como diabetes, glucemia, dieta, oficio, problemas cardiacos, historia previa de úlceras, tabaquismo, drogas, ejercicio entre otras.

También les preguntaremos sobre síntomas (hormigueo, sudores, inflamación en piernas, sudores etc.). Otros datos a valorar serán sequedades, micosis atrofias cutáneas o zonas de pérdida de vello corporal.

Una vez realizado este cuestionario, el paciente deberá ser ampliamente informado sobre el origen, causas y posibles peligros que puede entrañar su afección para hacer un correcto manejo de la misma tanto por su parte como por la nuestra. La exploración del pie se hará cada dos /tres meses y al menos con un examen exhaustivo al año.(esta incluirá la palpación de pulsos, medida de temperatura, coloración y en caso de que se sospeche de problemas vasculares recomendar asistencia a un especialista para realizar un Doppler (estudio vascular no invasivo).

Hay que recalcarles la importancia del autocuidado y de ser extremadamente riguroso con su participación diaria en la prevención de posibles úlceras (con este fin les informaremos de datos a tener en cuenta en el cuidado diario (de la temperatura del agua que deberá ser fría o tibia, advertirles sobre objetos que

podrían ser causantes de lesiones, modo de secarse e hidratarse, recomendación de acudir al podólogo para el cortado correcto de uñas, tipo de calzado.

Por último, volver a subrayar la importancia de formar e informar al paciente que sufre de pie diabético sobre los cuidados que han de tener con sus pies y su enfermedad para otorgarle la posibilidad de una mejor calidad de vida y reducir las secuelas y complicaciones que puede conllevar esta afección.

Muchos estudios corroboran que un 80% de las amputaciones podrían ser evitadas con unas buenas pautas de salud.

5 Discusión-Conclusión

Los programas educativos de prevención sirven para informar y promover los buenos hábitos evitando los malos (como el tabaco/alcohol/sedentarismo/mala alimentación).

Entre las labores del personal de enfermería destaca una buena información al paciente, recordándole que todos los días se observe los pies buscando heridas, ampollas, grietas etc., y que a diario mantenga una correcta higiene de sus pies con agua y jabón neutro sin tenerlos a remojo por un período que exceda los 5 minutos.

La puesta en marcha de un protocolo por parte del personal de enfermería que incluya un control glucémico, así como una educación completa del paciente, familiares y cuidadores, exploración del pie con posible derivamiento a especialista corroboran que como para la gran mayoría de enfermedades y afecciones la prevención es la mejor arma para el tratamiento del pie diabético.

6 Bibliografía

1. Pie diabético: Benedito Pérez de Inestrona, Fernán de Marín, Torres Andrés. Medicina general y de familia : editorial digital .Diciembre 2014 (volumen 3 número 10).
2. Pie diabético.net. Necrosis del pie diabético (capítulos consultados MENÚ-Cuidado preventivo para evitar el pie diabético-Síntomas y diagnóstico del pie diabético-Tipos de pie diabético-Tratamiento del pie diabético-Necrosis del pie diabético-pie de CHARCOT-Clasificación de Wagner del pie diabético-Calzado y calcetines para pie diabético-Callos en el pie diabético

Capítulo 45

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA POR PARTE DE ENFERMERÍA

ALBERTO RUEDA RUIZ

1 Introducción

La escuela es un lugar ideal para desarrollar actividades educativas para la salud. En España, esta tarea recae en los profesores que no pueden ejercer esta tarea debido a que no han sido preparados para esto. Sin embargo, en otros países hay silueta de enfermeras en las escuelas que implementan intervenciones de prevención y promoción de la salud. España tiene que demostrar que es un país avanzado y equiparable a otros países de la Unión Europea.

Los estudios dicen que la escuela es el mejor lugar para adquirir y afianzar conocimientos. A edades tempranas los niños empiezan a imitar a los adultos, este es el momento idóneo para presentar hábitos básicos como la higiene, la alimentación o el descanso, porque a la vez que el niño/a crece y madura cognitivamente, aprende y el contenido de estos hábitos será una gran medida para prevenir riesgos de posibles enfermedades, accidentes y malos hábitos de salud.

La educación sanitaria no se trata solo de transmitir información sobre base teórica y práctica para problemas o peligros para la salud. Debe adoptar ciertos comportamientos, pero reforzando actitudes y aptitudes que favorezcan la salud y bienestar. Los estudiantes identificarán y analizarán problemas o situaciones usando lo que han aprendido, teniendo ellos mismo más rango de autonomía y responsabilidad en sus acciones y promoción para la salud.

2 Objetivos

Describir funciones de educación para la salud de la enfermera escolar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

- Las intervenciones en materia de nutrición y actividad física mejoran el rendimiento escolar.
- Las intervenciones de Educación para la Salud (EpS) por parte de enfermería en los colegios reduce el riesgo de desarrollar futuras enfermedades.
- Es necesaria la implementación de protocolos en las escuelas para educar a niños con enfermedades, ya que esto podría suponer una reducción de los ingresos hospitalarios.
- Sin enfermera, los profesores necesitarán más tiempo al día resolviendo problemas de salud de los alumnos, mientras que con enfermera escolar necesitarán mucho menos tiempo, invirtiendo este en las clases lectivas.
- Aumento de accidentes en los colegios relacionados con alteraciones glucémicas y crisis epilépticas, baja preparación del profesorado en primeros auxilios. Con una enfermera escolar, esto se reduciría.
- Estudios de diferentes países afirman que las intervenciones de enfermería reducen el acoso escolar.
- Gran cantidad de menores con enfermedades crónicas en los colegios. El estudio afirma que la capacitación en materia sanitaria del personal docente es “regular” o “deficiente” en la mayoría de los casos.
- El examen de salud de enfermería escolar permite la detección precoz tanto de patologías como de factores de riesgo.
- En el momento dado de que se produzca una situación de emergencia sanitaria en la cual se tenga que administrar una medicación tanto oral, intravenosa, intramuscular, subcutánea a un escolar o persona que esté en el centro educativo, la

enfermera será la persona de referencia ante esta situación y tendrá protocolos de actuación.

- En los colegios donde hay enfermera la actuación frente a emergencias es más eficaz y, estas emergencias, son menos comunes gracias a la prevención y la educación sanitaria. Todo el personal que trabaja en el centro educativo, padres y madres de los alumnos, estarán más tranquilos, al saber que hay una enfermera/o en el centro escolar.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos en educación para la salud muestran la importancia del papel de enfermería en las escuelas porque en todos los estudios se evidencian registros positivos tras la Educación para la Salud.

La enfermería escolar es de gran beneficio para el sistema educativo, ya que consigue incorporar de forma eficaz la educación para la salud en las escuelas y mejorar los sistemas de prevención y actuación frente a problemas de salud, reduciendo con ello costes sanitarios a largo plazo.

6 Bibliografía

1. Riquelme Pérez M. Educación para la salud escolar. [Internet] En: AEPap ed. Curso de actualización Pediatría. 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 185-6. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/educacion_salud_escuela.pdf.
2. Jorge Araujo P. Importancia del rol de la enfermera escolar. Rev ROL Enferm [Internet] 2013 ; 36(7-8):508-514. Disponible en: http://www.e-rol.es/biblioonline/revistas/2013/07/36_Importancia.pdf.
3. BOE, Boletín Oficial del Estado. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. [Internet] Febrero, 2015; No.:35. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-1239-consolidado.pdf>.
4. NASN, National Association of School Nurses. About. Our History [Internet] Silver Spring, Maryland USA, 2018. Disponible en: <https://www.nasn.org/nasn/about-nasn/about/our-history>.
5. SCE3, Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar. [Internet] Alicante, 2018. Disponible en: <http://www.sce3.com/es/home.html> SCE3.

6. Nuberos Información. Enfermera Escolar. Es en la escuela donde se debe aprender a cuidar de la salud. Colegio de Enfermería de Cantabria. [Internet] 4º trimestre 2013; 18(71):17-14. Disponible en: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Nuberos_71.pdf 20.

Capítulo 46

EDUCACIÓN AL PACIENTE CON EPOC EN FASE AGUDA

OLAYA MUÑIZ BURGUILLO

URSULA FERNANDEZ GANCEDO

BÁRBARA FERNÁNDEZ BERMÚDEZ

CLAUDIA RODRÍGUEZ OLIVA

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es el conjunto de enfermedades que cursa con obstrucción no reversible de la vía aérea, con reagudizaciones puntuales. Dentro de esta definición se incluyen la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.

En este tipo de enfermo se encuentra una alteración en la elasticidad del pulmón, que conlleva un aumento del volumen residual y una disminución de volumen máximo espirado en el primer segundo de la espiración forzada, una alteración del intercambio gaseoso y un aumento en la producción de secreciones.

La capacidad ventilatoria de estos pacientes se verá muy afectada, limitando en muchos casos la actividad del paciente disminuyendo su calidad de vida.

La fase aguda del EPOC se suele desencadenar tras los procesos infecciosos. Los síntomas son disnea, hipoxia, hipercapnia y fatiga muscular.

En la fase aguda son no solo importantes las medidas farmacológicas, sino también las técnicas fisioterapéuticas para poder sobrellevar las crisis de la mejor

manera posible. Gracias a los ejercicios de fisioterapia mejora la ventilación pulmonar, la limpieza del árbol bronquial, se reduce la resistencia en el árbol bronquial, se controla la frecuencia respiratoria, se fortalecen los músculos ventilatorios y se mejora notoriamente la calidad de vida global del paciente.

2 Objetivos

Describir las técnicas de control ventilatorio en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la fase aguda de su enfermedad.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sobre las diferentes guías creadas por los diferentes sistemas, asociaciones e iniciativas sanitarias relacionadas con la EPOC a nivel nacional y mundial. La búsqueda se ha llevado a cabo en diferentes libros, así como en el buscador Google Scholar.

4 Resultados

Técnicas recomendadas:

Fundamentalmente las técnicas recomendadas en el paciente con EPOC en fase aguda consisten en la eliminación de secreciones y respiración diafragmática. Como son el drenaje postural, la estimulación de la tos, la respiración diafragmática y las percusiones y vibraciones.

Se aconsejan hacer dos sesiones de unos treinta minutos cada una. Aunque, cabe recordar, que las sesiones deben ser ajustadas a la situación y tolerancia de cada paciente. Nunca debemos realizar los ejercicios hasta llegar a la fatiga.

Otra parte imprescindible del tratamiento de los pacientes con EPOC en fase aguda son los ejercicios de relajación, ya que les ayudará a reducir la tensión muscular en los músculos del cuello y cintura escapular; reducir el gasto energético que se produce en la respiración; reducir la sensación de ansiedad que producen los ataques de disnea y aumentar la sensación de bienestar.

Otro aspecto importante es instruir al paciente a controlar la disnea mediante la técnica de reeducación respiratoria. Ya que, aumentan la eficacia respiratoria; mejora la ventilación- perfusión; optimiza la función de los músculos respiratorios; disminuyen el tiraje y trabajo respiratorio; reducen la sensación de disnea; mejoran la calidad de vida.

Las técnicas más empleadas son:

1. Respiración controlada: Su propósito es relajar los músculos secundarios de la respiración y parte alta del tórax y emplear el diafragma y la parte inferior del tórax. Se indicará al paciente realizar inspiraciones suaves y espiraciones con los labios semicerrados.
2. Respiración torácica: con las manos junto al tórax, debe tomar el aire por la nariz hinchando bien el pecho. A continuación, sacarlo lentamente por la boca con los labios fruncidos.
3. Respiración segmentaria: Esta respiración se emplea en el caso de que el paciente tenga zonas hipoventiladas. Inspirar lentamente y de manera profunda. Mientras, realizar resistencia con la mano en el tórax que hipoventila. Cuando se nota la expansión torácica de ese segmento, se disminuye la resistencia aplicada por la mano permitiendo la ventilación.

5 Discusión-Conclusión

Es de total necesidad instruir al paciente con EPOC sobre las técnicas de control ventilatorio para que pueda aplicarlas a las situaciones de su vida cotidiana como caminar, subir escaleras, realizar las actividades de la vida diaria, etc.

Las técnicas de rehabilitación deben ser una parte imprescindible en el tratamiento de estos pacientes, como complemento del tratamiento habitual. El objetivo de estas medidas es conseguir una actitud participativa y positiva del enfermo y de su entorno frente a la enfermedad. Tener conocimientos sobre su enfermedad y la adquisición de nuevos hábitos y habilidades fomentan el mejor enfoque del tratamiento y un mayor grado de cumplimiento del mismo.

6 Bibliografía

1. Cottureau G, Pitón F, Antonello M. Fisioterapia en la fase aguda de las enfermedades respiratorias. Elsevier;2005.

Capítulo 47

CUIDADOS DE LA PIEL EN EL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO DEL CÁNCER DE MAMA

ANA MURIAS ALVAREZ

RAQUEL FERNÁNDEZ SANTANA

1 Introducción

El cáncer de mama es considerado el tumor más diagnosticado del mundo, superando por primera vez al cáncer de pulmón, según datos publicados en 2021 por el Centro de Investigaciones sobre el cáncer. En nuestro país, aproximadamente el 30% de los cánceres diagnosticados en mujeres se originan en la mama. La incidencia del cáncer de mama ha experimentado durante los últimos años un continuo crecimiento que puede explicarse por el avance de las técnicas de detección temprana y el aumento de la esperanza de vida.

El abordaje del cáncer de mama ha ido cambiando en las últimas décadas, pasando de la mastectomía radical a la cirugía conservadora de mama, siendo ésta complementada con la radioterapia adyuvante postoperatoria. La radioterapia en el cáncer de mama pasa a formar parte del tratamiento de elección, mostrando excelentes resultados clínicos en términos de control local y global. La reducción de la mortalidad por cáncer de mama, hace necesario centrar el foco de atención a las complicaciones relacionadas con el tratamiento radioterápico que pueda afectar a la calidad de vida de las pacientes.

Una de las complicaciones inmediatas que puede desencadenar es la radiodermatitis, una toxicidad aguda que ocurre a nivel de la piel y que puede comportar un cierto discomfort para las pacientes. La severidad depende de factores relacionados con el tratamiento, como dosis total de radiación, horario de dosis fraccionada, tipo de haz externo utilizado y volumen o área de superficie de tejido irradiado. La fisiopatología de esta dermatitis implica una combinación de lesiones por radiación directa y respuesta inflamatoria posterior, afectando componentes celulares de epidermis, dermis y sistema vascular.

2 Objetivos

Describir los principales cuidados de la piel afectada durante la aplicación de tratamiento radioterápico en pacientes con cáncer de mama.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La radiodermatitis o dermatitis por radiación se manifiesta a los pocos días o semanas después de iniciar el tratamiento de radioterapia. La evolución habitual de esta toxicidad cutánea comienza por un eritema leve-moderado pudiendo ir acompañado de prurito y descamación seca. En algunos casos, aunque de forma menos frecuente, puede evolucionar a una descamación húmeda llegando a asociarse con una infección.

La prevención de la radiodermatitis se basa en controlar y retrasar lo mejor posible la aparición de estos síntomas en la zona tratada. Para ello se debe formar a la paciente en una serie de recomendaciones y consejos de cuidados cuyo cumplimiento favorece tanto el éxito del tratamiento como evita complicaciones más graves.

El manejo general comienza con medidas preventivas básicas que se deben iniciar

antes del inicio del tratamiento para preparar adecuadamente la piel ya que se verá sometida a la agresión de la radiación. Es importante una adecuada higiene de la piel con agua y jabón suave e hidratar la piel con cremas emolientes. Se deben evitar productos tópicos que irriten la piel como: perfumes, desodorantes y lociones a base de alcohol.

Comenzado el tratamiento se deben tener una serie de consideraciones importantes:

Es aconsejable utilizar tejidos de algodón e hilo que sean anchos, si se emplea sujetador, preferiblemente deberá ser de algodón y sin aros.

Previo a cada sesión la piel debe estar limpia por lo que se debe mantener una adecuada higiene con jabón suave neutro libre de perfumes y colorantes. Lociones y agentes tópicos no deben aplicarse antes de la radioterapia, ya que pueden inducir “efecto bolo” y aumentar las dosis de radiación recibida.

Tras la sesión de radioterapia se debe mantener una adecuada hidratación con cremas hidratantes emolientes, con base de avena, urea, ácido hialurónico, caléndula o rosa mosqueta. Aplicarlas dos o tres veces al día, poniendo muy poca cantidad y sin frotar demasiado para extenderla.

No emplear productos químicos en la zona de tratamiento, como desodorantes, colonias, perfumes, polvos, maquillaje. Se consideran productos irritantes que pueden perjudicar el estado de la piel.

Intentar mantener las zonas de mayor riesgo, (surco submamario y axila), con la piel lo más seca posible, para que no macere.

Se debe evitar la exposición solar y los cambios de temperatura, durante todo el tiempo que dure la radioterapia.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal de la radioterapia adyuvante en el cáncer de mama temprano es la disminución de la tasa de recidiva locorregional.

El tratamiento mediante radioterapia no es molesto, ni duele, ni genera ningún tipo de sensación, sin embargo, según pasan los días siendo frecuente a partir de la segunda o tercera semana de tratamiento, la dosis aplicada de radiación se va acumulando, lo que produce un efecto sobre la zona de tratamiento.

La dermatitis por radiación es una secuela común de la radioterapia que puede generar un cierto grado de discomfort para las pacientes, por lo que se debe incidir en los cuidados de la piel tanto en el momento previo, durante y después de las

sesiones de radioterapia.

6 Bibliografía

1. Hennequin C, Barillot I, Azria D, Belkacémi Y, Bollet M, Chauvet B, Cowen D, Cutuli B, Fourquet A, Hannoun-Lévi JM, Leblanc M, Mahé MA. Radiotherapy of breast cancer. *Cancer Radiotherapy*. Sep. 2016: S4-S7.
2. Rosenthal A, Israilevich R, Moy R. Management of acute radiation dermatitis: A review of the literature and proposal for treatment algorithm. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Aug; 81(2):558-567.

Capítulo 48

PROTOCOLO PARA LA HIGIENE DE MANOS

URSULA FERNANDEZ GANCEDO

CLAUDIA RODRÍGUEZ OLIVA

BÁRBARA FERNÁNDEZ BERMÚDEZ

OLAYA MUÑOZ BURGUILLO

1 Introducción

Gran cantidad de las muertes que se producen mundialmente son a causa de la transmisión de infecciones, no sólo a nivel domiciliario sino también a nivel asistencial en cuanto a sanidad se refiere. Esto no sólo representa un incremento de las defunciones, sino que también supone un aumento del tiempo de hospitalización y una discapacidad más prolongada de los pacientes, lo que se traduce en una elevación de los costes económicos tanto a nivel individual de la persona que lo sufre, como a nivel social si hablamos de un sistema público de salud.

Esta contaminación se produce a través del contacto con una superficie colonizada por bacterias, virus y otros gérmenes. La principal vía de segregación de estos patógenos son las manos, por tanto, su limpieza es primordial para frenar la cadena de transmisión.

La higiene de manos está a la orden del día en materia de salud pública. La pandemia mundial producida por el COVID-19 nos ha hecho darnos cuenta de la importancia de esta acción para atajar los contagios. Debido a esto, no sólo el

personal sanitario ha extremado las medidas de higiene, sino que la totalidad de la población ha adoptado nuevos hábitos con el objetivo de eliminar el virus y evitar así el contagio tanto individual como de sus familias.

2 Objetivos

Conocer los cinco momentos para la higiene de manos, así como las diferentes técnicas y productos que se deben utilizar.

3 Metodología

Revisión bibliográfica que se basa en las últimas recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). También se han revisado diferentes estudios que se encuentran en las bases de datos más conocidas como pueden ser Dialnet y Scielo.

4 Resultados

La OMS establece cinco momentos principales para la higiene de manos dentro del área sanitaria. Estos son:

1. Antes del contacto directo con un paciente.
2. Previo a realizar cualquier tarea que implique limpieza y/o asepsia.
3. Tras la exposición a fluidos corporales.
4. Después del contacto con un paciente.
5. Tras el contacto con el entorno de un paciente.

Las técnicas de higiene de manos se basan en la fricción. En función de si la suciedad está claramente visible o no, utilizaremos una técnica u otra. Entonces estamos hablando de:

- Lavado de manos: se realiza cuando las manos están visiblemente sucias. Se utiliza agua con jabón junto con el proceso de fricción. El procedimiento tendrá una duración de unos 40 - 60 segundos. También se utilizaría esta técnica cuando se sospeche de exposición a patógenos que liberan esporas.
- Higiene de manos: se realiza cuando las manos no presentan suciedad visible. Se utiliza un preparado con alcohol y, de nuevo, las diferentes técnicas de fricción. El procedimiento tendrá una duración de 20-30 segundos.

Establecidas estas diferencias, los pasos a seguir son los mismos:

- 1) Se aplicará el producto en las palmas de las manos.

- 2) Se frotarán las palmas de las manos entre sí.
- 3) Se frotará la palma de una mano contra el dorso de la otra.
- 4) Se frotarán las manos entrelazando los dedos.
- 5) Se frotará el dorso de los dedos de una mano con la palma de la otra.
- 6) Se frotarán los pulgares envolviéndolos en la palma de la mano contraria.
- 7) Se frotará la punta de los dedos de una mano contra la palma de la contraria.

Finalmente, se secarán las manos. En el caso del lavado de manos, con un papel desechable. Si se tratase de la higiene de manos, mantener la fricción hasta que el producto se absorba.

5 Discusión-Conclusión

La sencilla tarea de lavar e higienizar las manos es capaz de prevenir gran cantidad de infecciones, no solo a nivel hospitalario, sino que también se ha demostrado la eficacia en el día a día de la población. Es realmente importante hacer hincapié en este procedimiento teniendo en cuenta el momento de pandemia mundial que se está viviendo por COVID – 19.

A raíz de esta situación de crisis sanitaria, estas técnicas, y otras muchas más en cuando a limpieza se refiere, se han visto realmente reforzadas y reconocidas y, actualmente, la gran mayoría de las personas, sanitarias o no, las utilizan cada vez con mayor frecuencia.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Higiene de las manos: ¿por qué, cómo y cuándo? Seguridad del paciente: una alianza mundial para una atención más segura. Génova; 2012.

Capítulo 49

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LAS OSTOMÍAS

ANA MARIA CASTILLERO RODRIGUEZ

PABLO FUERTES ARGÜELLES

1 Introducción

Una ostomía es la comunicación de una víscera hueca con el exterior por medio de una intervención quirúrgica. La causa que con más frecuencia se da para su realización es el cáncer colorrectal y vesical, seguido de las enfermedades inflamatorias intestinales. La enfermera desempeña un papel muy importante en la atención a estos pacientes, debe proporcionar cuidados individualizados, integrales y de calidad. Tanto en los hospitales de atención a pacientes agudos o crónicos, como en los centros residenciales, centros de atención primaria o en los domicilios, los pacientes ostomizados necesitan una atención y unos tratamientos especializados para fomentar su independencia y calidad de vida, así como también la de sus familiares y cuidadores.

Los cuidados a los pacientes ostomizados los deben proporcionarlos profesionales formados especialmente en estos cuidados específicos, y sensibilizados con sus necesidades particulares y cuidados concretos, y que desarrollen su trabajo desde la cercanía, la empatía y la profesionalidad. Los pacientes que no reciben esta atención por parte de estos profesionales formados y especializados en ostomías, son más dependientes en cuanto a los cuidados de su ostomía y se sienten más ansiosos y deprimidos, ya que un buen adiestramiento de estos pacientes en relación con los cuidados y posibles problemas que puedan surgir minimizaran la ansiedad y el temor de dichos pacientes .

2 Objetivos

- Brindar los cuidados con el fin de evitar posibles complicaciones , detectarlas tempranamente si se producen, y facilitar la rehabilitación de los pacientes.
- Enseñar al paciente ostomizado los cuidados del estoma así como enseñarle a realizarlos en las distintas actividades de la vida diaria.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de información estructurada en diferentes buscadores y bases de datos (Cuiden, Medline, Pubmed, Scielo) para la búsqueda de artículos y revistas científicas, lectura de literatura especializada. Palabras clave Metodología, Ostomía, Cuidados de Enfermería, Estoma.

4 Resultados

Del análisis del estudio de los pacientes ostomizados se identificaron como uno de los factores más recurrentes la aparición de un número mayor de complicaciones del estoma si los pacientes estudiados no habían recibido información veraz antes de ser intervenidos quirúrgicamente sobre el cuidado del estoma .

También, se encontraron discrepancias sobre la adaptación y la calidad de vida de los diferentes pacientes con ostomías según fuera su reversibilidad, enfermedad; el estado de la ostomía o la percepción de cada paciente sobre ella; las diferencias culturales , los distintos estilos de vida, el nivel social y nivel económico o el haber sido atendidos en la consulta por el cirujano o la enfermera especialista en ostomías de una forma continuada desde el preoperatorio hasta el postoperatorio tardío marca la diferencia , y continúa siendo necesario el recuerdo de dichos conocimientos y la continuidad de los cuidados aún pasados años de la colocación de la bolsa de ostomía.

Varios de los artículos consultados proponen algunas pautas para facilitar a los pacientes un proceso de transición para un estilo de vida óptimo como:

- La atención sanitaria especializada a pacientes que tienen ya un estoma o con posibilidades de tenerlo en un futuro a corto plazo
- Realizar una valoración psicosocial de los pacientes, incluyendo sus estilos de vida, percepciones tanto de ellos mismos como de su entorno, situaciones personales. que les pueden preocupar ...

- Tener en cuenta el aspecto cultural de cada persona para poder incluir a sus familiares y a su entorno cercano en el proceso del cuidado diario de dicho estoma, así como a los posibles representantes religiosos de esas personas y que necesitan de esa aprobación para poder afrontar y continuar con su estilo de vida

5 Discusión-Conclusión

Se puede afirmar, por tanto, que en relación con este tipo de pacientes que la falta de información, educación y comunicación de estos pacientes con la Enfermera especializada en ostomías y el no seguimiento continuo por su parte son la causa para que estos pacientes no puedan desempeñar de forma activa su autocuidado. De acuerdo con esto se puede afirmar que la mayoría de los pacientes ostomizados no retornan de forma completa a sus puestos de trabajo tras la realización de la cirugía, pero si lo suelen hacer aunque parcialmente a sus actividades diarias aunque sigue siendo esta la parte más difícil de superar.

6 Bibliografía

1. http://www.kideitu.euskadi.net/contenidos/informacion/hzum_paciente_ostomizado/eu_hzum/adjuntos/ostomizatu_paziente_zainketa.pdf
2. Maydick D. A Descriptive Study Assessing
3. Quality of Life for Adults With a Permanent
4. Ostomy and the Influence of Preoperative Stoma

Capítulo 50

LA ENFERMERÍA COMO PUNTO DE AYUDA Y APOYO NUTRICIONAL EN EL PERIODO GESTACIONAL

ALBERTO RUEDA RUIZ

1 Introducción

La dieta juega un papel importante en el desarrollo de enfermedades durante la gestación, sobre todo la dieta rica en grasas, sal y azúcar, es decir, comida basura. Este tipo de dieta ha incrementado la tasa de obesidad a nivel mundial, la cual compete con la malnutrición y el bajo peso; de enfermedades cardíacas, enfermedades metabólicas como la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2); de Hipertensión Arterial (HTA) y determinados tipos de cáncer, entre otras. El incremento de este tipo de alimentos ha reducido la ingesta de otros más saludables como la verdura y la fruta, limitando así el aporte de nutrientes esenciales para la vida e importantísimos durante el embarazo.

La gestación es el estado fisiológico de la mujer por el que, a lo largo de una media de 280 días, se desarrolla un nuevo ser humano. Durante este periodo se desarrollan y maduran todos los órganos y sistemas del feto, estableciéndose así las bases orgánicas para las funciones que tiene que llevar a cabo cada órgano.

Durante el embarazo, se llevan a cabo numerosos cambios en el cuerpo de la mujer, haciendo necesario un aumento de las necesidades de energía, nutrientes y agua. Una alimentación equilibrada y saludable ayuda a reducir las molestias más frecuentes durante la gestación y el riesgo de que ambos puedan padecer una enfermedad. Además favorecerá el desarrollo embrionario-fetal-recién nacido.

2 Objetivos

- Examinar las consecuencias de la programación fetal y la ingesta de comida durante la gestación en la salud de la descendencia.
- Revisar el papel de la enfermería en la promoción de hábitos alimenticios saludables.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura presente en las bases de datos de Ciencias de la Salud y Google Académico. Realicé una búsqueda libre haciendo hincapié en palabras clave como "nutrición en la gestación", "periodo gestacional", "enfermería y su papel en la gestación", etc.

4 Resultados

Los factores nutricionales están directa o inversamente involucrados en las adaptaciones fisiológicas que se generan durante la gestación, como son el crecimiento y desarrollo adecuado del feto, las cuales demandan una cantidad sustantiva de energía y nutrientes. Cualquier alteración en el ritmo de crecimiento y aumento de peso se asocia con tener consecuencias negativas sobre su futuro crecimiento y desarrollo. Una óptima alimentación durante la gestación pretende lograr una adecuada distribución del peso al nacer, así como una disminución de la tasa de morbilidad obstétrica y neonatal. El reto para asegurar que la embarazada cubre sus necesidades nutricionales básicas es crear intervenciones apropiadas y ajustadas a las necesidades de las mujeres embarazadas.

Estas intervenciones deben promover la salud y desarrollar un comportamiento alimenticio adecuado. Además, éstas deben empezar en la pronta preconcepción o al principio del embarazo para identificar los comportamientos insanos en la dieta. De esta forma, se podrían evitar las alteraciones gestacionales como la preeclampsia, la ganancia excesiva de peso y la diabetes gestacional, así como el parto prematuro, el alto peso al nacer y las alteraciones cardiometabólicas en la descendencia.

Las recomendaciones se deben basar en una dieta que incluya todos los grupos nutricionales, así como todos los micronutrientes esenciales, los cuales pueden ser incorporados a través de la dieta y la suplementación.

Las frutas, verduras y hortalizas deben ser un básico en la dieta de la gestante. La fruta debe ser del tiempo, preferentemente entera, sin pelar y bien lavada, no menos de 2 o 3 piezas al día, cuya ingesta debe espaciarse 2 horas de las comidas principales. Contienen todas las vitaminas hidrosolubles necesarias para el feto y la embarazada, además de ser ricas en folatos y vitamina C, esenciales para la absorción del hierro. Las verduras y hortalizas contienen todos los micronutrientes necesarios, siendo ricas en fibra, folatos, sales minerales y vitaminas, las cuales pueden perderse durante su cocción. Es por esto por lo que se recomienda tomar al menos una ración cruda, siempre y cuando se lave correctamente. Las legumbres son alimentos muy nutritivos pero muy energéticos, por lo que se recomienda restringir su ingesta de 2 a 3 veces por semana. Los hidratos de carbono deben ser integrales, ricos en fibra, vitamina C y potasio, intentado evitar en la medida de lo posible los refinados. El azúcar refinado se debe limitar del mismo modo, debido que las necesidades del organismo quedan cubiertas con otros alimentos como las frutas. Las proteínas proveen los bloques de construcción básicos para la producción de anticuerpos, enzimas, músculo y colágeno, esenciales para la piel, los huesos, los vasos sanguíneos y otros tejidos. Éstas deben proceder de huevos, los cuales se pueden ingerir cuatro veces por semana, y de la carne, por lo menos una vez al día, ya sea blanca o roja, eligiendo siempre las opciones con menos grasa. La carne debe ser cocinada a la plancha o al horno, nunca cruda o poco hecha para evitar la toxoplasmosis. Se deben evitar las carnes procesadas como las salchichas y las hamburguesas. Otra fuente ideal para la obtención de proteínas es el pescado, ya sea blanco o azul, rico en ácidos grasos omega-3, vitaminas y minerales. Se debe evitar el pez espada, el tiburón, el atún rojo y el lucio debido a su alta concentración de mercurio y otros metales pesados. Es conveniente consumir de 2 a 4 raciones de lácteos diarios, en forma de leche o derivados, preferentemente desnatados y frescos, como el queso fresco y los yogures, por su alto contenido en calcio. Los lácteos deben ser pasteurizados para prevenir la listeriosis, infección con graves consecuencias fetales. Los lípidos son indispensables para el correcto desarrollo del sistema nervioso central y la retina del ojo. Se deben incorporar ácidos grasos de la familia omega-6, presentes en aceites vegetales, y omega-3 en pescados, almendras y nueces.

Se pueden utilizar los aceites vegetales de forma moderada, como el de maíz o girasol, aunque éste debe ser preferentemente de oliva. El consumo de frutos secos, ricos en vitaminas A, E y B, así como sales minerales, debe ser limitado por su alto valor calórico. La ingesta de líquido debe ser abundante, en forma de agua, infusiones, zumos de frutas o vegetales. Se debe evitar la cafeína diaria y cualquier tipo de excitante como los cafés, los refrescos, el chocolate con leche y

el té, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Dado que muchas de las malformaciones congénitas durante la gestación se pueden prevenir, el objetivo principal de los profesionales sanitarios y en especial de la enfermería es la prevención primaria.

Ésta debe caracterizarse por informar y educar a la gestante acerca de las medidas preventivas que debe llevar a cabo durante el periodo gestacional para disminuir los factores de riesgo de aquellas anomalías estructurales, funcionales o metabólicas. Es importante debido a que las anomalías citadas anteriormente pueden alterar la evolución normal del embarazo.

Para aumentar las posibilidades de tener un hijo sano, se debe hacer referencia a la nutrición, a los factores derivados del trabajo, a las infecciones, a los hábitos tóxicos, a la higiene personal y al ejercicio físico, entre otros.

Por tanto, es importante la intervención enfermera para ayudar a la buena evolución del embarazo, asesorando sobre la importancia de la correcta hidratación, los cambios dietéticos requeridos, planeando la dieta prenatal, explicando la importancia de la correcta alimentación para la salud madre-hijo, de los micronutrientes en la dieta y del aumento ponderal de peso óptimo.

6 Bibliografía

1. Englund-Ögge L, Brantsæter A.N, Sengpiel V, Haugen M, Birgisdottir B.E, Myhre R, et al. Maternal dietary patterns and preterm delivery: results from large prospective cohort study. BMJ [Internet]. 2014. Disponible en: <https://goo.gl/yjFJDI>
2. Reinagel M. A Nutritionist's Guide to national Junk Food Day. HuffPost [Internet]. 2014. Disponible en: <https://goo.gl/O8VwFx>
3. Ramírez-Vélez R. Programación Fetal in utero y su impacto en la salud del adulto. Endocrinol Nutr [Internet]. 2012. 59 (6): 383-393. Disponible en: <https://goo.gl/ruAlp7>

4. Merchán V.A. Síndrome metabólico y riesgo de enfermedad cardiovascular. *Acta Med Colomb* [Internet]. 2005; 30 (3): 150-154. Disponible en: <https://goo.gl/e2GgWT>
5. Sánchez f, Jaramillo N, Vanegas A, Echeverri J.G, Alviar C.L, Echavarría E, et al. Prevalencia y comportamiento de los factores de riesgo del síndrome metabólico según los diferentes intervalos de edad, en una población femenina del área de influencia de la Clínica Las Américas, en Medellín – Colombia. *RCC* [Internet]. 2008; 15 (3): 102-110. Disponible en: <https://goo.gl/eibGTp>
6. Alejandro A.P, Jiménez S.P. Nutrición y dietética en los estados fisiológicos del ciclo vital. 1ª edición. Madrid: Fuden; 2017.

Capítulo 51

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN LA CURACIÓN DE HERIDAS CRÓNICAS

ANA MURIAS ALVAREZ

RAQUEL FERNÁNDEZ SANTANA

1 Introducción

Las heridas crónicas son aquellas que no evolucionan más allá de la fase inflamatoria debido a un desequilibrio entre los factores de crecimiento y las proteasas. Pueden definirse como cualquier solución de continuidad en la superficie corporal que no cicatriza a la velocidad esperada ni con el tratamiento convencional, o que recurre una vez cicatrizada.

El retardo en el tiempo de cicatrización puede ser debido a múltiples factores, como la presencia exagerada de citocinas proinflamatorias, la disminución de los factores de crecimiento, la alteración en el depósito de colágeno y de la matriz, la alteración de la proliferación celular y de la síntesis proteica, y el aumento de la apoptosis.

En la actualidad se ha fomentado el uso de la terapia de presión negativa en el tratamiento de heridas con tórpida evolución. Es un tratamiento avanzado que se ha integrado en la práctica terapéutica para la cicatrización de heridas y la optimización del cuidado del paciente. Este sistema de cuidado de heridas consiste en apósitos especiales de espuma de células abiertas, una cubierta adhesiva

semioclusiva, un sistema de recolección de líquidos y una bomba de succión controlada por un microprocesador que aplica una presión negativa sobre la herida a tratar.

2 Objetivos

Describir las indicaciones y consideraciones clínicas en el uso de terapia negativa aplicada en la cicatrización de las heridas crónicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo 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 aquellos artículos científicos procedentes de las publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La principal finalidad de la aplicación de terapia de presión negativa es crear un entorno que favorezca la cicatrización de la herida por intención secundaria o terciaria mediante la preparación del lecho de la herida para su cierre, la reducción de los edemas, el fomento de la formación de tejido de granulación y de la perfusión, así como la eliminación del exudado y las sustancias infecciosas.

Su uso está contraindicado en pacientes con osteomielitis, heridas con presencia de tejido necrótico, fistulas no entéricas e inexploradas, en neoplasia maligna de herida. No se debe colocar apósitos de espuma del sistema de terapia directamente en contacto con vasos sanguíneos, zonas anastomóticas, órganos o nervios expuestos.

Antes de iniciar una terapia en heridas crónicas con un diagnóstico incierto, se recomienda realizar una biopsia del tejido para su evaluación histológica u otras pruebas definitivas. Es importante identificar cualquier etiología oculta y adoptar las medidas correspondientes para tratar las enfermedades subyacentes que puedan ser la consecuencia del retardo en la cicatrización.

Las heridas crónicas pueden beneficiarse de un desbridamiento agresivo del tejido blando para retirar las células epiteliales que hayan podido desplazarse

a través de la superficie de la herida.

Si la piel del paciente no puede tolerar los cambios frecuentes de apósito y la lámina adhesiva alrededor de la herida está intacta, puede cortar esta lámina adhesiva alrededor del apósito, retirar el apósito, limpiar la herida según las indicaciones y, continuación, colocar el nuevo apósito con más lámina adhesiva. La lámina adhesiva en la zona circundante a la herida puede permanecer un cambio de apósito más.

Se debe tener especial cuidado ante la posibilidad de que se produzcan traumatismos o que se ejerza presión adicional al colocar la conexión tubular del sistema especialmente en zonas con prominencias óseas.

5 Discusión-Conclusión

La cicatrización acelerada de heridas con presión negativa se trata de un método no invasivo que consigue, mediante presiones negativas controladas, favorecer la cicatrización de la herida. Reduce significativamente el tiempo de cierre de la herida lo que repercute positivamente en la recuperación de los pacientes mejorando su calidad de vida.

Se evidencia que la terapia de vacío ha ayudado a ofrecer una asistencia más completa a los pacientes, disminuyendo tiempos de estancia hospitalaria, optimizando recursos hospitalarios y evitando en muchos casos maniobras quirúrgicas más agresivas. En determinados casos, incluso se puede aplicar la terapia de forma ambulatoria, lo que supone un valor añadido.

6 Bibliografía

1. El-Sabbagh AH. Negative pressure wound therapy: An update. *Chin J Traumatol.* 2017 Apr;20(2):103-107.
2. Rosenbaum AJ, Banerjee S, Rezak KM, Uhl RL. Advances in Wound Management. *J Am Acad Orthop Surg.* 2018 Dec 1;26(23):833-843.

Capítulo 52

BENEFICIOS Y RIESGOS DE UNA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

MARIA JOSÉ BANGO SUAREZ

PATRICIA ARNE MONTESERIN

ELENA LLERA GONZALEZ

MARÍA JIMENEZ ALONSO

ALEXIA FERNÁNDEZ DÍAZ

1 Introducción

Se entiende por transfusión sanguínea el procedimiento durante el cual se administra sangre o componentes de la sangre directamente en el torrente sanguíneo del paciente a través de una vena. Se administra sangre donada por otra persona o sangre del paciente que se extrajo y se almacenó para usar cuando se necesite. Las personas reciben transfusiones de sangre por varios motivos, entre ellos, cirugías, lesiones, enfermedades, trastornos hemorrágicos o, por ejemplo, padecer de una afección médica en la que el cuerpo no produce suficiente cantidad de ciertos componentes de la sangre. Actualmente, se está investigando para desarrollar sangre artificial, pero hasta el momento, no existe nada que pueda reemplazar adecuadamente a la sangre humana.

La transfusión es solamente una medida paliativa que tiene como objeto fundamental restablecer una condición clínico-hemática del paciente, para restaurar

en calidad y volumen, las pérdidas de los elementos sanguíneos asegurando la capacidad de supervivencia de los mismos.

Paciente politransfundido es aquel que ha recibido como transfusión 4 o más unidades de hemocomponentes, así como aquel que ha recibido 4 o más unidades de sangre, tomando en consideración un reemplazo del 50% o más de su volemia por una misma causa o periodo, como por ejemplo: sangrado quirúrgico o post quirúrgico, politraumatismos, pérdida masiva de sangre, anemia, cáncer, entre otros.

El potencial riesgo que significa una transfusión y la gravedad de las reacciones transfusionales, hace necesario una adecuada prevención, identificación rápida y el establecimiento inmediato de medidas terapéuticas adecuadas.

La intervención desde enfermería respecto a la información a estos pacientes debe estar enfocada a:

- Informar al paciente receptor de una transfusión sanguínea de los riesgos y beneficios asociados a la misma.
- Concienciar al paciente de la necesidad de la transfusión dado que presenta una carencia de componentes sanguíneos que no puede ser sustituida por otras alternativas, que aprecie los riesgos y las posibles consecuencias de no recibir la terapia recomendada.
- Dar la oportunidad de hacer preguntas.

2 Objetivos

Describir los riesgos y beneficios de la transfusión sanguínea.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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, además de en revistas especializadas, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Todos los procedimientos médicos conllevan cierto riesgo, incluida las transfusiones de sangre, pero se han adoptado ciertas medidas de seguridad para reducir los riesgos. La sangre que se utiliza en las transfusiones proviene de un donante altruista. Todos los donantes de sangre deben responder preguntas sobre su salud y estilo de vida antes de donar sangre. Posteriormente, la sangre donada se analiza cuidadosamente para detectar posibles enfermedades infecciosas. La sangre que no es segura se destruye. Sin embargo, todavía existe un riesgo muy pequeño de contraer una enfermedad infecciosa después de recibir una transfusión de sangre, como:

- Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- Hepatitis C
- Hepatitis B

Entre los riesgos, podemos citar:

- Reacciones alérgicas graves (que podrían poner en riesgo la vida del paciente).
- Problemas respiratorios debidos a una sobrecarga de líquidos o lesiones pulmonares repentinas que causan problemas respiratorios.
- Infecciones bacterianas, ya sea por bacterias introducidas por medio de la VI o por bacterias o virus no detectados en la sangre del donante.
- Reacciones de fiebre y escalofríos.
- Destrucción de glóbulos rojos (hemólisis).
- Recibir el producto sanguíneo incorrecto (debido a un error humano).
- Choque o muerte.

No obstante, la transfusión sanguínea posee numerosos beneficios clínicos que han sido ampliamente comprobados, tales como:

- En los pacientes con anemia o que están recibiendo quimioterapia, el mayor beneficio de una transfusión es que aumenta el flujo de sangre que nutre los órganos y los niveles de oxígeno del cuerpo. Esto puede aliviarles la sensación de extremo agotamiento y aportarles mayor energía para las actividades cotidianas. Estos beneficios se notan bastante pronto.
- Para los pacientes con problemas relacionados con hemorragias, las transfusiones de plaquetas o de plasma pueden ayudar a controlar o evitar las complicaciones derivadas de las hemorragias.

5 Discusión-Conclusión

La administración de hemoderivados es parte esencial de los cuidados de salud y cuando se emplea de forma correcta puede determinar la supervivencia o no del paciente. Actualmente, la transfusión de hemoderivados es un procedimiento que requiere conocimiento de las bases fisiológicas y un manejo meticuloso del cuidado del receptor y la aplicación correcta de un protocolo para, fundamentalmente, prevenir las complicaciones que pudieran presentarse, dado que un error puede comprometer la vida del receptor.

No hay que olvidar que los componentes sanguíneos son un producto de origen humano y, aunque el proceso de la transfusión se hace con las mayores garantías de seguridad para el paciente, siempre existen riesgos que deben valorarse a la hora de decidir si se debe llevar a cabo una transfusión o no. Por ello hay que considerar la causa que motiva la indicación, cuál es el objetivo a conseguir, si hay alternativas terapéuticas, o los posibles efectos desfavorables que pueda provocar la transfusión.

6 Bibliografía

1. www.revistamedicavozandes.com
2. www.mayoclinic.org
3. www.transfusion.granada-almeria.org
4. www.nm.org

Capítulo 53

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN EL POSTPARTO

INÉS VEGA ABRIL

1 Introducción

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la Incontinencia Urinaria como “la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social, y que puede demostrarse objetivamente”. Uno de los subtipos de la incontinencia urinaria es la incontinencia urinaria de esfuerzo que se caracteriza por la pérdida involuntaria de orina durante un esfuerzo físico, al toser o al estornudar.

En las mujeres, la incontinencia urinaria suele aparecer por primera vez durante la gestación manteniéndose en el postparto. Asimismo, la edad materna superior a los 35 años, la obesidad, el estreñimiento, la multiparidad, el parto vaginal y una edad gestacional igual o mayor de 37 semanas, se consideran factores de riesgo de la incontinencia urinaria en el postparto.

La disfunción del suelo pélvico femenino es un problema de salud y social que está cobrando cada vez más importancia. Esta disfunción da lugar al prolapso de los órganos pélvicos y a la incontinencia urinaria, predominando la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Los ejercicios de la musculatura del suelo pélvico han demostrado ser eficaces para prevenir la incontinencia urinaria en el postparto.

Las guías clínicas actuales recomiendan ofrecer a las mujeres durante su primer embarazo, y en los posteriores, ejercicios para fortalecer la musculatura del suelo pélvico como medida preventiva.

2 Objetivos

Actualizar la información proporcionada en la bibliografía científica sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo en el postparto y sus distintas formas de tratamiento.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se realizó a través de una búsqueda en las bases de datos PubMed, Scielo, Medline, Cochrane y Cinhal utilizando como palabras clave: “incontinencia urinaria”, “puerperio”, “función muscular del suelo pélvico”, “ejercicio físico” y “enfermería”.

La búsqueda se ha realizado entre los años 2015-2020, seleccionando las revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y meta-análisis que tuvieran que ver con la temática a estudio tanto en el idioma español como en inglés.

4 Resultados

El entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico es el tratamiento de primera línea para la incontinencia urinaria de esfuerzo así como para el prolapso de los órganos pélvicos.

Determinados factores de riesgo pueden provocar la incontinencia urinaria de esfuerzo siendo este un campo interesante sobre el que trabajar desde la Fisioterapia y la Enfermería. El hecho de que estos profesionales conozcan los factores de riesgo de la incontinencia urinaria, conduce a una identificación precoz de las mujeres que tienen mayor riesgo de desarrollarla y, por lo tanto, permite que se lleven a cabo medidas preventivas que reduzcan su prevalencia.

En el caso de las mujeres embarazadas, el aumento de peso que se produce durante la gestación, se asocia con alteraciones del suelo pélvico, concretamente con la aparición de la incontinencia urinaria de esfuerzo, mientras que la realización de actividad física aumenta la fuerza general y la participación regular de la musculatura del suelo pélvico provocando una disminución de la prevalencia e incidencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Se ha observado que la realización de ejercicios dirigidos al fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico mejora la incontinencia urinaria de esfuerzo. En cuanto a la duración de estos beneficios, se han encontrado diferencias relativas

a la efectividad del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico a corto y largo plazo, observando que la mayoría de los estudios revisados afirman que los beneficios son mayores a corto plazo disminuyendo progresivamente a largo plazo, aunque sin llegar a desaparecer.

En cuanto a los síntomas de la disfunción sexual femenina, íntimamente relacionados con los problemas del tracto urinario como la incontinencia, no se ha encontrado consenso en cuanto a su prevención o tratamiento realizando un entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico.

5 Discusión-Conclusión

Existen evidencias de que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico es beneficioso para prevenir la aparición de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Por ello, se recomienda la realización de ejercicios, a largo plazo, de los músculos del suelo pélvico dirigidos por fisioterapeutas o enfermeros especialistas en obstetricia y ginecología (matronas).

Podemos concluir, que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico es un tipo de tratamiento efectivo en la prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo tanto en las gestantes como en las púerperas. Asimismo, la realización de este entrenamiento junto con el fortalecimiento de la musculatura abdominal, ayudaría a la gestante a liberar el peso que incide sobre su suelo pélvico y a recuperar el tono de la musculatura del suelo pélvico tras el parto.

6 Bibliografía

1. García Carrasco, D., Aboitiz Cantalapiedra, J. Efectividad del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en la incontinencia urinaria: revisión sistemática. *Fisioterapia*: 87-95.
2. Memon, H.U., Handa, V.L. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Women Health*. 2013; 9(3): 265-77.
3. Leroy, L., Lopes, M.H.B. Urinary incontinence in the puerperium and its impact on the health-related quality of life. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012; 20(2): 346-53.
4. Gagnon, L.H., Boucher, J., Robert, M. Impact of pelvic floor muscle training in the postpartum period. *Int Urogynecology J*. 2016; 27(2): 255-60.

5. Schimpf, M.O. Postpartum pelvic therapy and sexual function. *J Obstet Gynaecol.* 2016; 123(4): 643.
6. Nygaard, I.E., Shaw, J.M. Physical activity and the pelvic floor. *J Obstet Gynaecol.* 2016; 214(2): 164-71.

Capítulo 54

CUIDADOS LOCALES DE LAS ÚLCERAS

BÁRBARA FERNÁNDEZ BERMÚDEZ

URSULA FERNANDEZ GANCEDO

OLAYA MUÑIZ BURGUILLO

CLAUDIA RODRÍGUEZ OLIVA

1 Introducción

Las úlceras son heridas cutáneas secundarias con pérdida de continuidad que, en muchas ocasiones, tienden a cronificar y crear problemas de salud que deterioran la calidad de vida de las personas que sufren estas lesiones, llegando a ser en ocasiones invalidantes.

Se consideran úlceras “crónicas” cuando su tiempo de curación supera las 6 semanas.

Es muy importante diferenciar su origen, ya que dependiendo de este se elegirá un tratamiento u otro a seguir hasta su resolución. Además, en el caso de que sean úlceras de pie diabético, cobra gran relevancia la educación al paciente con diabetes mellitus para evitar que se generen pequeñas lesiones que pueden evolucionar a úlceras de difícil cicatrización.

Actualmente, los profesionales de enfermería tenemos gran cantidad de guías de práctica clínica a nuestra disposición. A pesar de esto, los conocimientos que nos encontramos son variados y los pocos estudios de integración existentes acerca

de estas guías conlleven que toda la información que recibimos nos suponga mucha indecisión a la hora de tratar estas heridas.

Muchas veces se tiende a rutinizar la práctica, de forma que no se avanza ni en la curas en sí, ni en el manejo de las úlceras; causando una alteración en el tiempo de resolución de las mismas y gran frustración en los pacientes.

2 Objetivos

- Integrar toda la información reciente acerca de las pautas del actual tratamiento convencional de las úlceras.
- Conocer cómo realizar una correcta valoración previa a las curas locales de las úlceras.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en diferentes bases de datos, a través de diferentes buscadores como SciELO o Google Académico. Del total de artículos encontrados, únicamente 2 han sido seleccionados para la realización del capítulo por cumplir los criterios de inclusión y no los de exclusión.

4 Resultados

1. Valoración integral de cada paciente:

Los cuidados que se aplicarán a cada persona serán siempre individualizados y teniendo en cuenta los factores externo e internos que afectan al desarrollo de la cicatrización de la úlcera.

2. Valoración de la herida:

Principalmente observaremos la cantidad y tipo de exudado, el aspecto de los bordes y del lecho ulceral. Debemos determinar cuáles son los tejidos visibles y si existe infección para llevar a cabo una u otra terapia.

3. Limpieza de la herida:

Se realizará con agua y jabón o con suero salino fisiológico a cierta presión, sin arrastrar ni dañar el tejido. La presión adecuada para eliminar los desechos de

manera no agresiva sería, por ejemplo, la que ejerce una jeringa de 20 ml. No se usarán antisépticos nunca en una piel con pérdida de continuidad.

4. Preparación del lecho de la herida:

Existen dos formas de realizar la cura, dejando a la herida en un ambiente seco o en un ambiente húmedo. La más utilizada en la actualidad es la cura en ambiente húmedo, ya que favorece la regeneración de las células.

Habrà que retirar el tejido no viable, ya sea con un desbridamiento cortante, quirúrgico o enzimático. Este último consiste en utilizar enzimas proteolíticas para eliminar el tejido no viable. Cuando aplicamos estos productos es aconsejable cubrir los bordes de la herida con una crema barrera que proteja el tejido de granulación.

5. Uso de apósitos:

Para decidir si colocar uno u otro habrá que valorar todos los aspectos de la herida y elegir uno para comenzar.

Debemos reevaluar el progreso de la herida en cada cura y adaptar los apósitos tanto al aspecto de la misma, como a las necesidades de los pacientes. Es decir, debemos conocer los recursos de los que dispone la persona que tiene esta úlcera, ya que una buena adherencia y cuidados autónomos también favorecen la cicatrización y el buen desarrollo de las heridas.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras constituyen un problema que afecta a una amplia población, esto hace que sea muy relevante desde el punto de vista de la calidad de vida en la población.

Con un buen manejo, estandarizado e integrado, puede conseguirse la curación de un gran porcentaje de heridas, que consecuentemente tendrá un impacto positivo en la sociedad.

Esto se debe a que una gran cantidad de úlceras en los miembros inferiores tienden a infectarse y terminan resolviéndose únicamente con la amputación del miembro, un hecho que se ha demostrado que disminuye de manera significativa la esperanza de vida de estas personas.

6 Bibliografía

1. Cacicedo González R, Castañeda Robles C, Cossío Gómez F, Delgado Uría A, Fernández Saíz B, Gómez España MV, et al. Prevención y Cuidados Locales de Heridas crónicas [Internet]. 1a edición. Cantabria: Servicio Cántabro de Salud; Enero 2011 [citado 18 Nov 2019]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-de-cuidados-locales-y-heridas-cronicas.pdf>
2. Gulmarães Barbosa JA, Nogueira campos LM. Directrices para el tratamiento de úlcera venosa. Enferm Glob [Internet]. Oct 2010 [citado 19 Nov 2019]; 20. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/revision2.pdf>

Capítulo 55

TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS (TME) EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO

MARIA ELENA VILLAR OLIVAR

ANA ROSA FLOREZ SIRGO

VANESA SÁNCHEZ ESCANDON

MAGALI COLMENERO GARCIA

1 Introducción

Los trastornos musculoesqueléticos (TME) se entienden como problemas de salud del aparato locomotor (músculos, tendones, huesos, cartílagos, ligamentos y nervios). Incluyen desde las molestias más leves y pasajeras, hasta lesiones irreversibles y discapacitantes.

Los TME son una de las enfermedades profesionales más comunes en España y especialmente entre el personal sanitario entre el que se incluye el personal de enfermería. La localización más frecuente se da a nivel de cuello, espalda, hombros, codos, muñeca y manos; el dolor generado tiene un gran impacto en la calidad de vida de los trabajadores, afectando también a su productividad laboral.

Sus principales síntomas son: dolor, inflamación/hinchazón, rigidez, adormecimiento y cosquilleo.

Para hablar de sus causas no es posible centrarse en una sola, ya que existen factores diversos siendo los físicos los más relevantes como:

- Sobrecarga mecánica.
- Posturas forzadas.
- Movimientos repetitivos.

También están los factores organizativos como es un alto nivel de exigencia en el trabajo, falta de control de las tareas realizadas, falta de ergonomía en los puestos de trabajo. Otros factores son los personales como la edad y sexo de los trabajadores.

Los trastornos musculoesqueléticos tienen una alta prevalencia, especialmente en los profesionales de la salud como son las enfermeras, quienes se ven expuestos a altos niveles de esfuerzo físico por la movilización manual de pacientes, movimientos repetitivos de brazos/manos, levantamiento de cargas pesadas y las posturas inadecuadas o forzadas.

Uno de los síntomas que se presentan con mayor frecuencia es el dolor, ya que su aparición es temprana. En estos profesionales, los dolores en la región lumbar, cervical y hombros son los más frecuentes, además, puede haber inflamación, fatiga, limitación para la movilidad e incluso alteración en la sensibilidad.

2 Objetivos

- Conocer cuales son los trastornos musculoesqueléticos más comunes entre el personal sanitario y más concretamente en el de enfermería.
- Conocer cual son las causas y factores de riesgo, así como las consecuencias que sufren los profesionales de enfermería debido a dichos TME.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro electrónico se ha llevado a cabo una búsqueda general en Google académico, así como una revisión bibliográfica de estudios de investigación, artículos de revistas científicas en bases de datos como PubMed, Dialnet, Scielo...

4 Resultados

- De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, podemos confirmar que el cuello, junto con zona lumbar, son las regiones con mayor prevalencia de afectación en profesionales de la sanidad, seguidas de las lesiones a nivel de mano y muñeca. Estas lesiones se manifiestan con dolor y limitación funcional de la zona afectada, dificultando o impidiendo realizar el trabajo lo cual afecta a la productividad laboral de las enfermeras.
- En el ámbito sanitario los riesgos ergonómicos son principalmente por: manipulación manual de cargas donde destacamos la movilización de pacientes, movimientos forzados ya sean con o sin carga; sedentarismo, movimientos bruscos o imprevistos, en los cuales será preciso que el trabajador lleve a cabo un sobreesfuerzo que, por lo general se suele hacer rápidamente y con posturas inadecuadas, con lo que aumenta el riesgo de producirse una lesión.
- Los profesionales de enfermería son los más afectados porque se encargan de la actividad directa con el paciente, y los procedimientos realizados tienen un elevado esfuerzo físico como son: el aseo en cama o baño asistido, movilización del paciente de la cama al sillón, entre otras actividades. La postura es muy importante sobre todo en ciertas tareas como por ejemplo: en la administración de medicación intravenosa, la medición de signos vitales, la realización de curas, extracciones de muestras sanguíneas, el tiempo dedicado para la realización de informes de enfermería, entre otros.
- Los problemas de salud que ocasionan estas lesiones van desde incomodidad, molestias y dolores hasta cuadros médicos mucho más graves que pueden llegar a obligar a las enfermeras a solicitar la baja laboral e incluso a recibir tratamiento médico. En aquellos casos más crónicos, tanto el tratamiento como la recuperación suelen ser insatisfactorios y el resultado puede ser una discapacidad permanente o incluso la pérdida del empleo.

5 Discusión-Conclusión

- Los trastornos musculoesqueléticos constituyen la primera causa de incapacidad temporal y suponen un alto coste económico derivado de la asistencia sanitaria y la pérdida de productividad.
- La prevalencia de TME es particularmente alta entre el personal de enfermería, que constituye más del 50% de la plantilla en los hospitales, y es también la primera causa de incapacidad temporal, por lo que su prevención debería ser una prioridad en la salud laboral de este colectivo

- Para evitar estos problemas se debería realizar un estudio ergonómico del puesto de trabajo de las enfermeras en distintos ámbitos y así de esta manera podremos llegar a la conclusión de si esos trastornos músculo-esqueléticos que el trabajador/a refiere son a consecuencia del mal desempeño de sus funciones dentro de su puesto de trabajo.

6 Bibliografía

1. Álvarez CF. Dolor lumbar y su posible relación con las posturas forzadas en enfermeras y auxiliares. Universidad Internacional SEK. 2019. (Citado 10 octubre 2020). Disponible en: <https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3591>
2. Carvallo B. Riesgos laborales en ejercicio de la enfermería, revistas médicas, Salud [Internet]. [citado 17 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistasmedicas/enfermeria/ve-63/enfermeria6303-memorias/>
3. Rivera MA, Sanmiguel MF, Serrano LB, Nava MP, Morán JM, et al. Factores Asociados a Lesiones Músculo-Esqueléticas por Carga en Trabajadores Hospitalarios de la Ciudad de Torreón Coahuila México. Revista Ciencia y Trabajo. 2015. (Citado 10 octubre 2020); (53): 144-149. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492015000200008
4. Sanabria AM. Prevalencia de dolor lumbar y su relación con factores de riesgo biomecánico en personal de enfermería. Medicina (Bogotá). 2015. (Citado 10 octubre 2020); (37): 319-330. Disponible en: <https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/111-2>

Capítulo 56

BASES DEL PROCESO DE CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS

BÁRBARA FERNÁNDEZ BERMÚDEZ

OLAYA MUÑIZ BURGUILLO

CLAUDIA RODRÍGUEZ OLIVA

URSULA FERNANDEZ GANCEDO

1 Introducción

El proceso de cicatrización de las heridas es una secuencia de fases que tiene como objetivo el reemplazo del tejido que se ha lesionado por uno nuevo que cumpla su misma función.

Una vez que se consigue, las cicatrices pueden clasificarse en: fisiológicas (las que debemos intentar conseguir), atróficas, hipertróficas, queloides y de tipo contractura.

Existe una gran cantidad de células implicadas en estas fases, primero jugarán su papel las plaquetas y la fibrina que detendrán o disminuirán la hemorragia. Otras células, como los leucocitos, participarán en la limpieza de la herida, etc.

Esta secuencia del desarrollo del cierre de una herida conlleva una duración determinada. Cuando, por cualquier razón, la piel no cicatriza a una velocidad adecuada o no se consigue que se forme un nuevo tejido, podemos clasificar a esa herida como una herida crónica.

Estas suponen un deterioro de la calidad de vida de los pacientes que las padecen y un gran gasto de recursos y de materiales necesarios para su tratamiento.

Por esta razón es muy importante conocer la base de la cicatrización, para poder adecuar nuestro tratamiento y nuestras curas a cada etapa de desarrollo de los tejidos, consiguiendo así la aceleración de la curación.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar cuál es la importancia de adecuar la cura de una herida a la etapa del proceso de cicatrización en la que se encuentra.

Objetivos secundarios:

- Desarrollar cada una de las fases del proceso de cicatrización de las heridas.
- Analizar las alteraciones en la cicatrización que son causadas por un mal manejo de las curas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo de libro se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos, utilizando buscadores como Scielo o el metabuscador Google Académico.

De los artículos encontrados en las diferentes bases de datos, se han seleccionado dos para la realización del capítulo.

4 Resultados

Podemos clasificar las heridas en: Heridas que cicatrizan por primera intención y heridas que cicatrizan por segunda intención.

La cicatrización por primera intención consiste en realizar una intervención para aproximar los bordes, mientras que la cicatrización por segunda intención sería una herida con una mayor extensión que cicatriza por sí misma.

En estas últimas heridas podemos distinguir 3 fases:

1. La fase inflamatoria comienza en el momento en el que el cuerpo reacciona ante la lesión y comienza a realizar la hemostasia para evitar la pérdida de sangre.

Aquí intervienen células como las plaquetas, la fibrina y los agentes que median en los procesos de inflamación. también los monocitos y neutrófilos tendrán su función realizando una primera limpieza de los tejidos, eliminando algunas impurezas.

2. La fase de granulación puede observarse cuando el tejido se encuentra enrojecido, en dicha zona estará llevándose a cabo la angiogénesis.

Es en este momento cuando los fibroblastos van avanzando desde la piel sana hacia el lecho de la herida y el tejido de granulación que se ha formado, junto con los neovasos, ayudará a formar el nuevo tejido desde los bordes.

3. La fase de maduración de los tejidos finaliza con la epitelización, sin embargo, el tejido seguirá especializándose y cicatrizando durante un largo periodo de tiempo.

Esto último es interesante porque estos tejidos son muy sensibles a productos y agresiones.

Debemos seguir tratando estas heridas “curadas” de forma que pueda completarse el proceso de cicatrización en las mejores condiciones posibles.

En este desarrollo del nuevo tejido afectan negativamente diversos factores como algunos fármacos (AINEs, anticoagulantes...), el uso de antisépticos en el tejido vulnerable, los cambios bruscos de temperatura o los malos hábitos como el tabaquismo.

5 Discusión-Conclusión

El desconocimiento de las diferentes fases de curación de una herida, desde el punto de vista enfermero, deteriora la terapia y el manejo de estas lesiones, frenando el proceso de cicatrización y alargando en gran medida el periodo de resolución de estos problemas.

En muchas ocasiones, se tiende a utilizar productos como antisépticos en tejidos que no son sanos. Esto, en la práctica, suele frenar la progresión del tejido de granulación, retrasando el cierre de las heridas.

Por otra parte, la limpieza debería realizarse en la medida de lo posible con solución salina o agua a una temperatura más bien caliente, ya que el ambiente húmedo y caliente favorece el crecimiento de los tejidos.

Es importante también realizar una buena valoración del paciente, sus patologías, sus hábitos tóxicos y su medicación para poder llevar a cabo la mejor terapia

posible.

En resumen, entender el funcionamiento de la piel ante una lesión y su proceso natural de cicatrización, podremos realizar un tratamiento adecuado para llegar al objetivo marcado de resolución de cada herida.

6 Bibliografía

1. Cacicedo González R, Castañeda Robles C, Cossío Gómez F, Delgado Uría A, Fernández Saíz B, Gómez España MV, et al. Prevención y Cuidados Locales de Heridas crónicas [Internet]. 1a edición. Cantabria: Servicio Cántabro de Salud; Enero 2011 [citado 18 Nov 2019]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-de-cuidados-locales-y-heridas-cronicas.pdf>.
2. Conferencia Nacional del Consenso sobre Úlceras de la extremidad inferior. Documento del consenso CONUEI. Barcelona: EdikaMed; 2009. Disponible en: <https://www.aeev.net/guias/CONUEI2009.pdf>.

Capítulo 57

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL ICTUS

SANDRA GARCÍA FERNÁNDEZ

LORENA VALLEDOR CASTAÑO

DIANA GONZÁLEZ ARANGO

LAURA MALLADA LLANO

1 Introducción

El ictus es la primera causa de discapacidad severa en el adulto y la principal causa de muerte entre las mujeres y la segunda en varones en España. Se manifiesta bruscamente y genera un gran problema de salud, pero a su vez se puede prevenir, tratar y recuperar.

Se divide en ictus isquémico (el más frecuente, acumulando el 80-85% de los casos) y hemorrágico. Cuanto antes se apliquen las medidas terapéuticas mejora de forma significativa el pronóstico, por lo tanto, los tratamientos más comunes, que son la trombolisis endovenosa y la trombectomía mecánica endovascular, son tiempo-dependientes. Para ello fue creado el Código Ictus (CI), que es un protocolo de atención rápida y eficaz que facilita el acceso al tratamiento de reperusión en el menor tiempo posible y debe ser activado en cualquier caso con sospecha de ictus agudo. Implica colaboración entre los diversos niveles hospitalarios y los sistemas de emergencias extrahospitalarias para que el paciente reciba

la atención más adecuada en función del nivel de complejidad del caso. Posteriormente debe aplicarse una actuación multidisciplinar dirigida a reducir la morbilidad de todos los tipos de ictus, incluyendo tratamiento fisioterápico, de logopedia y de terapeuta ocupacional entre otros a parte del tratamiento médico.

2 Objetivos

- Proporcionar un conjunto de recomendaciones actualizadas y basadas en la evidencia disponible para el manejo del ictus agudo.
- Reflejar la importancia de una atención multidisciplinar al paciente tras un ictus.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación y búsqueda de diferentes trabajos científicos vinculados con el tema escogido, el ictus. Se han utilizado bases de datos científicas como Scielo, ScienceDirect o Pubmed. Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son: artículos anteriores al año 2016 y de idioma distinto al castellano. Palabras clave: ictus, disfagia, rehabilitación.

4 Resultados

Aproximadamente 1,1 millones de europeos sufren un ictus cada año y su importancia radica en que este supone la segunda causa de muerte y la primera causa de discapacidad en nuestro continente.

Existen diversas herramientas para identificar rápidamente la posible existencia de un ictus activo y su gravedad, entre ellas se emplean la escala de Cincinnati o la escala neurológica Rapid Arterial Occlusion Evaluation (RACE). Tras la valoración por parte preferiblemente de un neurólogo vascular se procede a realizar una serie de pruebas: toma de constantes para posteriormente normalizar los niveles de glucosa y presión arterial, canalizar una vía venosa periférica, se saca una muestra sanguínea básica (hemograma, bioquímica y coagulación) y se realiza una tomografía computerizada (TC), tras la cual se procede a realizar la trombolisis endovenosa si no hay contraindicación. Sus principales limitaciones son que presenta una escasa eficacia en oclusiones de gran vaso y los pacientes con tratamiento anticoagulante previo o cirugías recientes, ya que presentan un mayor riesgo de presentar complicaciones hemorrágicas.

No todos los centros hospitalarios están capacitados para realizar tratamientos de alta complejidad, pero las nuevas tecnologías permiten que empleando la telemedicina o teleictus, se pueda administrar tratamiento antitrombótico en un hospital comarcal con la supervisión remota de un neurólogo vascular de un centro terciario de ictus.

Tras la realización de dichos tratamientos el paciente pasa a ser ingresado en una unidad de ictus (UI), donde el control de la tensión arterial es esencial, ya que reduce el edema cerebral y el riesgo de transformación hemorrágica. También debe haber un riguroso control de la temperatura, la glucemia y la disfagia, ya que hasta el 50% de los pacientes en los primeros días tras un ictus presenta hiperglucemia y un 37-78% tienen disfagia. La disfagia se asocia con un peor pronóstico, ya que incrementa la incidencia de broncoaspiración y con ello de la neumonía, deshidratación y malnutrición, implicando una peor capacidad funcional, institucionalización e incremento de la mortalidad.

Debe realizarse un test de disfagia en las primeras 24h previo a la ingesta oral/medicación oral para reducir el riesgo de aspiración y reevaluarse si el paciente presenta cambios clínicos. Las más utilizadas son el test del agua y el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V). Si la disfagia es severa se aconseja el sondaje nasogástrico y nutrición enteral lo antes posible tras el ingreso.

También deben ser evaluados cuanto antes acerca de sus necesidades de rehabilitación para iniciar el tratamiento en cuanto el paciente se encuentre estable clínica y hemodinámicamente, procediendo a la sedestación según tolerancia a las 24h y pasando posteriormente a ser tratados por parte de terapeutas ocupacionales, logopedas y psicoterapeutas.

Al alta hospitalaria se le indicará un tratamiento de prevención secundario que incluya rehabilitación ambulatoria si la precisa (un tercio de los pacientes son aptos para el alta precoz con este tipo de tratamiento y se ha demostrado que tiene mayores probabilidades de recuperar su independencia), se le proporcionarán consejos para la autonomía del paciente y se involucrará a los familiares y/o cuidadores.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo se presentan recomendaciones generales basadas en la evidencia para la prevención, la rápida detección y el tratamiento del ictus por parte de

profesionales sanitarios. La categoría enfermera desempeña un papel crucial en el cuidado del ictus al participar en gran parte de los procesos junto con otras categorías como medicina, terapia ocupacional, logopedia o psicoterapia. Participan en la prevención con el control glucémico, la presión arterial y de otras comorbilidades, en el diagnóstico con toma de constantes, extracción de muestras y canalización de accesos venosos y en el tratamiento evaluando la disfagia y administrando medicación o nutrición enteral en caso de sondaje nasogástrico.

6 Bibliografía

1. Sanjuan E, Pancorbo O, Santana K, Miñarro O, Sala V, Muchada M, et al. Manejo del ictus agudo. Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la Unidad de Ictus. *Neurol (Engl Ed)* [Internet]. 2020; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485320302917>.
2. Terré R. Disfagia orofaríngea en el ictus: aspectos diagnósticos y terapéuticos. *Rev Neurol* [Internet]. 2020 [citado el 18 de diciembre de 2021];70(12):444–52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32500523/>.
3. Soto A, Guillén-Grima F, Morales G, Muñoz S, Aguinaga-Ontoso I, Fuentes-Aspe R. Prevalence and incidence of ictus in Europe: systematic review and meta-analysis. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2021 [citado el 18 de diciembre de 2021];0(0). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34751194/>.
4. Murie-Fernández M, Laxe S. Neurorrehabilitación del ictus en España, comparativa con Europa. *Neurología* [Internet]. 2020;35(5):354–5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485318300963>.

Capítulo 58

EL ENFERMERO DE PEDIATRÍA

ELISA GARCÍA RUBIO

MARÍA BELÉN MATANZA VALDÉS

LAURA IÑIGO GARGANTIEL

ANDRES MARTINEZ SUAREZ

OLAYA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La pediatría es la especialidad médica que se ocupa del estudio del crecimiento y el desarrollo de los niños hasta la adolescencia, así como del tratamiento de sus enfermedades. Los enfermeros que trabajan en esta especialidad con aquellos que atienden a los niños desde el nacimiento hasta los 14 años normalmente.

El desarrollo de la pediatría se ha implantado a la vez que otras especialidades, si bien no se encarga de un aparato u órgano en concreto, se encarga de la totalidad de la atención del niño y el adolescente. Esto hace de los pediatras y de las enfermeras de pediatría un personal formado específicamente para este trabajo, los profesionales que están de atender a adultos no son capaces de dar una atención satisfactoria del todo a un niño, menos cuanto más pequeño es.

La necesidad del servicio de pediatría ya sea en atención primaria, en urgencias o en un hospital viene dada por la diferenciación entre los tratamientos de los niños y los adultos, además de la atención que necesitan que suele ser más demandante

a pesar de estar acompañados de sus padres o tutores. Esta atención suele estar plenamente diferenciada en todos los centros, incluso están separados de la zona de los adultos.

2 Objetivos

Conocer las funciones del enfermero en pediatría y cómo ha de comportarse con estos pacientes y con sus padres.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con el enfermero en pediatría. La información se ha recopilado de Web of Science, Scielo y PubMed, así como manuales de actuación de Consejerías y centros sanitarios. Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible. Los términos utilizados para la búsqueda han sido “personal sanitario”, “enfermero”, “pediatría”, “niños”.

4 Resultados

El personal de enfermería en pediatría es completamente distinto al del adulto puesto que la atención a un niño, que está aún en fase de desarrollo, debe de ser más especial y exhaustiva. Los bebés no saben comunicarse verbalmente y muchos niños tampoco lo hacen de forma correcta lo que dificulta la atención y por eso los enfermeros de esta especialidad tienen que saber leer los signos, gestos y comportamiento del niño, sabiendo qué preguntar para llegar al diagnóstico acertado.

Las principales funciones del enfermero en pediatría son la de cura de heridas, puntos y vendajes, tomar la temperatura corporal, poner vacunas e informar de sus beneficios y efectos adversos a sus padres, asistir al pediatra, atender a los bebés prematuros, administrarles medicamentos y coger vías o sondas. A parte, también orienta y ayuda en el desarrollo del pequeño con las pautas para que la dieta se siga de forma correcta y los alimentos se introduzca en el día a día del niño de forma que poco a poco vaya teniendo una dieta como la de un adulto o,

en su defecto, quite aquellos alimentos que le produzcan alguna intolerancia o alergia.

Los enfermeros forman parte de un equipo multidisciplinar con el que trabajan en conjunto para que el desarrollo del niño sea óptimo y cualquier anomalía, enfermedad o contratiempo sea detectado precozmente para poder atajar ese problema de la forma más conveniente.

Para desempeñar este trabajo hace falta algo más que estudiar y conocer los posibles problemas de los niños, el enfermero ha de ser amable, afectuoso, debe de tener la capacidad de calmar al niño y de entender en qué fase evolutiva están para poder diagnosticar de forma correcta.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que los enfermeros de pediatría deben que tener una actitud adecuada para poder ejercer esta profesión, siendo indispensable la buena predisposición hacia el niño y el adulto que lo acompaña. Además, deben de presentar la aptitud necesaria para ser capaz de atender al niño llegando a una solución al problema que presenta.

La atención diferenciada de los niños respecto de los adultos se hace necesaria para poder hacer frente a los distintos problemas que pueden tener los niños ya que un adulto que está plenamente desarrollado no precisa de la misma atención que el niño. El desarrollo psíquico del niño se hace de manera progresiva igual que su físico y por ello necesita revisiones periódicas, no solo para ponerse ciertas vacunas, también para controlar que ese desarrollo hacia la etapa adulta se está haciendo de forma correcta en todos los aspectos.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 59

EL IMPACTO DE LA NO ADHERENCIA Y EL ABANDONO A LAS TERAPIAS DE SUSTITUCIÓN RENAL

PAULA LÓPEZ RIVAS

1 Introducción

El número de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en diálisis va en aumento, por ello, con porcentajes elevados de no adherencia, el riesgo de mortalidad y hospitalizaciones empieza a convertirse en una preocupación importante en Salud Pública. Por tanto, es importante conocer el impacto sanitario de la no adherencia terapéutica a las terapias de reemplazo renal (TRR).

La OMS define la adherencia terapéutica como "el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas y se rige a las diferentes intervenciones empleadas para el tratamiento de las enfermedades crónicas", siendo necesario un rol activo del paciente para poder cumplir esto.

La eficacia del tratamiento depende de numerosos factores, entre los cuales destaca la colaboración entre el personal de la salud y los pacientes. Los estudios publicados sobre la adherencia de pacientes en diálisis renal muestran que el compromiso en estos pacientes es bajo, aumentando el riesgo de mortalidad y hospitalización tanto en pacientes de hemodiálisis como en aquellos con diálisis peritoneal.

Para conseguir una adecuada adherencia terapéutica se deben establecer estrategias complejas que involucren diferentes puntos que afectan el cumplimiento de

los pacientes, entre ellas la educación del paciente y la familia, son dos aspectos importantes para fortalecer la adhesión, ya que el desconocimiento acerca de efectos adversos e incluso muchos mitos respecto a la toma de los fármacos hacen que los pacientes abandonen el tratamiento.

2 Objetivos

- Conocer el impacto de la no adherencia y el abandono de los pacientes a las terapias de sustitución renal.
- Evaluar los factores que desencadenan esta falta de adhesión terapéutica y el papel del personal sanitario.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica entre los meses de noviembre y diciembre de 2021. Para ello se han consultado las principales bases de datos de Ciencias de la Salud, así como páginas web.

Para llevar a cabo la búsqueda se han utilizado los tesauros propios de cada base de datos (MeSH y DeCS). Las principales palabras clave empleadas fueron: “hemodiálisis”, “hemodiálisis renal”, “adherencia” y “tratamiento”; que se combinaron con los booleanos “AND” y “OR” en la búsqueda.

También se definieron una serie de criterios de inclusión y exclusión para así, emplear los artículos que se adaptasen mejor a los objetivos del presente trabajo. Como criterios de inclusión: artículos publicados en los últimos 10 años; los criterios de exclusión fueron: casos clínicos y artículos que no se adaptasen a los objetivos del trabajo.

4 Resultados

La ERC se define como cualquier alteración renal estructural o funcional, presente por un periodo de más de 3 meses, independientemente de la causa y sus implicaciones para la salud. Se clasifica en diferentes estadios según la tasa de filtración glomerular (GFR) y albuminuria, con la finalidad de proporcionar una guía de manejo, incluyendo la estratificación del riesgo de progresión y complicaciones de la ERC para los pacientes. Esta escala es una herramienta importante para enfocar el tratamiento y determinar la intensidad de monitoreo según el riesgo, además de ofrecer educación pertinente al paciente sobre su enfermedad,

progresión y oportunidades terapéuticas a futuro. La ERC genera una reducción progresiva e irreversible de la función renal, que lleva a la necesidad del empleo de la terapia continua de reemplazo renal (CRRT), una técnica que suple algunas de las funciones de filtración, desecho y metabólicas de los riñones y en la que se incluyen: hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DP) y trasplante renal.

En la ERC, es necesario un alto compromiso con numerosos aspectos del tratamiento por parte del paciente, que va más allá de la toma correcta de los medicamentos, e incluye el seguimiento de la dieta recomendada, restricciones de líquidos según la indicación y la ejecución de los cambios en el estilo de vida; dichos factores son igualmente importantes para el desenlace clínico del paciente. Adicionalmente, la asistencia regular y constante a las sesiones de diálisis son fundamentales, ya que se estima que la mortalidad puede incrementarse hasta un 30% con la omisión de una única sesión en un mes cuando se reciben 3 sesiones semanales.

Se evalúa qué tan adherente es un paciente a las sesiones dialíticas y revisiones programadas, pero la determinación de la adherencia es difícil ya que los métodos usados en su mayoría son muy subjetivos y no hay una estandarización de su uso en patologías renales. Se pueden utilizar diversos métodos para valorar la adherencia a los medicamentos, la adherencia dietética y la adherencia al estilo de vida. Entre los más usados se puede encontrar el "cuestionario simplificado de adherencia al tratamiento", que mide la adherencia en cuanto a fármacos; o el cuestionario DDFQ (Dialysis Diet and Fluid Non-adherence Questionnaire) para hacer las mediciones en cuanto a la dieta.

Está comprobado que la no-adherencia es un factor importante que determina el resultado en la DP, ya que esta muestra aumentos en el riesgo de mortalidad y hospitalización tanto en pacientes de HD y DP.

Es posible que las tasas tan bajas de adherencia que se encuentran sean debidas a diversas causas que, según la OMS, se dividen en cinco factores principales: socioeconómicos, relacionados con el paciente, con la terapia, con la condición de vida y con el sistema de atención en salud. También es importante, el análisis epigenético de los sujetos, ya que todos los posibles condicionantes pueden conducir a diferentes respuestas de los pacientes frente al tratamiento a pesar de la adecuada adherencia terapéutica. El diagnóstico y tratamiento de los pacientes se ve influenciado por los trastornos genéticos y su interacción con el ambiente. Debe tomarse en cuenta que la CRRT puede variar su efectividad por muchos factores como la adherencia terapéutica y la epigenética implícita en el asunto.

5 Discusión-Conclusión

Para conseguir una adecuada adherencia terapéutica se deben establecer estrategias complejas como la educación del paciente y su entorno.

El apoyo social y económico también es un factor importante, especialmente en países en desarrollo, donde las prioridades pueden ser otras y el cuidado se vuelve una carga; así mismo, el uso de instrumentos, recordatorios, o medidas para evitar la poca adherencia a causa de los olvidos podría ser un elemento clave para evitar los bajos porcentajes de adherencia.

Para lograr una intervención integral, se requiere una elaboración de medidas que permitan concienciar a los pacientes del importante impacto que tiene su continuidad con las diferentes recomendaciones y, a su vez, buscar una sincronización con el Sistema de Salud para que este cumpla con sus deberes de manera oportuna.

6 Bibliografía

1. Villegas-Alzate JD, Vera-Henao S, Jaramillo-Monsalve MC, Jaramillo-Jaramillo LI, Martínez-Sánchez LM, Martínez-Domínguez GI et al. El abandono de la adherencia en la terapia de reemplazo renal: una alarma en Salud Pública. Comunidad y Salud [Internet]. 2016 [7 noviembre 2021]; 14 (2): 1-8. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932016000200006&lang=pt
2. Registro Español de Enfermos Renales [sede Web]. Oviedo: Registro Español de Enfermos Renales; 2015 [acceso 10 diciembre 2021]. Informe REER 2015 [75 páginas]. Disponible en: <http://www.registrorenal.es/download/documentacion/Informe%20REER%202015%20Oviedo.pdf>

Capítulo 60

A PROPÓSITO DE UN CASO: OBESIDAD INFANTIL

LAURA MALLADA LLANO

DIANA GONZÁLEZ ARANGO

LORENA VALLEDOR CASTAÑO

SANDRA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves de este siglo XXI. Nos encontramos ante un problema de escala mundial que afecta sobre todo a países de bajos y medios ingresos.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo. Otras fuentes definen la obesidad como una enfermedad crónica compleja y multifactorial que suele iniciarse en la infancia y adolescencia teniendo su origen en una interacción genética y ambiental

La obesidad infantil es una enfermedad que se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo debido a un desequilibrio entre el consumo y el aporte de energía.

La incidencia en España oscila entre el 2,9 al 7,2% en la población de 6 a 15 años. El 40% de los niños con obesidad y el 70 % de los adolescentes con obesidad es muy posible que lleguen a ser obesos en la edad adulta. La obesidad infantil está

asociada con numerosas enfermedades como pueden ser Diabetes tipo II, enfermedades cardiovasculares , puede producir sobrecarga en el aparato locomotor, problemas respiratorios (disnea de esfuerzo) y problemas psicosociales (baja autoestima , rechazo y aislamiento).

Para la población infantil y juvenil se utilizan como criterios para definir el sobrepeso y la obesidad los valores específicos por edad y sexo del percentil 85y 97 del IMC respectivamente utilizando las tablas de Cole y Cols.

Además la obesidad se considera un problema de salud pública, tanto por su elevada prevalencia, como por las importantes consecuencias sobre la morbilidad y la calidad de vida, así como por el elevado coste social y económico que supone.

2 Objetivos

Revisar un caso de obesidad infantil con el fin de exponer un plan de actuación para intentar normalizar su peso teniendo en cuenta su edad y talla.

3 Caso clínico

Niña de 6 años de edad que acude a revisión a su centro de Atención Primaria. Sin alergias medicamentosas conocidas. Calendario de vacunación al día.

Exploración física: Peso 30 kg, altura 120 cm. TA 110/60, FC 62.

Como antecedentes de interés, diagnosticada de asma hace 2 años y dermatitis atópica.

Se observa en comparación con la revisión del año anterior un aumento significativo de peso, habiendo pasado de un percentil 41 de 'peso a un percentil 98.

Como dato importante podemos añadir que tanto la madre como la abuela tiene una obesidad grado I desde la juventud. En cuanto a los hábitos descritos por su madre, indica que lleva una alimentación más o menos equilibrada aunque reconoce que no come apenas fruta , y que picotea con bastante frecuencia..

En cuanto a la actividad física nos indica que sólo realiza ejercicio los días que hace gimnasia en el colegio, y que en casa por las tardes es bastante sedentaria pasándose la mayor parte de las tardes viendo la televisión.

Según los datos antropométricos se valora que la niña tiene obesidad. Se elabora un plan de actuación para intentar normalizar su peso teniendo en cuenta su edad y talla.

- Se determinan objetivos realistas que incluyan a la familia, le resultará más fácil llevarlo a cabo si todos comen los mismos alimentos.
- Se establece una dieta equilibrada según su edad y sexo; se insta en introducir frutas ,hortalizas y verduras a diario, a tomar un desayuno sano y equilibrado así como controlar las cantidades de azúcar ingeridas, hacer 5 comidas al día, incluir más pescado que carne en la dieta.
- Fomentar el ejercicio físico diario.
- Modificaciones en la conducta alimentaria: Comer despacio sin distraerse con la televisión o juegos

Tras instaurar en la familia unos hábitos saludables en cuanto a alimentación, valoramos a la niña en la consulta de enfermería de atención primaria. La niña es mucho mas activa va a natación dos días a la semana y otro hace zumba con sus compañeras de clase, se encuentra mucho más ágil y consiguió adelgazar un kilogramo en un mes, tanto la niña como la familia están muy contentos y motivados con los resultados. Se realizará un seguimiento mensual de la niña y se animará a continuar con los buenos hábitos adquiridos.

4 Discusión-Conclusión

En este caso clínico se demuestra cómo las intervenciones de enfermería para tratar la obesidad infantil son efectivas.

La obesidad infantil es un problema muy importante que se debe abordar desde atención primaria debido a su incidencia y a la repercusión de los problemas que a la larga puede ocasionar en edades más adultas. El enseñar a los niños los beneficios de un estilo de vida saludable (dieta saludable y actividad física) cuando son pequeños conlleva una mayor probabilidad de conseguir un peso adecuado en etapas adultas evitando así muchas complicaciones en su estado de salud. Con una implicación de toda la familia los cambios se normalizarán y las posibilidades de éxito aumentarán.

5 Bibliografía

1. Obesidad infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte II. Diagnóstico Comorbilidades. Tratamiento. Dalmau SerraJ, Alonso Franch M, Gómez López L, Martinez Costa C, Sierra Salinas C

- An. Pediatr (Barc.) 2007. Disponible en; <https://www.analesdepediatria.org/es-obesidad-infantil-recomendaciones-del-comite-articulo-13099693>
2. Sobrepeso y obesidad infantil: Necesidad de intervención de enfermería
Sotomayor Sánchez SM, Bernal Becerril ML, Salazar Gómez T, Ponce Gómez G
Enferm.univ., 2010. Disponible en; http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000200005
3. Obesidad en niños. Medlineplus.gov, . Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007508.htm>
4. Intervenciones en obesidad infantil. A propósito de un caso
Genesis. Revista- portalesmédicos.com, 2017. Disponible en; <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/obesidad-infantil-caso/>

Capítulo 61

EDUCACIÓN DE LA SALUD Y MANEJO DE ENFERMERÍA EN LA DIABETES MELLITUS

LUCIA CUENDIAS MARTÍNEZ

ELENA LLERA GONZALEZ

MARÍA JIMENEZ ALONSO

ALEXIA FERNÁNDEZ DÍAZ

NATALIA ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

Nos referimos con el término diabetes mellitus a una de las patologías metabólicas más frecuentes en el siglo XXI.

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica de tipo endocrino que hace referencia al trastorno por el cual el organismo de una persona no produce la cantidad necesaria de insulina o no responde de manera adecuada a dicha producción. Por lo que el paciente diabético puede experimentar un gran número de complicaciones que pueden agravar su estado de salud si no llevamos a cabo un control adecuado de la enfermedad (dieta , ejercicio físico , medicación...)

Esta enfermedad es la principal causa de ceguera, amputaciones e insuficiencia renal

Existen dos tipos de diabetes las cuales vamos a describir brevemente a continuación:

Diabetes tipo I: también conocida como “diabetes juvenil” es un trastorno crónico en el cual el páncreas produce muy poca insulina o no la produce. Por lo general aparece en la infancia o adolescencia pero también puede comenzar en la edad adulta . Los síntomas comienzan de forma aguda, con una hiperglucemia grave, presentando una clínica de cetosis, y van acompañados de los siguientes síntomas:

- Orinar con frecuencia
- Aumento de la sed
- Visión borrosa
- Debilidad y fatiga
- Cambios de humor repentinos e irritabilidad
- Pérdida de peso moderada
- Excesiva sensación de hambre
- Incontinencia urinaria en niños anteriormente continentales

El tratamiento para este tipo de diabetes (tipo I) es la insulina.

Diabetes tipo II: en este caso los niveles de azúcar o glucosa en sangre son demasiado altos, ya que se produce un déficit en la secreción pancreática de insulina, junto con una resistencia a su acción en los tejidos periféricos. Es mucho más habitual que este tipo de diabetes se manifieste en personas mayores de 45 años, pero también puede desarrollarse en personas jóvenes. Haber padecido diabetes durante el embarazo también puede ser un factor de riesgo para padecer esta enfermedad en el futuro.

Los síntomas suelen desarrollarse lentamente a lo largo de los años, e incluye los siguientes:

- Entumecimiento u hormigueo en los pies o las manos
- Heridas que no cicatrizan correctamente
- Pérdida de peso abrupta
- Aumento de la sensación de sed
- Aumento del número de micciones
- Sensación de hambre permanente
- Sensación de cansancio
- Visión borrosa

El paciente con diabetes mellitus tipo II puede presentar otros factores de riesgo asociados como son la hipertensión arterial, dislipemia, sedentarismo, obesidad,

tabaquismo... disminuyendo su calidad y esperanza de vida.

Estas enfermedades por ser irreversibles, deben tener un control férreo por parte del paciente haciendo especial hincapié en la dieta, ejercicio y prácticas saludables, para que los pacientes puedan llevar una vida óptima.

2 Objetivos

Exponer cómo debe ser la educación de la salud y manejo de enfermería en la diabetes mellitus.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se ha realizado una revisión bibliográfica y una búsqueda sistemática en libros y artículos de literatura científica relacionados con el tema en el cuál hemos utilizado palabras clave como fueron: diabetes mellitus, enfermería y educación diabética entre otras.

Se ha acompañado el estudio con una búsqueda exhaustiva en algunas de estas conocidas bases de datos: medline, pubmed y scielo.

Se aplicaron unos criterios de inclusión y exclusión para acotar la búsqueda obteniendo un gran número de resultados y seleccionando finalmente los que guardaban más relación con el estudio propuesto.

4 Resultados

Los objetivos generales del tratamiento de la diabetes son:

- educar y promover la salud por parte del personal de enfermería en los pacientes con diabetes mellitus desde el servicio de atención primaria.
- Evitar las posibles descompensaciones agudas que se pueden producir
- Prevenir o retrasar la aparición de futuras complicaciones
- Disminuir la mortalidad
- Mantener una buena calidad de vida fomentando hábitos de vida saludables y adaptándose a su nuevo estilo de vida (dieta, ejercicio, tratamiento según su tipo de diabetes...).

La importancia del control de la glucemia para evitar y reducir las complicaciones en el paciente diabético es fundamental para evitar complicaciones. Es indispens-

able en el cuidado del paciente diabético manejar otras variables metabólicas que coexisten alteradas junto a la hiperglucemia, es decir, se deben vigilar

El personal de enfermería tiene como finalidad ayudar a las personas que padecen esta enfermedad y a su familia, aumentando los conocimientos, habilidades técnicas y actitudes necesarias para poder conocer y controlar la enfermedad que padecen.

Estos programas constituyen la base del tratamiento y deberían estar presentes en todos los niveles de atención hospitalaria, en especial, a nivel de atención primaria, con el fin de ofrecer una atención integral al paciente diabético mediante motivación para lograr el autocontrol modificando su estilo de vida y así poder alcanzar los objetivos terapéuticos, evitando la aparición de complicaciones.

Llevar a cabo una dieta equilibrada y variada es una de las recomendaciones más importantes en el paciente diabético, evitando la obesidad. Las diferentes guías hacen hincapié en la dieta mediterránea y dieta DASH, las cuales basan su alimentación en el consumo de vegetales, hortalizas, cereales integrales, frutas enteras, frutos secos, legumbres, reducción del consumo de carbohidratos simples y grasas saturadas. Enriquecer los alimentos con aceite de oliva y restringir la ingesta diaria de sodio con la finalidad de lograr el control de la presión arterial, fomentar la pérdida de peso y disminuir el riesgo cardiovascular.

La dieta será prescrita de forma clara y precisa indicando las fracciones y la cantidad de calorías, teniendo en cuenta la edad y la actividad física del paciente.

Se desaconseja el consumo de bebidas azucaradas siendo los edulcorantes una opción en pacientes diabéticos.

Está contraindicado el consumo de alcohol en este tipo de pacientes.

El ejercicio recomendado en pacientes diabéticos es el aeróbico de intensidad moderada (caminar a paso ligero) combinado con el de resistencia (marcha en bicicleta, natación, subir escaleras, bailar...) y deberá ser individualizado para cada paciente de acuerdo a sus limitaciones físicas, grado de sedentarismo, niveles de glucemia, alimentos ingeridos, riesgo cardiovascular y presencia de complicaciones.

Este tipo de pacientes deben llevar a cabo un tratamiento específico según su tipo de diabetes.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes mellitus es una de las enfermedades más frecuentes en todo el mundo y es un problema de salud pública debido a sus complicaciones crónicas y agudas.

El personal de enfermería tiene un gran protagonismo en la educación del paciente. Es fundamental el cambio de actitud y el comportamiento de éste para que pueda responsabilizarse en el manejo de su enfermedad.

Así mismo los profesionales de enfermería tendrán un papel relevante en la prevención, control y seguimiento de la enfermedad, interviniendo eficazmente sobre los factores de riesgo cardiovascular presentes, valorando el grado de control y de seguimiento, planificando actividades para lograr los objetivos terapéuticos establecidos.

Es fundamental tener consciencia de la asociación que existe entre la diabetes, obesidad e hipertensión arterial, ya que es una causa frecuente de mortalidad.

Controlar los factores de riesgo cardiovasculares disminuyen las complicaciones micro y macrovasculares que afectan a grandes y pequeños vasos, además de las lesiones neuropáticas, nefróticas e inmunológicas que en su conjunto pueden producir y afectar a la calidad de vida del paciente llevando a cabo una limitación funcional e incluso la muerte, por eso es importante llevar hábitos de vida saludables y manejo de la enfermedad para evitar dichas complicaciones.

Por ello la educación constituye uno de los pilares más importantes para controlar la enfermedad, junto con la realización de la actividad física y una dieta saludable se disminuirá significativamente las complicaciones asociadas.

6 Bibliografía

1. Casanova Moreno, M.D.L.C., Bayarre Veja, H.D. Navarro Despaigne, D. A., Sanabria Ramos, G. Y Trasancos Delgado, M. (2015). Guía para evaluar el programa de educación en diabetes en la Atención Primaria de Salud. *Revista de Medicina General Integral* , 31(1), 17-26
2. Torres, h.d.c. Cortez, D.N., y Reis. I.A. (2016). Evaluación de la educación en grupo de diabetes en la atención primaria de salud. *Ciencia y enfermería* 22(3), 35-45
3. Consejo General de Enfermería. Atención de enfermería al paciente diabético, protocolo. Madrid. Enero 2011

4. Página web American Diabetes Association: <http://www.diabetes.org/español/padres-y-jovenes/que-es-la-diabetes>

Capítulo 62

RECOMENDACIONES EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

CLAUDIA RODRÍGUEZ OLIVA

BÁRBARA FERNÁNDEZ BERMÚDEZ

OLAYA MUÑIZ BURGUILLO

URSULA FERNANDEZ GANCEDO

1 Introducción

La hipertensión arterial es una patología crónica en la que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.

Una de las características de esta enfermedad es que no presenta unos síntomas claros y estos pueden tardar mucho tiempo en manifestarse. Sin embargo, constituye el factor de riesgo cardiovascular más prevalente.

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España. La hipertensión es una patología tratable, pero su falta de control puede desencadenar complicaciones graves, como infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca o ictus.

Las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se

hacen más gruesas y puede verse dificultado al paso de sangre a través de ellas. Este daño en las paredes de los vasos sanguíneos favorece que se depositen colesterol y triglicéridos en ellas, por eso lo que hace que la hipertensión sea un de riesgo muy importante para el desarrollo de arteriosclerosis.

2 Objetivos

Exponer recomendaciones para la hipertensión arterial a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Mujer de 70 años que acude a urgencias derivada por su médico de atención primaria por mal estado general y dolor de cabeza.

Presenta alergias medicamentosas al ciprofloxacino y AINEs. Intolerante a la lactosa. No hábitos tóxicos.

Antecedentes familiares: abuela materna fallecida por neoplasia de páncreas, padre fallecido por enfermedad cerebrovascular a los 74 años, hermano fallecido por infarto agudo de miocardio a los 45 años.

Antecedentes personales: enfermedad de Graves Basedow, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 y vértigo. Hemitiroidectomía derecha en 2019, salpingectomía en 2001. Sobrepeso grado II

Tratamiento farmacológico domiciliario: glipzida 5mg/24h, metformina 850mg/24h, enalapril 20mg/12h, furosemida 40mg/24h, atenolol 50mg/24h, simvastatina 10mg/24h, calcio/colecalciferol, alprazolam 0.5mg/24h (por la noche al acostarse)

La paciente acude regularmente a consulta programada de centro de salud cada 6 meses para control analítico y clínico de su patología, sin presentar incidencias significativas en los últimos años.

Sin embargo la paciente comienza con alteraciones de sus cifras tensionales, por lo que acude a urgencias de su centro de salud. Aporta cifras en torno a 180/110mmHg, asociadas a cefalea, náuseas y un estado de nerviosismo e inquietud.

Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Vive con su marido. Buen soporte familiar. Refiere hacer un seguimiento regular de su patología en su centro de salud. Movilidad corporal sin alteraciones. Piel íntegra.

A la exploración física encontramos buen estado general, eupneica, bien

hidratada, normoperfundida. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. No clínica de insuficiencia cardiaca, no dolor torácico. TA 180/125mmHg, FC 100lpm. Saturación de oxígeno 98% sin oxigenoterapia. ECG sin alteraciones.

Se le extrae y cursa analítica con los siguientes valores: creatinina 1.12mg/dl, FG>60, ionograma normal, no proteinuria, hemograma normal.

4 Discusión-Conclusión

Tras estudio de cifras tensionales en consulta de atención primaria, se administra medicación intravenosa según pauta. Se realiza nuevo control analítico a las 3h.

Se educa a la paciente en cuanto a la dieta a seguir en su domicilio y hábitos saludables a llevar a cabo.

Debe seguir una dieta pobre en sal. Su exceso causa retención de líquidos y aumenta la tensión arterial. Consumir alimentos ricos en potasio, como legumbres y verduras. Evitar los ácidos grasos saturados. Es preferible consumir aceites vegetales y pescado, que son ricos en omega 3.

Evitar la vida sedentaria. Se le entrega a la paciente un programa de ejercicios adecuado a su edad y capacidades que ayude a controlar su peso y así los niveles de tensión arterial

Capítulo 63

A PROPÓSITO DE UN CASO: FIMOSIS FISIOLÓGICA EN NIÑO DE TRES AÑOS

LAURA MALLADA LLANO

DIANA GONZÁLEZ ARANGO

LORENA VALLEDOR CASTAÑO

SANDRA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La fimosis se define como la estrechez del prepucio, que cursa con dificultad o incapacidad para retraer manualmente el prepucio por detrás del surco balano prepucial y poder dejar totalmente descubierto el glande.

La mayor parte de los niños nacen con fimosis. Además al nacer el glande y el prepucio aparecen pegados por un tejido fibroso fino, a esto se le conoce como adherencia balano prepuciales.

Durante el desarrollo tanto esas adherencias como la fimosis van desapareciendo espontáneamente, debido al crecimiento del propio pene, las erecciones espontáneas así como por una secreción blanquecina que se produce localmente que actúa como lubricante.

Hace años, las recomendaciones eran intentar retirar esa piel hacia atrás, llegando a producirse desgarros y dolor, llegando a resultar contraproducente. Actualmente estas prácticas están en desuso además de contraindicadas. Actualmente se recomienda retirar la piel hacia atrás sin forzar, el mejor momento sería durante el baño y así mantener la zona limpia.

Actualmente la necesidad de operar a un niño de fimosis se reduce a casos muy aislados. Solamente se realizan intervenciones quirúrgicas en fimosis más severas, que no se consiguen solucionar de forma natural, si se presentan infecciones de repetición o si se producen malformaciones del sistema urinario.

Existen diferentes grados de fimosis.

Según Clasificación Kayaba:

I-No hay retracción o la hay leve sin verse el glande.

II- Exposición del meato uretral o retracción ligeramente mayor del prepucio.

III: Exposición de la mitad del glande.

IV- Exposición incompleta del glande por adherencias.

V- Exposición fácil de todo el glande sin verse adherencias.

2 Objetivos

Identificar los signos de fimosis en la población infantil, para llevar a cabo las actuaciones necesarias para solucionarla y evitar posibles complicaciones.

3 Caso clínico

Niño de 3 años que acude a la revisión anual a su centro de Atención Primaria. No tiene alergias medicamentosas conocidas. Peso 17 kg, Altura 100 cm. Presenta un desarrollo adecuado en cuanto a su edad. Calendario vacunal al día. Controla esfínteres desde los 30 meses. Sigue una dieta variada y equilibrada. Como antecedente de interés varios episodios de otitis de repetición.

Su madre preocupada comenta en la consulta que no es capaz de retirarle el prepucio. Tras realizar la valoración se diagnostica una fimosis fisiológica grado I. Se explica a la madre en la consulta que no debe preocuparse, que a estas edades suele solucionarse sola sin falta de tratamiento quirúrgico al ir creciendo el niño. Nos comenta que o ve ningún problema a la hora del niño orinar, nunca tuvo infección de orina y no presenta dolor.

Se pauta un corticoide tópico (betnovate) para aplicar en el prepucio, por las mañanas y por la noche durante un mes. Y veremos evolución.

- A las 4 semanas citamos al niño en la consulta de nuevo. Se realiza valoración y se observa que ya estamos ante un caso de fimosis fisiológica grado III (Clasificación Kayaba), al retirar el prepucio hacia atrás conseguimos que quede ex-

puesto la mitad del glande. Se anima a seguir con la misma actuación unas dos semanas más y le veremos para valorarle en la consulta de Atención primaria.

- A las 6 semanas se valoramos de nuevo observando la mejoría tras el tratamiento con corticoide tópico, nos encontramos ante un caso grado V , donde hay una exposición total de todo el glande incluyendo el surco balanoprepucial, sin adherencias.

- Se insiste en la necesidad durante las semanas siguientes durante el baño realizar la retracción del prepucio, para evitar que se cierre de nuevo. Se anima a enseñar al niño a hacerlo y que sea el quien lo instaure como rutina ,en el momento del baño, para así llevar a cabo una higiene minuciosa de la zona ,para evitar posibles infecciones.

4 Discusión-Conclusión

Al evaluar a un paciente pediátrico con fimosis es importante diferenciar entre fimosis fisiológica que es la más habitual, que está causada por adherencias entre las capas internas del prepucio y del glande, por lo que la retracción completa del glande es imposible o difícil y la fimosis patológica, que puede aparecer en cualquier momento de la vida, y su origen puede estar en una inflamación, infección, cicatriz...

A los 3 años de edad la mayor parte de las fimosis están resueltas por si solas, en el resto de casos con la aplicación de un corticoide tópico, aplicado durante varias semanas, dos veces al día, se consigue resolver la fimosis en un 75% de los casos.

Es importante recordar que una vez solucionado, los niños deben intentar echarse la piel hacia atrás todos los días, además de por higiene y evitar infecciones ,para evitar que se vuelva a cerrar, que ocurre con frecuencia cuando se abandona el hábito.

5 Bibliografía

1. Fimosis. ¿Qué es? Aeped.es. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/que-es-fimosis>
2. Fimosis. Bertrand LG. Lucía mi pediatra. 2014. Disponible en <https://www.luciamipediatra.com/fimosis/>

3. Fimosis y circuncisión. Castro SF, Castro AF, Raby BT. Rev Chil. Pediatr., 2010.
Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000200009

Capítulo 64

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON COLOSTOMÍA TRANSVERSA

CLAUDIA RODRÍGUEZ OLIVA

OLAYA MUÑIZ BURGUILLO

BÁRBARA FERNÁNDEZ BERMÚDEZ

URSULA FERNANDEZ GANCEDO

1 Introducción

Un elevado porcentaje de pacientes diagnosticados de cáncer de colon son portadores de una ostomía transitoria o definitiva. Estos pacientes precisan de una intervención quirúrgica para obtener la derivación de una parte de esa víscera que aboque al exterior en un punto diferente al orificio natural, conllevándole alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, pérdida de control de esfínteres), psicológicas (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción).

El cuidado del paciente ostomizado pasa por una atención integral, donde van a ser muy importantes los cuidados del estoma, la adaptación a un nuevo estilo de vida, el apoyo psicológico para adaptarse a su nueva imagen corporal y la resolución de sus miedos y dudas. Es importante prestar atención a cómo cada persona percibe su enfermedad y el estado emocional en el que se encuentra y prestarle cuidados de forma continuada.

Las ostomías transversas presentan muchas dificultades de manejo por parte de los pacientes. En los primeros días tras la cirugía los problemas de adaptación son ocasionados por la presencia de la varilla que permanece sujeta a la piel mediante sutura y complica la colocación del disco adhesivo. Posteriormente, las complicaciones que pueden producirse son el prolapso de una o de las dos bocas de la ostomía, hernia periestomal, ulceración de la unión mucocutánea por el peso de las bocas de la ostomía prolapsadas o por fugas debido a la emisión continua de heces irritantes por el estoma.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es mostrar un caso clínico, exponiendo la importancia de realizar un plan de cuidados individualizado en pacientes ostomizados.

3 Caso clínico

Mujer de 68 años, 60Kg de peso y 165cm de talla.

Paciente orientada a colaboradora sin signos de deterioro cognitivo. Manifiesta sentir dolor continuo en la zona anal que no controla con la analgesia pautada.

Antecedentes familiares: abuela materna fallecida de neoplasia de sigma, madre fallecida de neoplasia de recto, padre fallecido de infarto agudo de miocardio.

Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, diagnosticada de adenocarcinoma de la unión recto-sigmoidea y ano en estadio III. Tratada con quimioterapia paliativa que hubo que suspender por mala tolerancia.

Diez meses después del diagnóstico presentó una fistula entero-vesico-urinaria, por lo que se le realizó una colostomía transversa de descarga de dos bocas. El servicio de Oncología la derivó a la consulta por problemas de adaptación de los dispositivos, debido al importante prolapso de las bocas de la colostomía ocurrido treinta días después de la intervención.

Tratamiento farmacológico en su domicilio: valsartán 80mg/24h, enalapril 5mg/24h, metformina 850mg/12, januvia 100mg/24h, alprazolam 1mg/8h, paroxetina 20mg/12h, omeprazol 20mg/12h, paracetamol 1g/8h, enantyum 25mg/8h, sevredol 10mg/12h.

Presenta palidez cutánea y de mucosas, que están bien hidratadas. Presenta ulceración anal sangrante y la piel periestomal se encuentra ulcerada por problemas con el dispositivo.

Ambas bocas de la colostomía están prolapsadas. Las heces son abundantes y de consistencia pastosa, siendo expulsadas con dificultad lo que provoca endurecimiento y coloración pálida de la ostomía.

Independiente para las actividades básicas de la vida diaria aunque refiere dificultades para realizar el autocuidado del estoma, ya que se fatiga. No realiza actividades fuera de casa.

Le cuesta dormir por la noche por dificultades para acomodarse en la cama debido al dolor anal. Tiene miedo a las fugas del dispositivo y sufre despertares continuos para comprobarla integridad del mismo.

4 Discusión-Conclusión

La paciente recibió información sobre los autocuidados de su ostomía, dieta y ejercicio indicado para ella.

Se le recomienda usar el tamaño adecuado de la bolsa y el uso de una crema como barrera cutánea para mejorar el estado de la piel periestomal. Refiere usar productos específicos para el aseo y se recomienda lavarla con agua y jabón neutro. Debido a las continuas fugas se muestra insegura, considerando que su salud ha empeorado en el último año.

Sigue una dieta diabética e hiposódica. La ingesta de líquidos es escasa y refiere no tener apetito. Se evaluará a la paciente a los tres meses de la intervención para ver su seguimiento

5 Bibliografía

.

Capítulo 65

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE BEBÉ: MÉTODO TRADICIONAL O DE “CUCHARA” Ó MÉTODO BABY-LED WEANING. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARÍA ARANTZAZU LORENCES ALONSO

PAULA SUÁREZ FERNÁNDEZ

MARIA PASTOR BLANCO

ISABEL SOLÍS CIENFUEGOS

1 Introducción

El período de alimentación complementaria, es un periodo de adaptación a los nuevos alimentos de una forma progresiva y lenta, donde el bebé pasará de alimentarse solo con leche materna o leche artificial a introducir el resto de alimentos de una forma progresiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Española de Pediatría(AEPED) recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, tras lo cual se introduce la alimentación complementaria a su dieta ,junto con la lactancia materna a demanda., hasta que la madre y el bebé lo deseen.

La recomendaciones dicen que no se debe iniciar esta alimentación complementaria antes de los 4 meses, ni retrasarla después de los 7 meses. Se debe esperar hasta los 6 meses para que el organismo llegue a su maduración necesaria a nivel neurológico, renal, gastrointestinal e inmune.

Esta alimentación complementaria puede ser introduciendo los alimentos de forma gradual en forma de purés o triturados (con cuchara) , que sería la forma tradicional, ó BABY -LED WEANING o alimentación autorregulada, donde al bebé se le permite “dirigir” el proceso de la alimentación desde el principio, los padres deciden que ofrecer ,pero el bebé coge por si mismo la comida que se pone a su alcance, y él decide qué comer y la cantidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las diferencia entre los dos métodos de introducción complementaria del bebé.

Objetivos secundarios:

- Identificar qué alimentos se pueden ofrecer para poder realizar la alimentación Baby- led weaning.
- Describir los beneficios de la alimentación Baby- led weaning.
- Conocer las desventajas/riesgos de la alimentación Baby- led weaning .

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y de artículos científicos ,buscando en la principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo Y se completó la búsqueda de información con publicaciones de la Organización Mundial de la Salud y Asociación Española de Pediatría.

Usando como palabras claves : alimentación complementaria, alimentación autorregulada, riesgo de asfixia, introducción de la alimentación, lactancia materna exclusiva.

4 Resultados

La recomendación en la primera alimentación de un recién nacido en todo el mundo, es la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y después mantener esta lactancia materna complementándola con el resto de los alimentos, introduciéndolos de manera gradual, triturándolos o en forma de purés o mediante otra corriente alternativa que se está usando mucho en los últimos años, la alimentación autorregulada o Baby- led weaning.

Esta nueva vertiente para introducir la alimentación complementaria consiste en dar los alimento de manera sólida, troceados, de manera que sea el bebé quien decida qué come, cuándo y en qué cantidad. Tienen que ser capaces de cogerlos con las manos ,”masticarlos”(aplastarlos con las encías) y tragarlos sin atragantarse.

Para poder introducir la alimentación complementaria con el método de Baby-led weaning hay que tener en cuenta que el reflejo de extrusión haya desaparecido, que sea capaz de sentarse sin apoyo,(sedestación estable), que el bebé muestre interés por la comida, que pueda ser capaz de cogerla con las manos y llevarse la comida a la boca.

Con el Baby- led weaning hay que tener en cuenta que hay ciertos alimentos que no se pueden ofrecer por el riesgo de asfixia que tiene, como son zanahoria cruda ,apio crudo, manzana cruda ,cerezas uvas, maíz, guisantes, salchichas....frutas desecadas, tortitas de arroz, patatas fritas de bolsa...

Mención especial tienen los frutos secos que por su gran riesgo de axfisia no están recomendados hasta después de los 3 años y siempre acompañados de un adulto.

Una recomendación que se les debe de dar a los padre que prefieran este tipo de alimentación es que tengan nociones básicas de primeros auxilios .

No introducir verduras de hoja verdes ,como espinacas o acelgas por el alto contenido en nitritos que tienen, mariscos por el cadmio, pescados grandes por su alto nivel en mercurio, carnes poco hechas, huevos crudos,(por riesgo de intoxicación) , algas porque tienen mucha cantidad de yodo.

Hay que tener cuidado también con el Baby- led weaning, porque se corre el riesgo de que las necesidades energéticas y nutritivas de los bebés no se consigan y de que aparezcan desequilibrios nutricionales (déficit de hierro), debido a que como es el bebé el que se autoalimenta, puede coger los alimentos que más le

llamen la atención por el color, por ejemplo....con los purés esto se cumple más fácilmente y conseguimos que cumplan esas necesidades.

Entre los beneficios del Baby- led weaning está, que el bebé come con toda la familia junta, participando en reuniones sociales, se ofrece la misma comida que al resto de la familia, se consiguen unos hábitos de alimentación más saludable, respetando las señales de su propio cuerpo , cuándo tienen hambre ,cuándo ya no quieren comer más.

Exploran multitud de formas ,colores, sabores y texturas, con lo que en el futuro estarán predispuestos a tener una alimentación lo más variada y sana posible, evitando con ella el desarrollo de la obesidad y promoviendo la autonomía e independencia del niño.

5 Discusión-Conclusión

Hasta los 6 meses de edad la alimentación recomendada por la Organización Mundial de la Salud es la lactancia materna exclusiva, a partir de los 6 se introduce la alimentación complementaria, mediante la introducción de alimentos de forma progresiva, bien por método tradicional con el uso de la cuchara (purés) o por el método Baby- led weaning o alimentación autorregulada.

Cualquiera de las dos opciones es válida, depende de cómo interacciona el bebé con la comida, respetando su madurez y su necesidades y de cómo quieran actuar los padres frente a esa introducción de alimentación complementaria.

No se tiene porque seguir ninguno de los métodos de forma estricta, se puede hacer una combinación de ambas, dependiendo del niño ,del momento de salud en que se encuentre o de si están en casa o fuera de su hogar, consiguiendo así los beneficios de ambas vertientes.

Hay que recomendar a los padres que quieran introducir la alimentación complementaria con el Baby-led weaning, que sepan cuáles son los alimentos que tienen riesgos de asfixia y que deben saber manejar una situación de atragantamiento con la que se puedan encontrar.

6 Bibliografía

1. Baby- led weaning o alimentación autorregulada por el bebé. Revista médica.com/baby-led weaning/.(25/02/20). (Internet)
2. <http://scielo.isciii.es/scielo9>. (Intenet).
3. [nureinvestigación.es/OIS/index.php/nure82/artide/view/1742](http://nureinvestigacion.es/OIS/index.php/nure82/artide/view/1742). Nure inv.16(102).
4. Velasco Manrique, M. Alimentación complementaria guiada por el bebé :respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje. Med nat.2014
5. Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la alimentación complementaria. [Https://aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentación_complementaria_nov2018_v3_final.pdf](https://aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentación_complementaria_nov2018_v3_final.pdf)
6. Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna. [Https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/](https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/)
7. Cameron S, Heath A-L, Taylor R. How Feasible Is Baby-Led Weaning as an Approach to Infant Feeding A Review of the Evidence. Nutrients. 2012 Nov 2;4(12):1575-609.

Capítulo 66

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL LAVADO GÁSTRICO

IVÁN SAN JOSE BENAVIDES

1 Introducción

El servicio de urgencias y emergencias dentro de un centro hospitalario es el encargado de dar respuesta ante aquellos casos que necesitan una atención urgente, ya que la salud del individuo se ve comprometida.

En el servicio de urgencias y emergencias es frecuente encontrarnos ante pacientes que han ingerido productos tóxicos.

En la mayoría de los casos, esta ingesta se produce de forma voluntaria por parte del individuo con la intención de llevar a cabo un suicidio mediante una sobre ingesta de medicamentos, pero también se observan ingestas involuntarias, por ejemplo, por consumo accidental de cáusticos o por consumo lúdico recreativo de alcohol y drogas.

En estas situaciones, la técnica a llevar a cabo es la realización de un lavado gástrico con el objetivo de evacuar y eliminar esas sustancias tóxicas del estómago.

La principal aplicación como decíamos de la realización de la técnica de lavado gástrico tiene como principal indicación las intoxicaciones, esta técnica también se realiza ante otro tipo de situaciones como pueden ser: hemorragias digestivas altas con la finalidad de eliminar o extraer coágulos, descompresión gástrica, la obtención de contenido gastrointestinal para estudio o también poder mejorar la visibilidad en técnicas terapéuticas posteriores.

A continuación vamos a detallar los cuidados específicos de enfermería durante la realización de esta técnica en un paciente.

2 Objetivos

Exponer las funciones de Enfermería ante el lavado gástrico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Cuando a un paciente se le realiza un lavado gástrico, éste precisa de una serie de cuidados específicos: soporte vital básico y control de constantes, la administración de antidotos o fármacos apropiados según el tóxico ingerido y tratamiento que evite la absorción de los tóxicos al organismo así como también un control después de la realización de la técnica.

12qasz

Es importante que ante la detección de una intoxicación se realice el lavado gástrico lo antes posible (al ser posible durante la primera hora tras la ingesta). Después de ese período habría que valorar el beneficio-riesgo que supone para el paciente.

Las medidas terapéuticas que consiguen disminuir la absorción de un tóxico ingerido son denominadas técnicas de descontaminación gastrointestinal y consisten en: administración de carbón activado, el lavado gástrico y la administración de eméticos.

Materiales para la realización del lavado gástrico: fonendoscopio, sonda orogástrica, jeringa de 50ml, lubricante hidrosoluble, batea, recipiente para recoger muestras si es preciso, pinza o tapón para la sonda, pulsioxímetro, em-

budo, monitor electrocardiográfico, material de intubación, líquido para la irrigación.

La técnica del lavado gástrico es realizada por parte del personal de enfermería y consiste en la colocación de un tubo orogástrico o nasogástrico hueco y multi-perforado en uno de sus extremos distales.

Una vez colocado el tubo en el estómago se aspira el contenido para vaciar el estómago y, a continuación, se inician los ciclos del lavado propiamente dicho, consistentes en la irrigación gástrica con líquido templado y su inmediata recuperación por la misma vía con el fin de evacuar el tóxico que aún se encuentre almacenado en el estómago.

La realización de la técnica dependerá de una serie de factores como la toxicidad de la sustancia que se ha ingerido, la cantidad de sustancia ingerida, el tiempo transcurrido desde la toma del tóxico y el estado clínico del individuo.

Es importante no provocar el vómito del paciente, ya que el mismo puede provocar dependiendo del tóxico ingerido quemaduras y lesiones en la garganta.

Después de la técnica es necesario monitorizar al paciente para poder controlar la tensión arterial, la saturación de oxígeno, la temperatura corporal y la frecuencia cardíaca.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con los cuidados de enfermería relacionados con el lavado gástrico, una técnica usada con frecuencia en el servicio de urgencias y emergencias cuando un paciente se encuentra intoxicado ante la ingesta de algún tipo de tóxico.

Hemos visto también que el paciente debe de estar vigilado y con monitorización después de la realización de la técnica, registrando parámetros como la temperatura, tensión arterial, saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca.

Es necesario valorar el estado clínico del individuo para saber si el beneficio que puede conllevar la técnica supera al riesgo para el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.webconsultas.com>.Lavado gástrico, qué es y cuándo se realiza - Pruebas Médicas - Webconsultas.
2. <https://www.madrid.es>
dataLavado gástrico.
3. <https://www.webconsultas.com>
Cómo se hace el lavado gástrico - Pruebas Médicas - Webconsultas.

Capítulo 67

CRIBADO Y DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL

CRISTINA CUE BERNARDO

1 Introducción

El cáncer colorrectal es un tumor o neoplasia localizada en el colon o en el recto (intestino grueso).

Los factores de riesgo que predisponen son los antecedentes familiares, la edad (aumento del riesgo a partir de los 50 años) y el haber padecido previamente algún otro tumor o enfermedad crónica del colon, como la colitis ulcerosa y la enfermedad de Cröhn, o enfermedades en las que se desarrollan múltiples pólipos en el colon.

Los factores para la prevención se basan en los hábitos de vida saludables como llevar una dieta baja en grasas, en carnes rojas, muy cocinadas o en contacto directo con el fuego y evitar las carnes procesadas. Se recomiendan las dietas muy ricas en fibras, frutas, legumbres, vegetales, hacer ejercicio físico frecuente, evitando la obesidad, no fumar y moderar el consumo de alcohol.

Existen una serie de síntomas como el sangrado en las heces, deposiciones más frecuentes y blandas, masa abdominal, cansancio, anemia, pérdida de peso y falta de apetito sin explicación, dolor o molestias abdominales pero no tiene necesariamente que provocar síntomas y en ocasiones cuando aparecen suele encontrarse en una fase avanzada.

Las pruebas de cribado o screening han demostrado una disminución significativa de incidencia y mortalidad. En España, este programa se incorporó a la

cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en el año 2014 (Orden SSI/2065/2014) especificando que las comunidades y ciudades autónomas tendrían 5 años para iniciar su implantación y más para alcanzar una cobertura próxima al 100% de la población. Las pruebas de cribado de cáncer colorrectal son de vital importancia, para prevenir la aparición o diagnosticarlo en fases tempranas de la enfermedad, detectando lesiones que potencialmente puedan degenerar en un cáncer cuando pase el tiempo puesto que la mayoría tiene su origen a partir de un pólipo. Los pólipos de colon y recto son tumores benignos, que crecen en la superficie de la mucosa del intestino y pueden ser de varios tipos: no neoplásicos (hiperplásicos, hamartomatosos, inflamatorios, etc.) o neoplásicos o adenomatosos de los que alrededor del 5% se pueden transformar en cáncer colorrectal pero si son extirpados cuando aún no se ha desarrollado el cáncer, podemos prevenir su aparición posterior hasta en un 90% de los casos. El cribado del cáncer colorrectal consiste en la detección precoz, incluso antes de que se desarrolle el cáncer, buscando esos pólipos.

Las pruebas de cribado se hacen en pacientes sin síntomas, ya que si hay síntomas debe estudiarse al paciente de la manera tradicional. Según las guías de las sociedades médicas americana y europeas se recomienda: o En personas sin antecedentes personales ni familiares de cáncer o pólipos (conocidas como de riesgo medio), a partir de los 50 años, y este consistirá en sangre oculta en heces anual o bienal, o sigmoidoscopia cada 5 años, o colonoscopia cada 10 años. Antes de los 50 años, no está indicado el cribado si no hay antecedentes familiares.

2. En personas menores de 50 años con antecedentes familiares de pólipos o de cáncer colorrectal, se hará el cribado de la siguiente manera: •

- Si la persona tiene dos o más familiares de primer grado (padre, hermano, hijo) con cáncer o pólipos o bien uno solo, pero que lo sufrió antes de los 60 años, se hará una colonoscopia cada 5 años desde los 40 de edad, o desde una edad 10 años menor que la del familiar con cáncer cuando este se detectó.
- Si la persona tiene dos o más familiares de segundo grado (abuelos, tíos y sobrinos) con cáncer o pólipos o uno solo de primero grado pero que lo sufrió después de los 60 años, se hará el cribado como en las personas de riesgo medio (sin antecedentes familiares), pero empezando a los 40 años.
- Si la persona tiene un solo familiar de segundo grado o familiares de tercer grado (bisabuelos y primos) con cáncer o pólipos, se hará el cribado como en las personas de riesgo medio (inicio a los 50 años).
- Si se trata de una familia con poliposis o cáncer colorrectal hereditario, o de un paciente con colitis ulcerosa o con enfermedad de Crohn, debe ser estudiada por

especialistas y seguir recomendaciones especiales de cribado.

Actualmente existen tres pruebas de cribado: la detección de sangre oculta en las heces, la sigmoidoscopia y la colonoscopia.

- Test para la detección de sangre oculta en heces (test fecal inmunoquímico SOH): consiste en la recogida de una muestra de heces para determinar rastros de sangre. Se compone de un kit con instrucciones de cómo realizar la toma de la muestra de heces en casa. Esa muestra se envía a un laboratorio para su análisis. Este test es sencillo y barato, por lo que es el más utilizado en cribado poblacional.
 - o Si el resultado es negativo, nos indica que es muy poco probable que tenga cáncer de colon, aunque no es exacto al 100%. Por ello, se recomienda repetir la prueba anualmente o bianualmente y consultar al médico si aparecen molestias.
 - o Si resultado es positivo significa que se han detectado rastros de sangre por diferentes causas como un pólipo grande que haya sangrado, hemorroides u otras lesiones, lo cual no necesariamente indica la presencia de cáncer. En este caso, será necesario realizar una prueba para examinar el interior del colon y buscar la causa del sangrado. La prueba indicada es la colonoscopia.
- Colonoscopia. Es una prueba en la que se explora la totalidad del colon. Es más costosa y laboriosa que la sigmoidoscopia, y tiene más riesgos. A veces requiere administración de medicación intravenosa o anestesia para sedación de la persona a explorar. Permite al igual que la sigmoidoscopia, la extirpación de los pólipos y la toma de biopsias
- Sigmoidoscopia. Es una técnica que explora únicamente los últimos 60 cm del intestino grueso por medio de un endoscopio. Permite la extirpación de los pólipos y la toma de biopsias. Sólo detecta el 80% de las lesiones ya que no explora todo el colon.

2 Objetivos

Dar a conocer el cribado y detección precoz del cáncer colorrectal.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante la búsqueda en múltiples bases de datos como google académico o dialnet.

Se han revisado artículos y documentos relacionados con el cribado del cáncer colorrectal, tipos de cribado y personas a las que está dirigido utilizando las

palabras clave: “pruebas de cribado”, “cáncer colorrectal”, “detección precoz”, “screening”. Con el fin de utilizar exclusivamente la bibliografía más actualizada se seleccionaron documentos publicados en los últimos 5 años priorizando los artículos escritos en español.

El resultado de la búsqueda realizada en todas las fuentes ha dado lugar a un total de 40 artículos. Tras una lectura crítica y pormenorizada, comprobando que los documentos se ajustaban a los objetivos establecidos en el trabajo, se consideraron relevantes y, por tanto aplicables al mismo un total de 10 artículos.

4 Resultados

El cáncer colorrectal es una de las neoplasias que cumplen los criterios para realizar un cribado. Los factores de riesgo que predisponen a este tipo de cáncer son de tipo genético y ambiental. Puesto que presentan una evolución lenta desde su aparición hasta su transformación en cáncer es un candidato ideal para la realización de un cribado poblacional. El test de sangre oculta en heces es sencillo y barato, por lo que es el más utilizado en cribado poblacional. Estos programas se aplican a un grupo concreto de la población (hombres y mujeres de entre 50 y 69 años sin antecedentes familiares). En España, los programas de cribado poblacional basado en el análisis de sangre oculta en heces, están organizados y gestionados por las distintas comunidades autónomas. Gracias a la introducción de estos programas de cribado se han detectado muchos más casos en estadios tempranos, por lo que la posibilidad de curación y, por tanto, la supervivencia, aumentan. La evidencia científica ha demostrado que la detección precoz, a través de programas de cribado, disminuye la mortalidad a corto plazo entre un 30-35%, lo que equivaldría en España a salvar unas 4.000 vidas cada año. Además, se ha demostrado un incremento de la supervivencia a 5 años del 23,4% de las personas participantes de los programas de cribado. El cribado del cáncer colorrectal en pacientes con antecedentes familiares de cáncer de colon o pólipos varía según el número de familiares afectos, el grado de parentesco y la edad en el momento de diagnóstico.

La clave del éxito de estos programas es la participación ciudadana (población diana) para ello es necesario sensibilizar y concienciar a la población y disponer de una buena organización que permita una óptima implantación.

5 Discusión-Conclusión

1. El cáncer colorrectal es un tipo de cáncer frecuente en aumento en los países desarrollados, con alta posibilidad curativa si se diagnostica de forma precoz.
2. Los hábitos dietéticos y el estilo de vida son importantes para la prevención del cáncer colorrectal.
3. La detección de sangre oculta en heces es la prueba más utilizada y se recomiendan a partir de los 50 años si no hay antecedentes familiares.
4. En pacientes con antecedentes familiares de cáncer de colon o pólipos varía según el número de familiares afectos, el grado de parentesco y la edad en el momento de diagnóstico.
5. Es fundamental la sensibilización de la población y para ello, es necesario una correcta organización y gestión entre atención primaria, especializada y salud pública.

6 Bibliografía

1. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Cribado/CribadoCancerColorrectal.htm>
2. <https://www.sepd.es/inicio>
3. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207221001572>
4. A. Castells, M. Marzo-Castillejo, J. Mascort, F. Amador, M. Andreu, B. Bellas, et al. Guía de práctica clínica en prevención del cáncer colorrectal.(2009)
5. <https://www.cancer.gov/types/colorectal/screening-fact-sheet>
6. Boletín Oficial del Estado. Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 269 de 6 de noviembre de 2014.

Capítulo 68

TÉCNICAS PARA LA OBTENCIÓN DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN HERIDAS INFECTADAS

CRISTINA CUE BERNARDO

1 Introducción

Existe una flora comensal cutánea residente y otra transitoria.

- La flora cutánea residente es constante, de baja patogenicidad, no se asocia a infecciones, su composición depende del sitio anatómico correspondiente.
- Existe una flora cutánea transitoria de la que habitualmente el equipo de salud es responsable (específicamente en el caso del *Staphylococcus aureus*) la que se transmite a través de las manos del personal.

Los pacientes portadores de una herida se pueden infectar por vía endógena u exógena. La vía endógena es la flora, la piel, la mucosa y a vía exógena se encuentra el personal de salud, como primera línea. Los antisépticos también son elementos potencialmente altamente contaminados por el mal manejo de ellos, así como el instrumental que se utiliza en los pacientes.

La probabilidad de infección depende de la localización anatómica de la lesión; así, la extremidad inferior es más alta la probabilidad que la extremidad superior y los mecanismos de producción de una herida también tienen importancia. El tipo morfológico de la lesión y las características del paciente son también elementos importantes.

La infección de una herida provoca dolor, hinchazón, calor o enrojecimiento alrededor de la herida, secreción de un líquido de olor desagradable o pus, fiebre,

sensación de malestar general, si la infección se ha diseminado o si ha estado presente por algún tiempo.

El estudio microbiológico permite confirmar la causa de la infección, orientar la terapia antimicrobiana, conocer el reservorio y la vía de infección, y determinar conducta clínica a seguir con el paciente. Para la realización de ese estudio es necesaria la toma de la muestra que es el procedimiento mediante el cual se obtiene el tejido o fluido para estudio microbiológico. La calidad de la muestra debe ser fiable, y el resultado del estudio depende de la calidad de la muestra. Es preferible realizar la toma de la muestra antes de iniciar un tratamiento antibiótico y en el caso de que el paciente ya esté tomando antibióticos hay que indicar el antibiótico y la posología en la hoja de petición.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO:

1. Informar al paciente del procedimiento que se le va a realizar.
2. Realizar el lavado de manos.
3. Colocarse guantes.
4. Retirar el apósito que recubre la lesión y exponer la zona sobre la que se va a realizar la toma de cultivo.
5. Limpiar la úlcera conforme al procedimiento utilizando suero fisiológico.
6. Realizar la toma con arreglo al tipo de técnica:

- Biopsia tisular.
 - Es el método de elección.
 - Presenta alta efectividad diagnóstica.
 - Las muestras de tejido se tomarán por escisión quirúrgica con bisturí.
 - Elegir zonas que manifiesten signos de infección
 - Las muestras líquidas se tomarán por aspiración con jeringa y aguja estériles.Colocar las muestras en un frasco estéril para su envío al laboratorio.

- Aspiración percutánea.
 - Es el mejor método por su sencillez y facilidad para obtener muestras de úlceras, abscesos y heridas superficiales.
 - Colocarse guantes estériles.
 - Desinfectar la piel perilesional de forma concéntrica, con Povidona yodada al 10%, dejando secar entre 1-3 minutos.
 - Realizar la punción a través de piel intacta en la región periulceral, seleccionando el lado de la lesión con mayor presencia de tejido de granulación o ausencia de esfácelos.
 - Realizar una punción aspiración con la jeringa y aguja manteniendo una inclinación aproximada de 45°, acercándose al nivel de la pared de la lesión.

- En procesos no supurados preparar la jeringa previamente con medio ml de suero fisiológico o agua estéril y aspirar.
 - Desprecintar los frascos de cultivo, desinfectando la superficie de goma con Povidona yodada al 10% y dejando secar al menos 1 minuto.
 - Introducir el contenido de la jeringa en los frascos de aeróbicos y anaerobios.
 - Frotis de la lesión mediante hisopo.
 - Es el procedimiento menos eficaz. Las muestras así recogidas son de escasa rentabilidad y deben obtenerse sólo cuando no se pueda recoger la muestra mediante los otros métodos expuestos. No obstante, y, dado lo habitual de esta práctica en los diferentes niveles asistenciales de nuestro entorno, recomendamos un escrupuloso respeto al procedimiento que se presenta, con el fin de mitigar al máximo esas aludidas falsas responsabilidades infectivas.
 - Antes de la toma de muestras, realizar limpieza y el desbridamiento (preferiblemente quirúrgico)
 - Rechazar el pus para cultivo. No frotar la úlcera con fuerza.
 - Utilizar un hisopo estéril. No utilizar torundas de algodón.
 - Girar el hisopo sobre los dedos realizando movimientos rotatorios de derecha a izquierda y de izquierda a derecha.
 - Recorrer con el hisopo los extremos de la herida en sentido descendente (agujas del reloj) abarcando diez puntos distintos de los bordes de la herida.
 - Colocar el hisopo dentro del medio de transporte.
7. Identificar convenientemente cada muestra con arreglo a las normas establecidas en cada centro hospitalario. Utilizar preferentemente las etiquetas identificativas correspondiente al paciente y los códigos que existen para tal fin.
8. Acompañar con la muestra la petición o volante correctamente identificada.
9. Coordinar que la muestra se traslade al laboratorio lo antes posible. Solicitando que se entregue al personal de dicha unidad si es en turno de mañana o tarde. En turnos de noche o festivos se colocará:
- En calor (estufa) los frascos de hemocultivo
 - En frío (nevera) los frotis mediante hisopo y las biopsias tisulares.
10. Registrar el procedimiento.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes técnicas para la obtención de muestras microbiológicas.
- Realizar una praxis rigurosa en el procedimiento de obtención de las muestras.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante la búsqueda en múltiples bases de datos como google académico o dialnet.

Se han revisado artículos y documentos relacionados con las heridas y la infección por gérmenes así como los tipos de técnicas para la obtención de muestras y la descripción de su aplicación práctica utilizando las palabras clave: “heridas”, “muestras biológicas”, “úlceras por presión”. Con el fin de utilizar exclusivamente la bibliografía más actualizada se seleccionaron documentos publicados en los últimos diez años priorizando los artículos escritos en español.

El resultado de la búsqueda realizada en todas las fuentes ha dado lugar a un total de ochenta artículos. Tras una lectura crítica y pormenorizada, comprobando que los documentos se ajustaban a los objetivos establecidos en el trabajo, se consideraron relevantes y, por tanto aplicables al mismo un total de quince artículos.

4 Resultados

Los pacientes portadores de una herida se pueden infectar por vía endógena u exógena. La vía endógena es la flora, la piel, la mucosa y a vía exógena se encuentra el personal de salud, como primera línea. Los antisépticos también son elementos potencialmente altamente contaminados por el mal manejo de ellos, así como el instrumental que se utiliza en los pacientes.

La toma de muestras para su análisis microbiológico es un paso esencial para un correcto diagnóstico y tratamiento de las infecciones. Sin embargo, no tiene ningún sentido realizar cultivos sistemáticos de las lesiones, éstos se deben reservar en los casos en que aparezcan los signos de la infección. Otra cuestión importante, es la elección de la técnica que dependerá de las particularidades de cada caso: lugar donde se ha de realizar la toma de la muestra, localización de la lesión de lesión, características de la lesión, procedimiento del laboratorio de referencia, y tiempo de llegada al laboratorio.

El diagnóstico de la infección debe ser fundamentalmente clínico y la obtención de la muestra debe realizarse de manera escrupulosa siguiendo los pasos adecuadas en función de la técnica de elección.

Según las investigaciones analizadas existe mayor riesgo de infección de herida quirúrgica en pacientes entre los 40 y 50 años de edad, con comorbilidad, diabetes

mellitus tipo 2 , hipertensión arterial y desnutrición. En el caso de las cesáreas sucede con mas frecuencia en pacientes con período expulsivo prolongado. Por otro lado los organismos que mas frecuentemente provocan la infección de la herida quirúrgica son: *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus Haemolyticus*, *Staphylococcus aureus* y la *Escherichia coli*. En cuanto al tiempo de la operación, las cirugías de más de 120 minutos se relacionaron con la aparición de infección en la herida.

5 Discusión-Conclusión

- Todas las úlceras por presión están colonizadas por bacterias.
- El diagnóstico de infección en las úlceras por presión debe ser fundamentalmente clínico.
- La realización de toma de cultivo sistemáticas no son necesarias. La mayor parte de lesiones con signos de infección se resuelven mediante limpieza y desbridamiento de la herida.
- Tan sólo está indicado tras 2-4 semanas de limpieza y otras 2 semanas de tratamiento local con antibiótico y que persistan los signos de infección.
- La toma de la muestra debe realizarse en el sitio exacto de la lesión, con las máximas condiciones de asepsia que eviten la contaminación exterior.
- La determinación cuantitativa de gérmenes en el seno de una úlcera es muy importante para poder realizar un abordaje adecuado.

6 Bibliografía

1. Oteo JA, Soldevilla JJ. Infección y úlceras por presión. Gerokomos 1996 febrero; VII (16): 13-18
2. Piedrola de Angulo G, Garcia JE, Gomez-Luis ML, Rodríguez FC Torreblanca A. Procedimientos en Microbiología Clínica: recogida, transporte y conservación de las muestras. Ed Juan J, Picazo Madrid 1993
3. Dirección de Enfermería, Unidad de Calidad, Docencia e Investigación de Enfermería. Protocolo de Cuidados en Úlceras por presión. Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba. 2.003.
4. Documentos del GNEAUPP. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión. Revisión de febrero de 2003.
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Directrices para el tratamiento de las úlceras por presión. Gerokomos 2.001. 12 (1): 35-38.

6. García Fernández, FP, Pancorbo Hidalgo PL; Laguna Parras JM: Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. 1ª Ed. Jaén. H.U. Princesa de España. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2001.
7. McCloskey, Joanne C.; Bulechek, Gloria M.; Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Editorial Síntesis. Madrid. 1999.

Capítulo 69

CÓLICO DEL LACTANTE

CRISTINA CUE BERNARDO

1 Introducción

El cólico del lactante es un cuadro que se caracteriza por un llanto repetitivo y continuado con dificultad para calmarse, iniciándose alrededor de los primeros quince días de vida y finalizando de forma espontánea en torno al cuarto o quinto mes. Las manos del bebé pueden formar un puño, las piernas pueden encogerse y el vientre puede parecer hinchado. Estos síntomas suelen aparecer a última hora de la tarde. El llanto puede durar desde minutos hasta horas y con frecuencia se calma cuando el bebé está cansado o cuando elimina gases o heces. También se le conoce como cólico de los tres meses, cólico vespertino o del anochecer, alboroto paroxístico de lactante o cólico de gases. Se suele diagnosticar con la “Regla del tres” de Wessel, llanto que dura más de tres horas al día, más de tres días a la semana y durante más de tres semanas. El llanto del lactante debe cumplir cuatro criterios: paroxístico (tiene un principio y un final claro y sin relación con lo que el niño estaba haciendo previamente), cualitativamente diferente del llanto normal que suele ser un llanto más intenso y con tono más alto, hipertonía (contracción tónica generalizada en salva) e inconsolable (imposible de consolar).

Su origen no está definido, lo cual dificulta la pauta de un tratamiento definitivo y se debe a diversos factores:

- Tipo de leche que toma el bebé siendo más frecuente con lactancia artificial o mixta (artificial y materna). La leche de fórmula contiene demasiados suplementos y no son fáciles de digerir. Por este motivo, se recomienda leches de fórmula básicas evitando los cambios.

- Alimentación de la madre durante la lactancia materna debiendo llevar siempre una dieta equilibrada y por supuesto hay que evitar el alcohol, tabaco, cafeína, té y los suplementos de ningún tipo.
- Inmadurez del sistema digestivo. En los primeros meses de vida, la longitud del intestino delgado es menor y esto provoca un tránsito intestinal más rápido. El desarrollo del sistema digestivo no finaliza hasta los 5 años.
- Intolerancia a la lactosa o a la proteína de vaca: puede aparecer en algunos prematuros, pero también en bebés nacidos a término y no muestran síntomas hasta alrededor de los 3 años. En el caso de la intolerancia a la proteína de vaca es necesario suprimir la ingesta de la madre con lactancia materna. En el caso de las leches de fórmula, hay algunas que no la presentan.
- Reflujo gastroesofágico. En los recién nacidos, se combina un tono muscular y una velocidad de tránsito menor y a la vez, la inmadurez del esfínter de separación entre el esófago y estómago y el vaciamiento gástrico más lento, hace que, de forma fisiológica en algunos casos, aparezcan regurgitaciones, que irán mejorando con el paso de las semanas.
- Otros como: Dolor por los gases(meteorismo), estreñimiento, hambre, alimentación excesiva, sensibilidad a determinados estímulos, emociones como el miedo, la frustración o incluso la excitación.
- En cuanto a la teoría de una posible influencia de factores psicológicos y sociales, no existe evidencia alguna que lo demuestre.
- Otra teoría es que son una primera manifestación de un "temperamento difícil", la cual tampoco ha podido ser demostrada.
- Del mismo modo, no existen evidencias de que el carácter o la ansiedad de los padres sean una causa de dichos cólicos, sino que por el contrario son los padres los que suelen terminar desarrollando ansiedad, fatiga, estrés y alteraciones en el ambiente familiar.

Por todo lo expuesto anteriormente, es importante saber discernir si se trata de un cólico del lactante o se trata de otro problema. Se diagnostica únicamente cuando se descartan otras posibles causas de llanto del bebé. Se debe realizar una historia clínica detallada y hay que explorarlo en busca de otros motivos de llanto (traumatismos, hernias, infecciones, etc.) para descartar una causa orgánica. Si el bebé está aumentando correctamente de peso y el examen físico es normal, generalmente no es necesaria ninguna prueba diagnóstica.

En cuanto al tratamiento, la mayoría de las veces es necesario establecer algún tipo de medida terapéutica. Hay tantos tratamientos como causas y cualquiera de los tratamientos puede tener una respuesta favorable pero temporal. No hay evidencia de que alguna actuación terapéutica sea verdaderamente eficaz.

Medidas alimentarias:

En los recién nacidos alimentados con leche materna, una dieta hipoalergénica de la madre podría resultar favorable en el alivio. Está ampliamente demostrada la presencia de alérgenos alimentarios en la leche humana. Hay otros factores, tales como la genética, el tabaquismo o el estilo de vida. En los niños que no reciben lactancia materna, utilizar fórmulas hidrolizadas, parece mejorar los cólicos.

En los primeros meses de vida la microflora intestinal tiene un papel importante. Los probióticos podrían “modular” esta microflora y, por otro lado, el perfil de seguridad de los probióticos los convierte en una alternativa de tratamiento concretamente el *Lactobacillus Reuteri*, es seguro y bien tolerado.

El uso de infusiones de hierbas no suele recomendarse como por ejemplo los anisetes cuyo principio activo es el anetol y aunque puede ser efectivo, hay que tener cuidado debido al riesgo de intoxicación con anetol ya que no viene especificada ni la cantidad ni la forma de preparación. Otras infusiones como manzanilla, melisa, hinojo y regaliz pueden proporcionar una leve mejoría, pero no es una práctica recomendada por su alto contenido en azúcar y administrarle al bebé una cantidad excesiva puede reducir la ingesta de leche con los consiguientes efectos negativos para su nutrición.

Medidas farmacológicas:

- Agentes anticolinérgicos está desaconsejado su uso por la presencia de importantes efectos secundarios.
- Agentes tensoactivos: La dimeticona, (Aerored®) se utiliza con frecuencia, pero no está demostrada su eficacia.
- Espasmolíticos: Butylscopolamine está demostrado que no es efectivo en el tratamiento del cólico del lactante e incluso su uso en esta afección se considera inseguro
- Glucosa y sacarosa: está demostrada su efectividad, pero durante un corto periodo de tiempo (3-30min).

Otras medidas:

- El masaje no es una forma de tratamiento, pero su uso está muy extendido y aceptado y puede ayudar a relajarle, a la expulsión de pequeñas cantidades de gas, e incluso bienestar por la liberación de endorfinas. El momento recomendado para realizarlos sería tras el baño o tras los cambios de pañal. Sin embargo, no hay evidencia sobre este tipo de tratamiento.
- La acupuntura es práctica con menos evidencia que apoye su uso.
- Homeopatía. No existe evidencia de que su uso sea eficaz en estudios controlados. Además, se han comunicado episodios aparentemente letales por su con-

tenido en alcohol, etanol, propanol y pentanol.

- Asesoramiento a los padres sobre técnicas específicas de comportamiento.

2 Objetivos

Revisar la evidencia científica sobre los tratamientos existentes, adecuados y eficaces en el tratamiento del cólico del lactante.

3 Metodología

Se hizo una búsqueda en la web en diferentes bases de datos de artículos científicos (PubMed, EBSCO, MdConsult). Se realizó un análisis exhaustivo de artículos sobre el marco teórico del cólico del lactante y se tuvieron en cuenta las revisiones sistemáticas y los ensayos clínicos sobre las diferentes alternativas propuestas para el manejo del cólico del lactante y se analizó su efecto en los lactantes. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cinahl, Medline y Scopus utilizando los descriptores, “cólico”, “lactante”, “tratamiento”. Se obtuvieron noventa y siete resultados totales, de los cuales resultaron ser válidos quince.

4 Resultados

El cólico del lactante es un cuadro que se caracteriza por un llanto repetitivo y continuado. Se suele diagnosticar con la “Regla del tres” de Wessel, llanto que dura más de tres horas al día, más de tres días a la semana y durante más de tres semanas. El llanto del lactante debe cumplir cuatro criterios: paroxístico (tiene un principio y un final claro y sin relación con lo que el niño estaba haciendo previamente), cualitativamente diferente del llanto normal que suele ser un llanto más intenso y con tono más alto, hipertonía (contracción tónica generalizada en salva) e inconsolable (imposible de consolar).

El cólico del lactante es de etiología multifactorial: tipo de leche, alimentación de la madre durante la lactancia, inmadurez del sistema digestivo, intolerancia a la lactosa o a la proteína de vaca, Reflujo gastroesofágico y otros. La influencia de factores psicológicos y sociales, “temperamento difícil”, el carácter o la ansiedad de los padres no parece estar relacionados con este proceso.

Requiere un diagnóstico preciso a través de un estudio médico detallado y con el objetivo de descartar la existencia de otras patologías subyacentes que re-

querirían pruebas médicas complementarias. Una vez que se valora un crecimiento y desarrollo adecuado del lactante, existen diversos tratamientos tanto dietéticos, farmacológicos o alternativos cuya eficacia está ampliamente demostrada científicamente pudiendo determinar cuáles son eficaces y en qué medida y cuáles no lo son en ningún término e incluso perjudiciales de cualquier forma, cualquiera de los tratamientos puede tener una respuesta favorable pero temporal y el proceso termina resolviéndose espontáneamente por su curso natural y sin efectos secundarios en el desarrollo del recién nacido. Entre los tratamientos encontramos: medidas alimentarias, medidas farmacológicas y otras medidas alternativas.

5 Discusión-Conclusión

El cólico del lactante es una entidad de curso benigno y resolución espontánea, de etiología multifactorial que se resuelve con o sin tratamiento hacia los tres o cuatro meses de edad. Los lactantes que los padecen tienen un crecimiento y desarrollo normal y no hay secuelas a largo plazo. El ayudar al niño con cólicos es una cuestión de experiencia, tranquilizar a los padres, reforzar su paciencia, instaurar o no algún tipo de tratamiento y sobre todo darle tiempo al tiempo, ya que esta situación también pasará suele resolverse de forma natural. Si no lo hiciese, a pesar de existir un diagnóstico minucioso previo, podría ser indicativo de un problema subyacente que se debería estudiar. Solo un 5% de los cólicos del lactante tiene una etiología orgánica.

6 Bibliografía

1. Taubman B. Un estudio clínico al azar comparando los consejos a los padres con la eliminación de la leche de vaca o de las leches con proteína de soja para el tratamiento del síndrome de los cólicos del lactante. *Pediatrics* (ed esp). 1988; 25: 412.
2. Geertsma MA, Hyams JS. Cólico: síndrome doloroso durante la lactancia. *Pediatr Clin North Am* (ed esp). 1989; 4: 983-999.
3. Miller AR, Barr RG. Cólico infantil: ¿Es cuestión intestinal? *Pediatr Clin North Am* (ed esp). 1991; 6: 1439-1457.
4. . Buñuel Álvarez JC, Guarch Ibáñez B, Llerena Santa Cruz E. En niños con cólico del lactante los probióticos no parecen disminuir la duración del llanto. *Evid Pediatr*. 2011;7:3.

5. Sanjosé González MA, Tabernero Carrascosa M. Llanto. Cólico del lactante. En: Ruiz Domínguez JA, Montero Reguera R, Hernández González N, editores. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 4ª ed. Madrid: Publimed Editores; 2003. p. 33-7.
6. Gerardo Calderón-Guerrero, Otto, et al. "Tomando decisiones en el cólico del lactante." *Gastrohnap*, vol. 16, no. 1, Jan.-Apr. 2014.

Capítulo 70

ÚLCERAS POR PRESIÓN MARCO TEÓRICO Y TIPOS DE APÓSITOS PARA SU TRATAMIENTO

CRISTINA CUE BERNARDO

1 Introducción

“Lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él”. (MJ. Armendáriz, 1999)

Una úlcera por presión es una lesión de la piel y / o tejido subyacente que se localiza generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o presión en combinación con la cizalla. (EPUAP, 2014)

La máxima presión capilar se encuentra alrededor de los 20 mmHg y la media de la presión tisular se cifra entre 16 y 33 mmHg, por lo que la presión superior ejercida sobre una zona concreta y durante un tiempo prolongado, producen un proceso isquémico. La población diana son las personas de avanzada edad con enfermedades crónicas, los pacientes con alteraciones en la sensibilidad, aquellos que no perciben el dolor isquémico, los pacientes encamados o inmovilizados, las personas que no son capaces de mantener una postura correcta y los pacientes que ya cuentan con alguna úlcera por presión. Las posibles complicaciones asociadas a la presencia de las úlceras por presión son la infección, inflamación de la zona perilesional, el dolor, la endocarditis, la artritis séptica, osteomielitis, bacteriemia, sepsis o celulitis progresiva de la zona. La integridad de la piel se puede

ver alterada fundamentalmente por estos cuatro factores: presión, fricción, cizallamiento y humedad. Clasificación:

- ESTADIO I: Eritema no blanqueante. Piel intacta con eritema no blanqueante de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea.
- ESTADIO II: Úlcera de espesor parcial. La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfácelos.
- ESTADIO III: Pérdida total del grosor de la piel. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos.
- ESTADIO IV: Pérdida total del espesor de los tejidos.

Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos.

- NO ESTADIABLE: Profundidad desconocida. Pérdida del espesor total de los tejidos donde la base de la úlcera está completamente cubierta por esfácelos (amarillos, canela, grises, verdes o marrones) y/o escaras (canela, marrón o negro) en el lecho de la herida

Tratamientos: Entre los tratamientos que se encuentran en desuso pero han sido utilizados se encuentran los apósitos tradicionales como gasas, algodón o vendajes, aunque no forman parte activa en la curación de las heridas. En la actualidad se encuentran como opciones de tratamiento los polímeros ya sean naturales, sintéticos o semisintéticos, los hidrogeles, uso de agentes antibacterianos, apósitos antiinflamatorios y analgésicos, agentes naturales como aloe vera, aceites esenciales y miel, injertos cutáneos y finalmente terapias avanzadas en la cura de heridas como terapia con oxígeno y terapia de presión negativa, entre otros. se recomienda la limpieza de las úlceras por presión con agua o suero fisiológico salino o con agentes antibacterianos si éstas presentan infección, sospecha de infección o alta colonización bacteriana.

Actualmente, el uso de adhesivos y polímeros es habitual en el tratamiento de infecciones de las heridas ya que promueven el desbridamiento autolítico, reducen el dolor y aceleran la aparición de tejido de granulación. Los apósitos de alginato, siendo un polímero natural, son habitualmente utilizados en el tratamiento de úlceras por presión debido a su capacidad absorbente, ya que limita las secreciones de la herida y minimiza la contaminación bacteriana. Por ello se recomienda su uso en el tratamiento de úlceras por presión con exudado moderado o abundante y en úlceras por presión infectadas si se usa en concomitancia con el tratamiento adecuado para paliar la infección. Los polímeros sintéticos, debido a su naturaleza hidrófila, tienen la capacidad de absorber el exceso de exudado a la vez que mantienen un medio húmedo de la herida. Éstos son biocompatibles y suelen ser adhesivos, lo que permite una menor frecuencia de cambios de apósito al

permanecer más tiempo adherido de forma correcta.

Los apósitos hidrocoloides son recomendados en el tratamiento de úlceras por presión de categoría II que se encuentren limpias y en las zonas corporales donde no corran el riesgo de enrollarse o emblandecerse, además de recomendarse sobre úlceras por presión de categoría III poco profundas y sin infección.

Los apósitos de hidrogel son aquellos seleccionados para tratar úlceras poco profundas y con exudado escaso, úlceras con lecho ulceral seco y úlceras dolorosas. El uso de hidrogeles amorfos es el tratamiento recomendado en las úlceras por presión no infectadas y en proceso de granulación o en aquellas que cuenten con poca profundidad o se encuentren en zonas corporales donde los apósitos puedan desplazarse.

Los apósitos de espuma son un tratamiento de elección en el manejo de úlceras por presión exudativas de categorías II y III poco profundas.

Los apósitos de silicona son ideales para evitar las lesiones tisulares y favorecer los cambios de apósito no traumáticos, pudiendo estar en contacto directamente con el lecho de la úlcera por presión.

Como terapias avanzadas en la cura de heridas encontramos: terapia de presión negativa, estimulación eléctrica, fototerapia, energía acústica, la terapia de vibración y el tratamiento con oxígeno en las úlceras por presión. Éstos últimos con escasa evidencia científica en cuanto a su resultado.

El uso de antibióticos cada vez se encuentra más limitado debido a la inminente incidencia de resistencia a éstos y a la ausencia de nuevos antibióticos que respondan a esta demanda.

El uso de aloe vera parece ser que tiene propiedades antibacterianas y estimula la actividad de los macrófagos en el proceso de curación de las heridas, siendo propuesto por algunos autores como alternativa a otros tratamientos en la curación de heridas. Por otro lado, los aceites esenciales de algunas plantas como el laurel, el orégano o las hojas de limón, también han demostrado propiedades antibacterianas en concentraciones inferiores a un 2%. Sin embargo, al tener propiedades hidrofóbicas, puede ocurrir que, en presencia de exudado, la solución se separe y el resultado no sea efectivo. Además, La guía de prevención y tratamiento de úlceras por presión de la NPUAP recomienda el tratamiento con miel de uso terapéutico en las úlceras por presión que se encuentran altamente infectadas o contaminadas por bacterias, con el objetivo de desbridar la herida. Así mismo, también se considera el uso de apósitos impregnados con miel de uso terapéu-

tico para el tratamiento de úlceras por presión de categorías II y III, aunque deben tenerse en cuenta las posibles contraindicaciones que pueden sufrir los pacientes alérgicos a la miel. Sin embargo, se puntualiza que los pacientes alérgicos a las abejas o a sus picaduras pueden ser tratados con miel correctamente irradiada.

2 Objetivos

- Conocer y profundizar en el marco teórico de las úlceras por presión.
- Revisar y analizar los tipos de tratamientos sobre todo centrados en el uso de apósitos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante la búsqueda en múltiples bases de datos como google académico o dialnet. Se han revisado artículos y documentos relacionados con las úlceras por presión así como los tipos de tratamientos y concretamente de apósitos utilizados en su tratamiento utilizando las palabras clave: “heridas”, “úlceras por presión” “apósitos”. Con el fin de utilizar exclusivamente la bibliografía más actualizada se seleccionaron documentos publicados en los últimos diez años priorizando los artículos escritos en español.

El resultado de la búsqueda realizada en todas las fuentes ha dado lugar a un total de ochenta artículos. Tras una lectura crítica y pormenorizada, comprobando que los documentos se ajustaban a los objetivos establecidos en el trabajo, se consideraron relevantes y, por tanto aplicables al mismo un total de veinte artículos.

4 Resultados

Una úlcera por presión es una lesión de la piel y / o tejido subyacente que se localiza generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o presión en combinación con la cizalla. (EPUAP, 2014).

La presión superior a los valores establecidos ejercida sobre una zona concreta y durante un tiempo prolongado, producen un proceso isquémico. Si éste no se revierte en un corto espacio de tiempo, se produce finalmente muerte celular y necrosis. Las personas de avanzada edad con enfermedades crónicas, con alteraciones en la sensibilidad, que no perciben el dolor isquémico, encamados o inmovilizados, que no son capaces de mantener una postura correcta o los que

tienen alguna úlcera por presión son mas susceptibles de padecerlas. Los factores de riesgo primarios o principales son la presión, la fricción y la cizalla o cizallamiento, además de otros factores importantes como la inmovilidad, la incontinencia, el deterioro cognitivo o el déficit nutricional. Además de los ya mencionados, existen factores de riesgo fisiopatológicos, situacionales y factores de riesgo relacionados con los tratamientos. Las posibles complicaciones asociadas a la presencia de las úlceras por presión son la infección, inflamación de la zona perilesional, el dolor, la endocarditis, la artritis séptica, osteomielitis, bacteriemia, sepsis o celulitis progresiva de la zona.

Los apósitos tradicionales utilizados para el tratamiento de heridas han sido sustituidos en gran parte por apósitos más modernos y avanzados, ya que éstos no proporcionan un ambiente húmedo que favorezca la cicatrización de la herida. Los antisépticos son desinfectantes que se usan para eliminar o inhibir microorganismos en la piel intacta y en ocasiones en algunas heridas abiertas, además de contar con capacidad antiinfecciosa residual. Sin embargo, son perjudiciales para los tejidos sanos y dañan componentes celulares esenciales para que se realice una cicatrización de heridas eficaz, por lo que se presume que únicamente deben ser usados en piel íntegra. Por ello, se recomienda la limpieza de las úlceras por presión con agua o suero fisiológico salino o con agentes antibacterianos.

En la actualidad se encuentran como opciones de tratamiento los polímeros ya sean naturales, sintéticos o semisintéticos, los hidrogeles, uso de agentes antibacterianos, apósitos antiinflamatorios y analgésicos, agentes naturales como aloe vera, aceites esenciales y miel, injertos cutáneos y finalmente terapias avanzadas en la cura de heridas como terapia con oxígeno y terapia de presión negativa, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras de presión son un importante problema de salud en todas las escenas del cuidado y tiene un gran impacto en los pacientes y en los recursos del Sistema de Salud y sociosanitario. El reciente estudio epidemiológico sobre las úlceras por presión en España -Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP)- señalaba que el número de afectados por estas lesiones en nuestro país a buen seguro supera los cien mil ciudadanos y con ellos, sus cuidadores familiares y todos los profesionales encargados de su atención. Las úlceras por presión parecen invisibles para una gran mayoría, tanto entre los profesionales sanitarios como en el resto de la sociedad, quizá por desconocer su

trascendencia, pero, sobre todo, por creer que son inevitables, cuando en realidad son evitables prácticamente en la totalidad de los casos.

El coste del tratamiento de las úlceras por presión en España supera los 600 millones de euros cada año. La industria de los apósitos para heridas factura 150.000.000 de euros al año. Si colocáramos juntos todos los apósitos que se utilizan en un día en este país, su superficie equivaldría a tres campos de fútbol. Si usamos el protocolo adecuado, podemos disminuir la aparición de las úlceras al menos en un 95%. Si ponemos en marcha un programa integral de prevención, podemos disminuir la aparición de las úlceras en un 98%, lo que supone que evitáramos este sufrimiento a 120 pacientes diarios, en un hospital de tamaño medio y además del ahorro económico.

6 Bibliografía

1. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNAUPP). Vizcaya: Osakidetza; 27 de febrero de 2015. Guía de recomendaciones basadas en la evidencia en prevención y tratamiento de las úlceras por presión en adultos.
2. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNAUPP). Huesca: Colegio Oficial de Enfermería de Huesca; 2012.
3. Blanco JL. Definición y clasificación de las úlceras por presión. El Peu 2003;
4. Soldevilla Agreda JJ. La epidemia silenciosa del siglo XXI. Octubre 2010. GNEAUPP

Capítulo 71

USO DE LA MIEL EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

CRISTINA CUE BERNARDO

1 Introducción

Desde la antigüedad se ha utilizado la miel como método curativo por sus diferentes propiedades. Antiguamente, la miel, se utilizó por chinos, griegos, romanos y egipcios con intenciones curativas.

Durante la I Guerra Mundial, el Dr. Lüke en 1933, utilizó una mezcla de miel e hígado de bacalao para impregnar las vendas con las que cubrían las heridas de los soldados y también en la Primera Guerra Mundial, los soldados rusos hicieron uso de la miel para prevenir la infección y acelerar la curación de sus heridas de guerra. Van Keetal en 1982 reportó propiedades antibacterianas. En el año 1988 Heineman, aconseja que la miel se aplique en llagas, grietas, úlceras y lesiones herpéticas. En 1989, Zumla y Lulat se refirieron a la miel como un remedio redescubierto y consideraron que el potencial terapéutico de la miel pura y no contaminada se encontraba infrautilizada.

Con la llegada de los antibióticos entre los años 1930 y 1940 se propició el desuso pero ante la aparición de nuevas cepas resistentes a los antibióticos, está comenzando de nuevo la utilidad por el potencial uso como terapia alternativa de la miel.

COMPOSICIÓN DE LA MIEL

La miel es una solución azucarada, viscosa y supersaturada y las abejas la fabrican al tomar el néctar del interior de las flores y extractos azucarados de otras partes de las plantas. La miel puede ser uni o multifloral, incluso si proviene de segregaciones dulces de los insectos se clasifica como no floral. Está compuesta

en su gran mayoría, por hidratos de carbono (Fructosa 38%, Glucosa 31%), proteínas, vitaminas y enzimas (siendo la principal la gluco-oxidasa) minerales, lípidos y flavonoides. Tiene un pH ácido de 3.9 y 20% de humedad. Estas características proporcionan unas acciones sobre los tejidos que ayudan a su reestructuración y curación. Existen múltiples tipos de mieles curativas de donde se extrae la miel de diferentes plantas, pero las más destacadas por sus similares cualidades en cuanto a los efectos en las heridas son: “Gelam” de la planta Malaleuca y “Tualang” del árbol Koompassia excelsa procedentes de Malasia, “Medihoney” y “Manuka” ambas del arbusto leptospermum presente en Nueva Zelanda y en Australia tienen un efecto antibacteriano mayor que el resto de las mieles por contener una sustancia de origen vegetal que actúa de forma sinérgica potenciando la acción de la gluco-oxidasa 11 .

En las últimas décadas, Peter Molan, profesor de la Universidad de Waikato (Nueva Zelanda), ha investigado la miel como alternativa curativa natural y sencilla. En numerosos artículos, demuestra las razones por las que el uso de la miel es favorable sobre todo en heridas a nivel tópico, y además afirma que “La miel debe ser considerada como un producto farmacéutico moderno más, con igual o mayor eficacia y acciones terapéuticas respecto a otros”. La miel era un producto desconocido, el cual hoy en día, se está promocionando cada vez más.

PROPIEDADES DE LA MIEL:

I. Actividad Antibacteriana

La miel tiene el efecto de ser una profilaxis antibacteriana debido a su actividad bactericida de amplio espectro y ser un tratamiento para infecciones causadas por bacterias resistentes a los antibióticos. Por ello, se debe considerar como un tratamiento de uso terapéutico. La propiedad antibacteriana de la miel se atribuye algunas de sus características físicas: su alta osmolaridad, la acidez y el contenido de peróxido de hidrógeno.

II. Actividad Antiinflamatoria

Hay evidencia de que la miel tiene una actividad antiinflamatoria directa, y no es un efecto secundario de la actividad antibacteriana de eliminar bacterias que están causando la inflamación. El mecanismo por el cual la miel reduce la inflamación está relacionado con los antioxidantes en la miel. Los antioxidantes eliminan los radicales libres y esto reduce la inflamación. La miel tiene un contenido significativo de antioxidantes que realizan esta función. Las prostaglandinas y el óxido nítrico son los principales en el proceso de inflamación. La miel se sabe que disminuye los niveles de prostaglandinas. La supresión de la inflamación reduce la apertura de los vasos sanguíneos y por lo tanto reduce el edema y exudado. Sin embargo, la miel de Manuka tiene un mayor poder antiinflamatorio que otros

tipos de mieles. Es gracias a metilglioxal que reacciona con las proteínas de la miel. Esto hace que la proteína sea un agente antiinflamatorio que inhibe la activación de la respuesta inflamatoria a bacterias y células de tejido dañado. El efecto antiinflamatorio también reduce el dolor causado por la presión sobre las terminaciones nerviosas. La miel tiene afinidad por el contacto, pero no se adhiere en medio húmedo. Su aplicación en apósitos evita que se adhieran en el lecho de la herida disminuyendo el dolor.

III. Actividad Desbridante

A diferencia de otros apósitos, la miel crea un ambiente húmedo gracias a su fuerte acción osmótica lo que dará suministros de proteasas en el lecho de la herida. Las proteasas suelen estar inactivas, pero se activan por oxidación debido al peróxido de hidrógeno que se libera por la miel. La acción de las proteasas activa el plasminógeno lo que produce el desbridamiento rápido en la herida. Las bacterias metabolizan la glucosa de la miel y la transforma en aminoácidos. Esta reacción produce un metabolito no oloroso, el ácido láctico. La miel reduce el olor de la herida por ser rica en glucosa.

IV. Actividad Estimulante del crecimiento del tejido de granulación y epitelización

Gracias a la creación de un ambiente húmedo en la herida, la miel favorece la formación de tejido de granulación. Se estimulan los leucocitos, para liberar citoquinas y factores de crecimiento celular. Éstos activan la reparación de los tejidos. La acidez de la miel hace que haya más oxígeno disponible en la circulación para la reparación tisular. La retirada osmótica de fluido alrededor de la herida hace evitar la maceración de la piel y mejorar la cicatrización.

EFFECTOS ADVERSOS

I. Su alta viscosidad puede ser de difícil manejo para los profesionales.

II. La miel es un producto natural por lo que existe la posibilidad de desarrollar botulismo a partir de las esporas de *Clostridium Botulinum* que puede tener en su composición, por ello es muy importante la esterilización de la miel.

III. La miel como tratamiento en las úlceras por presión puede estar contraindicada en pacientes diabéticos porque podría afectar a los niveles de glucosa en sangre debido a la gran cantidad de glucosa que posee la miel.

IV. Los productos de miel no deben utilizarse en pacientes con una conocida sensibilidad a la miel.

2 Objetivos

Exponer la historia antigua y reciente en el uso de la miel como tratamiento en las úlceras por presión.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante la búsqueda en múltiples bases de datos como google académico o dialnet. Se han revisado artículos y documentos relacionados con las úlceras por presión, tratamientos y específicamente el uso de la miel utilizando las palabras clave: “miel”, “úlceras por presión”, “uso miel”. Con el fin de utilizar exclusivamente la bibliografía más actualizada se seleccionaron documentos publicados en los últimos diez años priorizando los artículos escritos en español.

El resultado de la búsqueda realizada en todas las fuentes ha dado lugar a un total de cincuenta artículos. Tras una lectura crítica y pormenorizada, comprobando que los documentos se ajustaban a los objetivos establecidos en el trabajo, se consideraron relevantes y, por tanto aplicables al mismo un total de veinte artículos.

4 Resultados

Desde la antigüedad se ha utilizado la miel como método curativo por sus diferentes propiedades. En España aún no ha progresado su investigación lo suficiente, en otros países como en Nueva Zelanda ya se ha evidenciado su eficacia. Sus propiedades varían en función de las plantas de las que se han ido nutriendo las abejas, el clima, la variedad en la vegetación, la zona geográfica, el polen utilizado, los tipos de abeja, su procesado y su medio de conservación, dando lugar a diferentes tipos de miel según su origen y composición. Según varios artículos, destacando a Molan, siendo el director de la unidad de investigación acerca de la miel, han hallado que ésta tiene unas propiedades naturales favorable en las heridas.

Las características de miel proporcionan unas acciones sobre los tejidos que ayudan a su reestructuración y curación. Gracias a las características físicas de la miel, se ha demostrado las numerosas acciones biológicas que tiene ésta sobre las heridas: una acción antimicrobiana que elimina rápidamente la infección, ofrece un ambiente húmedo de curación sin el riesgo de crecimiento bacteriano, poder

desbridante autolítico del tejido necrótico y reducción del mal olor, crecimiento de tejido de granulación y epitelización, mejora la cesión de oxígeno por parte de la hemoglobina, efecto antiinflamatorio que reduce el edema y exudado, reducción del dolor.

En cuanto a los efectos adversos, hoy en día, toda la miel comercializada está bien esterilizada y no hay ningún riesgo. No hay evidencia que muestre que se aumentan los niveles de azúcar en la sangre por lo que no hay ninguna exclusión de estos pacientes para estos productos. Además, este producto está indicado para úlceras en pie diabético. Es importante supervisar a todos los pacientes regularmente para detectar signos de mejora o deterioro de la herida. Si no hay respuesta al tratamiento después de 14 días debería ser considerada otra alternativa.

5 Discusión-Conclusión

La miel se ha usado como tratamiento de diferentes enfermedades a lo largo de la historia y en diferentes culturas. Aunque algunos de sus mecanismos de acción no estén aún identificados existe suficiente evidencia científica para avalar su uso beneficioso en el tratamiento de heridas de diferentes orígenes. El uso en España no está extendido, pero se trata de una práctica habitual en otros países como Reino Unido, nueva Zelanda, países bajos, etc.

La principal preocupación en la aplicación medicinal de la miel en la medicina moderna es la variación en su composición y la falta de ensayos clínicos, aunque se ha demostrado que el uso de la miel y apósitos de miel pueden ser aplicados en la práctica para la curación de úlceras por presión en todas las categorías, ya que ayuda en todas las fases de recuperación de los tejidos. El tiempo de curación de una úlcera con miel es mucho más corto en comparación con otros métodos, 50% menos de tiempo por ser una cura húmeda. En relación con la asepsia, una herida tratada con miel en 7 días se eliminan todas las bacterias. La miel, por ser un producto natural y estar al alcance de todos, aunque se deba esterilizar para su comercialización, es de bajo coste en contraste al resto del género empleado en la curación. Valorando el coste-beneficio en cuanto al tratamiento de las úlceras por presión, la miel tiene un mayor rendimiento con respecto a los tratamientos habituales que se utilizan para la curación por suponer estos un mayor gasto.

6 Bibliografía

1. Perez sanchez JA. Aplicación de la miel para el tratamiento de úlceras.2013.
2. Cook MP. Miel en el tratamiento de heridas: ¿creencia o realidad?. 2008.
3. Lund A. La curación con la miel. 1999.
4. Judit Vera Bailón, Natalia Sánchez Gallego, Pablo Solana Clemente. Tratamiento de heridas y úlceras: la miel como alternativa natural. 2018.
5. Jull A., Walker N., Deshpande S. Honey como tratamiento tópico para heridas. Base de Datos Cochrane Syst. Rev. 2013.
6. San José-Rodríguez, Juan Carlos¹, San José de León, Marta. La miel como anti-biótico tópico en las úlceras por presión. MEDICINA NATURISTA, 2015.

Capítulo 72

LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN QUIRÓFANO

REBECA SANTOLAYA MAJUELO

GEMA MARIA LOPEZ LOPEZ

ESTHER AGUILAR LÓPEZ

1 Introducción

Actualmente, los cuidados quirúrgicos enfermeros abarcan una amplia variedad de cuidados antes, durante y después de la intervención quirúrgica. Se describen 3 períodos de atención quirúrgica: preoperatorio , intraoperatorio y postoperatorio.

Todos los pacientes que van a pasar por quirófono sufren una situación estresante produciéndose efectos tanto físicos como psicosociales. La enfermera más allá de colaborar ayudando al cirujano, en la anestesia y en aportar todo el material que sea necesario a lo largo de la intervención, tiene una importante función en colaborar para reducir la ansiedad y miedo del paciente y en la resolución de dudas que pueda presentar.

Ante los ojos de la gran mayoría la función de la enfermera quirúrgica es simplemente técnica, por eso en este trabajo intentaremos desarrollar la importancia de todas las labores que se realizan en esta área. Un buen enfermero de quirófono sería aquel que además de conocer adecuadamente las técnicas que se van

a realizar (tanto quirúrgicas como anestésicas), se involucra en la atención holística e individualiza la atención a cada paciente. Cualidades muy importantes a desarrollar en todos los servicios, incluido el servicio quirúrgico, es la empatía (saber ponernos en la piel del otro para poder comprender como se puede sentir ante algo, muchas veces, desconocido) y establecer una comunicación efectiva, que permita que fluya el diálogo y se pueden resolver todas las dudas que se presenten.

2 Objetivos

Describir funciones de Enfermería en quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, y Google Scholar seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para conocer mejor las funciones que debe de desarrollar la enfermera quirúrgica dividiremos el proceso quirúrgico en 3 fases:

- Fase preoperatoria: La atención de enfermería al paciente quirúrgico comienza mucho antes de que entre al quirófano, comienza con la decisión médica de realizar la intervención. Nuestro objetivo sería capacitar al paciente física y emocionalmente para hacer frente a la situación estresante que es entrar en un quirófano.

En cuanto a la preparación física nos encargáramos de tomar las constantes, revisar el preoperatorio para comprobar que se encuentra toda la documentación necesaria (consentimiento, analítica preoperatoria, ECG o cualquier otra prueba necesaria), explicar que es necesario retirarse joyas, dentaduras o cualquier tipo de prótesis extraíble, correcto rasurado y recalcar la importancia de la dieta absoluta para evitar el riesgo de broncoaspiración.

Respecto a la preparación psicológica, deberíamos previamente de presentarnos al paciente, cerciorarnos de que conoce adecuadamente la cirugía que se le va a

realizar (incluyendo sus riesgos) y dejarle que nos exprese cualquier duda o temor que tenga, permitiendo que establezca una relación de confianza con nosotros.

- Fase intraoperatoria: va desde la entrada del paciente al quirófano hasta que sale a la URPA, UCI o servicio de Reanimación . En esta fase las enfermeras se encargan de tener preparado el quirófano, deben de haber comprobado previamente los aparatos que se usarán durante la intervención, tener el material necesario para la cirugía y la anestesia preparado y proporcionar el confort necesario al paciente (colocación de manta térmica, calentadores de suero, posición anatómica correcta).

- Fase postoperatoria: comienza desde el servicio de recuperación inmediata tras la salida del quirófano, ya sea URPA, UCI, Reanimación... hasta que es dado de alta de dicho servicio.

Aquí nos encargaremos de la recuperación temprana del paciente, monitorizando las constantes vitales, vigilando posibles sangrados y explicándole al paciente en todo momento su situación actual para que no se sienta intranquilo.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, el principal objetivo sería mantener la esencia de la enfermería que es tratar al paciente integralmente y no sólo el aspecto de la enfermedad, en este caso, no ver solamente el trabajo realizado en la mesa quirúrgica, sino todo el trabajo que debe de acompañarlo. Preparar al paciente psicológicamente de una manera adecuada es muy importante para su recuperación posterior.

En la fase preoperatoria es donde mayor relación previa se establece con el paciente y que la enfermera circulante se presente antes del quirófano también proporciona una sensación de mayor seguridad a su entrada al quirófano.

6 Bibliografía

1. Bellido J.C., Coll E, Quero J.C., Calero M.J., et al. Actividad e intervención enfermera en el período intraoperatorio. Biblioteca Lascasas; 2009 . Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0411.pdf>.

2. Cuidados enfermeros en quirófano. 1ª ed. Málaga: Vértice; 2010. Disponible en: http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=e2jqLEpXIDAC&oi=fnd&pg=PP2&dq=enfermeria+en+quirofano+organizacion&ots=HscclzFs2g&sig=T_-2kocPppaZj2Rm16UHQmL8PCZM#v=onepage&q=enfermeria%20en%20quirofano%20organizacion se.

3. Heluy C., De Faria T.E., Felipe R., Castelló M. Humanización de la Atención de enfermería en el quirófano. Granada: Index Enferm; 2004.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100004.

Capítulo 73

ENFERMERÍA COMUNITARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS

ANGELA LOREDO LONGO

LUCÍA ÁLVAREZ GARRIDO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”.

Anualmente en el mundo, 40 millones de personas precisan cuidados paliativos, aunque tan solo el 14% de ellas reciben la asistencia paliativa que necesitan.

La demanda asistencial se ve incrementada como consecuencia del aumento de pacientes geriátricos, con enfermedades crónicas y degenerativas, así como de pacientes con enfermedades oncológicas. Todas ellas se tratan de enfermedades irreversibles que avanzan hacia una etapa terminal, precisando de cuidados paliativos.

Según la Asociación Española de Cuidados Paliativos, los pacientes en situación de enfermedad terminal presentan las siguientes características:

- Enfermedad en estadio avanzado, progresiva y que no tiene cura.

- No existen posibilidades de respuesta al tratamiento.
- Existencia considerable de síntomas y problemas intensos, multifactoriales y variables.
- Impacto emocional tanto en el paciente como en su familia, relacionado con la muerte.
- Esperanza de vida menor a 6 meses.

Cerca del 70% de los pacientes terminales prefieren fallecer en su domicilio, aunque solo el 30% llegan a fallecer en sus casas. Por lo tanto, los profesionales de atención primaria son un apoyo esencial en los cuidados paliativos domiciliarios. Estos cuidados requieren de una actividad interdisciplinar, aportando los profesionales de enfermería sus conocimientos para el abordaje del paciente terminal. Los profesionales de enfermería son el equipo más numeroso y el encargado de proporcionar cuidados directos al paciente y su familia, incluyendo la atención de las necesidades físicas, emocionales y psicosociales.

Hay evidencia de que los cuidados paliativos en el domicilio mejoran los resultados de los pacientes en cuanto al dolor, control de la ansiedad y disminución de los ingresos hospitalarios que no son necesarios. Haciendo posible que estos pacientes reciban en su domicilio la asistencia sanitaria que requieren, sin que se origine un fraccionamiento de los cuidados.

2 Objetivos

Conocer los cuidados y actividades asistenciales realizadas por los profesionales de enfermería de atención primaria en los cuidados paliativos domiciliarios.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica, llevando a cabo una búsqueda de artículos a través de bases de datos como Pubmed, ScienceDirect y Scielo. También se emplearon páginas oficiales como la OMS, Asociación Española de Cuidados Paliativos y Ministerio de Sanidad. El límite cronológico que se estableció fue de 10 años (2011-2021).

Las palabras claves utilizadas fueron: “cuidados paliativos domiciliarios”, “enfermería”, “palliative care nursing” y “home care services”.

Se utilizó como principal criterio de inclusión aquellos artículos que contenían información de los cuidados paliativos que realizan los profesionales de enfermería

de atención primaria en el domicilio de los pacientes. El criterio de exclusión fue publicaciones que no estuviesen en español o inglés.

4 Resultados

Debido a la cercanía de los profesionales de enfermería de atención primaria con los pacientes, están designados a proporcionar los cuidados y servicios asistenciales. Esta responsabilidad supone la creación de relaciones profesional-paciente a lo largo del tiempo, haciendo que los profesionales de enfermería tengan un conocimiento de las personas así como de sus familias, lo cual es indispensable en los cuidados domiciliarios.

Los profesionales de enfermería ante un enfermero terminal deben realizar una valoración de las necesidades del paciente así como de su familia, llevar a cabo los cuidados asistenciales necesarios para garantizar el confort y la calidad de vida, incrementar el bienestar y ayudar a los familiares con el duelo. Cuando se realizan cuidados paliativos en el domicilio los profesionales de enfermería se enfrentan constantemente a pacientes y familias con enfermedades terminales que se encuentran en el final de la vida. La capacidad comunicativa eficaz es una de las habilidades más importante, pues se debe tener la capacidad de explicar la difícil situación así como educar sobre los síntomas y tratamientos hasta el final de la vida.

El objetivo principal de los profesionales de enfermería en la atención domiciliaria es la atención global del paciente, guiar a los familiares en los cuidados y lograr que el paciente se mantenga en el domicilio hasta el fallecimiento. Entre los cuidados que deben realizar los profesionales de enfermería se encuentran:

- Garantizar el bienestar.
- En cuanto a los cuidados de la piel, la prevención de las úlceras por presión es uno de los pilares más importantes.
- Higiene bucal, siendo necesario el uso de torundas cuando el paciente se encuentra en situación agónica.
- Controlar la ingesta de líquidos y las deposiciones.
- Escucha activa del paciente así como de su familia.

Aquellos pacientes terminales que tienen un mayor seguimiento por los profesionales de atención primaria, tienen una mayor calidad de vida, menos ingresos hospitalarios y fallecen en mayor medida en su domicilio.

Es importante añadir que además de los cuidados prestados por atención primaria, existen equipos y unidades de cuidados paliativos. La manera de garantizar los mejores cuidados y el bienestar, es el trabajo de manera interdisciplinar entre todos.

5 Discusión-Conclusión

El papel que tienen los profesionales de enfermería en los cuidados de los pacientes terminales es significativo, además de los cuidados asistenciales directos que proporcionan al paciente, son un gran pilar para el mismo paciente y como para sus familiares.

Todo esto vale para advertir de la necesidad de que los profesionales de enfermería de atención primaria se formen en este tipo de cuidados así como en las habilidades comunicativas que son necesarias e imprescindibles ante este tipo de situaciones.

Actualmente, el papel de la atención primaria en los cuidados domiciliarios sigue siendo un debate abierto y con escasos datos al respecto. Siendo necesario garantizar la coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios, específicamente los profesionales de enfermería deben comprometerse con las necesidades de los pacientes y sus cuidados.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. Ginebra: OMS. 2020 [citado 1 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care/>.
2. Ruiz-Iniguez R, Bravo Sobrino N, Peña Ibáñez F, Navarro Siguero N, Seco Martínez A, Carralero Monterio A. Intervención enfermera sobre la calidad de vida en personal con cuidados paliativos domiciliarios: revisión sistémica. *Med Paliat*. 2015;24(2):72-82.
3. Fuentes Fernández L. Enfermería ante los cuidados paliativos en atención primaria [trabajo fin de grado]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2013.
4. Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the Future of Palliative Care. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018;5(1):4-8.
5. Caunedo Suárez J. Los cuidados de enfermería al paciente terminal en su domicilio. *Enfermería comunitaria*. 2016;4(4):18-32.

6. Aguilar Huerta O, Bayón Cubero IC, Fernández Gutiérrez AL, Regadera González M. ¿La intervención de atención primaria influye en el lugar de fallecimiento de los pacientes en un programa de cuidados paliativos?. *Aten Primaria*. 2021;53(8).
7. Dhiliwal SR, Muckaden M. Impact of specialist home-based palliative care services in a tertiary oncology set up: a prospective non-randomized observational study. *Indian J Palliat Care*. 2015;21(1):28-34.
8. Corrales-Nevado D, Palomo-Cobos L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enferm. Clin*. 2014;24(1):51-8.

Capítulo 74

ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA DE LA CONCEPCIÓN MARTÍN TRUJILLO

1 Introducción

Se hace necesario en la situación actual que vivimos, era Covid-19, el abordaje de la salud mental de los adolescente desde atención primaria, prevenir y saber actuar como profesionales de enfermería ante la ansiedad o la depresión que en estos tiempos se han visto aumentados y ocasionan una pérdida o ausencia de salud mental.

En relación con esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” [1].

En estos tiempos, durante la era Covid-19, se han implementado unas medidas que se han alargado en el tiempo, en las que ha sido necesario una reorganización a nivel familiar, donde dentro del mismo hogar, se ha tenido que compaginar dentro: la vida laboral, la estudiantil y la familiar. Adicionalmente, el confinamiento y distanciamiento social han promovido estilos de vida no saludables lo que ha afectado directamente sobre el ciclo del sueño [2,3]. Según un estudio de la Confederación Estatal de Estudiantes (CANAE), para el 72,1% de los jóvenes la salud

mental que incluye el agobio, el estrés y la ansiedad derivadas en este último año y que es su principal preocupación [4].

2 Objetivos

Definir el papel de enfermería en la salud mental de los adolescentes desde Atención Primaria.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo he llevado a cabo una revisión literaria de monografías, artículos originales y de revisión publicados en castellano de 2017 a 2021. La búsqueda se realizó en diversas fuentes y bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud como Scielo, Dialnet, Google Académico, PubMed, Medline Plus y con las siguientes palabras clave: salud mental + adolescente + covid-19 + enfermería. En combinación con los descriptores booleanos AND y NOT. Como gestor bibliográfico para almacenar y gestionar la bibliografía así como insertar citas bibliográficas se ha utilizado Mendeley.

Criterios de inclusión:

Los artículos debieron de cumplir los siguientes requisitos:

- Relacionados con el Abordaje de la salud mental de los adolescentes desde Atención Primaria.
- La búsqueda se limitó a estudios en humanos.
- Publicados de 2017 a 2021.
- Redactados en idioma inglés, portugués y castellano.
- Que estuvieran indexados en bases de datos reconocidas.

Criterios de eliminación:

- Aquellos que no tuvieran relación con el tema a revisar.
- Aquellos que no fueran congruentes.
- Aquellos cuyo título no estuviera relacionado con el contenido.

Criterios de exclusión:

Los artículos serán excluidos si:

- Aquellos que no estén relacionados con seguridad del paciente.
- Los que no estén publicados en base de datos científicas.
- Artículos incompletos

4 Resultados

Desde Atención primaria los profesionales de enfermería mediante la anamnesis pueden abordar de forma efectiva una alteración en la salud mental de los adolescentes que si bien ha sido en múltiples ocasiones preocupante es el la actualidad donde se ha notado un incremento de episodios que evidencian una asociación determinante a la era Covid-19. Es el confinamiento uno de los episodios que se vive en el adolescente como una tragedia y no como una simple limitación de sus salidas como ocurre en los adultos.

En un primer momento los adolescentes, de manera general, se embargaron en un estado de gran felicidad cercana peligrosamente al estado de euforia con motivo de sus clases y exámenes online que nunca habían tenido precedentes en España para posteriormente en algunos casos tener algún conflicto relacionado con la falta de salud mental.

Es en ocasiones cuando los adolescentes acuden a consulta del profesional de enfermería en atención primaria, con angustia asociada a mialgias, cansancio y niveles de estrés y ansiedad.

Desde atención primaria observamos que la mayoría de los adolescentes disponen de medios digitales como los teléfonos u ordenadores pero se ha visto que no cubre las necesidades afectivas de sus actividades sociales con sus amigos, representando en este grupo de adolescentes una pérdida semejante a un duelo sin despedidas.

Durante la anamnesis el personal de enfermería realiza contacto con el adolescente facilitando la comunicación de forma clara, respetuosa y acorde a su edad, con la finalidad de explorar el motivo de la consulta y haciéndole saber que tiene como objetivo resolver el problema por el que acude a consulta. Es entonces cuando desde el equipo multidisciplinar se actúa de manera efectiva poniendo al alcance del adolescente la ayuda psicológica que requiere.

5 Discusión-Conclusión

Desde atención primaria, los profesionales de enfermería no podemos ignorar los efectos psicológicos inmediatos y a largo plazo causados directamente por la era Covid-19 en pacientes adolescentes que acuden a consulta.

Es prioritario el trabajo multidisciplinar en el ámbito sanitario y en la medida

de lo posible que estuviera en contacto con escuelas e institutos de la zona del adolescente, para poder prevenir y actuar de forma conjunta.

Se hace necesario ante esta era covid-19 que compartamos entre los profesionales de la salud, nuestras experiencias entre centros de salud en relación a metodologías en el abordaje de la salud mental de los adolescentes.

6 Bibliografía

1. <https://www.who.int>
2. De Figueiredo, Alexandre Medeiros, et al. "Letalidad de la COVID-19: ausencia de patrón epidemiológico." *Gaceta sanitaria* 2021; 35.(4): 355-357. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.001>.
3. Bouza, Emilio, et al. "Síndrome post-COVID: Un documento de reflexión y opinión." *Revista Española de Quimioterapia* 2021;34.(4): 269. doi: 10.37201/req/023.2021
4. ABC (2021, 23 marzo). Agobio, estrés y ansiedad: la salud mental ya es la principal preocupación del 72,1% de los jóvenes. https://www.abc.es/familia/educacion/abci-agobio-estres-y-ansiedad-salud-mental-principal-preocupacion-721-por-ciento-jovenes-202103020112_noticia.html/.
5. Pandemic school closures: risks and opportunities. *The Lancet Child & Adolescent Health*.2020; 4(5):341. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30105-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30105-X).

Capítulo 75

ENFERMERÍA: INTERVENCIONES ECUESTRES EN PERSONAS CON TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA

JUANA MARTINEZ AMORES

MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO

CRISTINA CASTELLANOS RAMÍREZ

MARIA DEL SEÑOR GARCÍA VELASCO

MARÍA AMORES PAVO

1 Introducción

Los programas de intervenciones ecuestres son todas aquellas actividades que se realizan con el caballo, ya sea montado o pie a tierra, cuya finalidad es ayudar a la rehabilitación, normalización y socialización de personas con algún tipo de discapacidad física, sensorial o psicológica o con alguna problemática social o comportamental.

La atribución de capacidades curativas a los animales está documentada en las grandes civilizaciones antiguas egipcia y griega, pero, realmente es en los años 60, en Centroeuropa, Alemania y Suiza, cuando la práctica de la equitación se reconoce de forma oficial con fines terapéuticos y a partir de aquí se expande por el todo el mundo.

Los programas de Intervención Asistida con Caballos han gozado de un gran impulso en nuestro país durante los últimos años.

Los trastornos del espectro autista (TEA) son un conjunto de dificultades que pueden causar problemas significativos de socialización, comunicación y conducta.

En España la prevalencia aproximada es de 1/150. El número se acerca a los 50.000 menores de afectados. Hay una mayor incidencia en varones 4:1.

Dentro de los trastornos del espectro autista podemos distinguir entre: trastorno autista, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

En la actualidad, no se ha demostrado una cura para el trastorno de espectro autista, pero, una diagnóstico precoz junto con la atención de un equipo multidisciplinar y el uso de algunos fármacos puede reducir en gran medida los síntomas del TEA y aumentar en un futuro la autonomía de las personas.

2 Objetivos

Comprobar la existencia de asociaciones significativas de los beneficios fisiológicos que proporciona la monta terapéutica a las personas con TEA.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Con el objetivo de verificar la hipótesis que las intervenciones ecuestres son un recurso adecuado y recomendable para personas con trastorno espectro autista se plantea este estudio orientado a verificar que la monta terapéutica bajo supervisión de profesionales del ámbito sociosanitario podría ser un recurso recomendado para potenciar la relajación de los participantes.

El pulso arterial es una dilatación transitoria de la arteria, debida a la llegada brusca de una cierta cantidad de sangre procedente del corazón. Se percibe al palpar con los dedos la arteria sobre un plano duro.

La frecuencia respiratoria es el número de respiraciones por minuto (rpm). Los valores normales en niños/as de 6 a 10 años es de 15 a 20 rpm.

La tensión arterial es la presión que la sangre ejerce sobre las paredes de las arterias por las que circula. Se mide en milímetros de mercurio (mm Hg). Depende de tres factores:

- Fuerza de contracción cardiaca.
- Volumen de sangre circulante o volemia.
- Resistencia periférica.

La tensión aumentará cuando lo haga alguno de sus factores, y disminuirá en caso contrario. En condiciones normales, la presión arterial aumentará o disminuirá con cada contracción y relajación de los ventrículos, tenemos pues dos valores diferentes: tensión arterial sistólica y tensión arterial diastólica.

El cortisol es una hormona producida en la corteza suprarrenal de las glándulas suprarrenales. Se libera como respuesta al estrés. Los niveles de cortisol oscilan siguiendo un patrón de variación diurno, aumentando temprano durante la mañana, y disminuyendo por la noche, alcanzando su valor mínimo alrededor de la media noche. Sin embargo, el estrés puede aumentar tanto la frecuencia como la cantidad liberada de cortisol, de modo que una situación de estrés crónico puede llegar a inhibir sus ritmos circadianos.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo fundamental de las terapias ecuestres es mejorar la calidad de vida de las personas en las distintas áreas física, cognitiva, emocional y social con el fin de favorecer la autonomía de las personas a través de los beneficios que el caballo y su entorno nos aportan.

Está claro que en muchos casos existe un componente endógeno, derivado de diferentes factores, entre otros, la dificultad a la hora de prever qué va a suceder y comprender el entorno que les rodea.

Con el objetivo de restar subjetividad a este hecho y esperando arrojar datos cuantificables, se ha planteado llevar a cabo este estudio, en el que tomando de referencia diferentes parámetros, se verifiquen las hipótesis.

6 Bibliografía

1. DOYLE, T. Y ILAND, E. (2005). Los trastornos del espectro de Autismo de la A a la Z.
2. GOIRIGOLZARRI PALACIN, I. (2009). La equitación terapéutica. Lettera.
3. EDITH GROSS. (2006). Equinoterapia: La rehabilitación por medio del caballo. Trillas.
4. VIVES VILLAROIG, J. (2009). Intervención terapéutica asistida con caballos y autismo. Divina Pastora.
5. WIGGINS, LD. (2009). Developmental regression in children with an autism spectrum disorder identified by a population-based surveillance system. Austism.

Capítulo 76

ENFERMERÍA: ENTORNO EMOCIONAL Y EMBARAZO

JUANA MARTINEZ AMORES

MARIA DEL SEÑOR GARCÍA VELASCO

MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO

CRISTINA CASTELLANOS RAMÍREZ

MARÍA AMORES PAVO

1 Introducción

El embarazo y el período posterior al parto son momentos críticos para las mujeres, que se asocian con cambios emocionales y físicos importantes. Aunque muchas mujeres encuentran estos cambios en gran medida positivos, para otras puede suponerles una vulnerabilidad a dificultades de salud mental. El problema de salud mental que más se ha investigado en el período perinatal (definido como el tiempo que transcurre desde el inicio del embarazo hasta el final del primer año de vida del bebé) es la depresión. Las estimaciones de prevalencia sugieren que, casi una quinta parte de las mujeres experimentan depresión durante el embarazo, y una proporción similar lo hace en los tres primeros meses después del parto.

Cada vez se encuentra más literatura en la que se destaca la importancia del entorno uterino para una serie de resultados relacionados con la salud fetal, neona-

tal, infantil y adulta. El periodo intrauterino, caracterizado por un rápido crecimiento y desarrollo, es un momento de gran vulnerabilidad, en el que los impactos, sean de la naturaleza que sean, pueden tener efectos deletéreos en los sistemas y estructuras que se están construyendo, y afectar el desarrollo neuroconductual de la descendencia. El cerebro fetal se desarrolla a un ritmo asombroso.

La neurogénesis puede ocurrir a 100.000 células por minuto; tanto ésta como la migración celular se completan en gran medida a mediados de la gestación. Para la semana 20 de gestación, los axones y las sinapsis comienzan a formarse en la placa cortical, y durante el tercer trimestre se forman 40.000 sinapsis por minuto. El cerebro fetal está en construcción, y la forma en que está construido puede verse afectada por las señales biológicas que recibe de la madre, incluyendo las causadas por alteraciones en su estado emocional. La naturaleza de los efectos en el cerebro del feto depende de la edad gestacional y el sistema cerebral que se está formando.

2 Objetivos

Analizar la relación entre las emociones maternas antes, durante y después del embarazo, y el impacto que estas pueden tener en el desarrollo fetal.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de documentos de organismos internacionales y nacionales relacionados con la ginecología y obstetricia, así como otros relacionados con la salud mental perinatal: Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Confederación Internacional de Matronas (ICM), Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), Asociación Española de Matronas, Asociación Europea de Matrona, Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal y el Instituto de Biología de la Reproducción y desarrollo. También se han consultado revisiones sistemáticas y estudios científicos sobre el tema a tratar, tanto en bases de datos, como en distintas revistas científicas, que se detallan en el siguiente punto.

4 Resultados

Estudios realizados durante las dos últimas décadas, han proporcionado pruebas continuas y crecientes de que las emociones maternas negativas durante el embarazo están asociadas con algún resultado adverso en el recién nacido. La asociación entre la alta ansiedad/estrés prenatal y el parto prematuro y el bajo peso al nacer para la edad gestacional, son los hallazgos más frecuentes. Un metaanálisis de 29 estudios sobre el estrés relacionado con el trabajo y los resultados adversos del embarazo mostró que, las exposiciones ocupacionales asociadas significativamente con el nacimiento prematuro incluían el trabajo físicamente exigente, la permanencia prolongada de pie, el trabajo por turnos y el trabajo nocturno, y una alta puntuación acumulativa de fatiga laboral.

El trabajo físicamente exigente, también se relacionó con la hipertensión y la preeclampsia inducidas por el embarazo. Hansen et al. demostraron que, los eventos graves de la vida durante el embarazo, aumentan la frecuencia de malformaciones de la cresta craneo-neural.

Las mujeres expuestas en dos gestaciones consecutivas tenían un riesgo aún mayor de esta malformación. La muerte de un niño mayor durante el primer trimestre, estaba asociado a una proporción ajustada de malformaciones de la cresta cráneo-neural de 4,75. La muerte inesperada de un niño durante el primer trimestre estaba asociada con probabilidades ajustadas para dicha malformación de 8,36 y 3,64 para otras malformaciones. Van den Bergh et al., llevaron a cabo una revisión de 17 estudios prospectivos publicados en los últimos 20 años. Se trata de estudios más recientes, con mejoras metodológicas que apoyan la noción de una relación entre las emociones maternas negativas durante el embarazo y los resultados neonatales.

En general, los estudios muestran que la ansiedad/estrés materno prenatal se relacionó de manera lineal con los problemas de regulación a nivel cognitivo, conductual y emocional. Estos problemas se evaluaron mediante observaciones o grabaciones del comportamiento, y/o por los profesores, y/o por las calificaciones de la madre. En los recién nacidos, los problemas de regulación se expresaron en peores puntuaciones en la Escala de Evaluación Neonatal de Brazelton, en el examen neurológico, en el tono vagal cardíaco y en otra serie de comportamientos.

Se vieron peores interacciones madre-bebé, con alta reactividad, peor regulación de la atención y con menor capacidad de lenguaje, y a la madre con problemas

de sueño, alimentación y con irritabilidad. Las puntuaciones en la Escala Bayley de Desarrollo Infantil fueron peores a los 8 y 24 meses.

5 Discusión-Conclusión

En la vida de la mujer humana, ninguna otra exposición hormonal natural es más extrema que las que se experimentan durante el período perinatal. Por ello, y en base a la evidencia científica, vemos que puede ser un momento de vulnerabilidad a las enfermedades mentales perinatales, incluidas la depresión, la ansiedad y/o el estrés. Los trastornos del estado de ánimo de la madre, ya sea en el período prenatal o en el período inmediatamente posterior al parto, afectan a mujeres de todas las etnias, nacionalidades y estratos sociales, siendo una de las condiciones más comunes del embarazo. Además, no sólo son las mujeres quienes tienen un mayor riesgo de dificultades emocionales, sino que también las parejas pueden verse afectadas.

Los estudios descritos, han informado de asociaciones entre el estrés prenatal y una serie de secuelas negativas que abarcan desde el desarrollo fetal hasta la edad adulta, debiendo considerarse también otros factores que inciden en el desarrollo de los problemas emocionales o de comportamiento, que van desde la variación genética, hasta los mecanismos indirectos que pueden tener influencia en el comportamiento. No obstante, no todos los niños se ven afectados, y aquellos que sí lo hacen es de diferentes maneras.

6 Bibliografía

1. Weiss M, Wasdell M, Bomben M, Rea K, Freeman R. Sleep Hygiene and Melatonin Treatment for Children and Adolescents With ADHD and Initial Insomnia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;45(5):512-519.
2. Glover V, O'Donnell K, O'Connor T, Fisher J. Prenatal maternal stress, fetal programming, and mechanisms underlying later psychopathology—A global perspective. *Development and Psychopathology*. 2018;30(3):843-854.
3. Buthmann J, Ham J, Davey K, Finik J, Dana K, Pehme P et al. Infant Temperament: Repercussions of Superstorm Sandy-Related Maternal Stress. *Child Psychiatry & Human Development*. 2018;50(1):150-162.
4. Barlow J, Beake S, Bick D, Bryson C, Day L, Gilby N et al. Initial protocol for a national evaluation of an area-based intervention programme (A Better Start)

on early-life outcomes: a longitudinal cohort study with comparison (control) cohort samples. *BMJ Open*. 2017;7(8):e015086.

5. Van den Bergh B, Mulder E, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2005;29(2):237-258.

6. Mozurkewich E. Working conditions and adverse pregnancy outcome: a meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*. 2000;95(4):623-635.

Capítulo 77

ENFERMERÍA: EL CÁNCER INFANTIL. EPIDEMIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO GENERAL

JUANA MARTINEZ AMORES

MARIA DEL SEÑOR GARCÍA VELASCO

MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO

CRISTINA CASTELLANOS RAMÍREZ

MARÍA AMORES PAVO

1 Introducción

El cáncer es una proliferación (reproducción) anormal e incontrolada de células que puede darse en cualquier órgano o tejido. Se origina cuando un grupo de células escapa de los mecanismos normales de control en cuanto a su reproducción y diferenciación.

Es una causa muy importante de muerte en la infancia, a pesar de que en esta etapa de la vida es una enfermedad rara. Los tumores infantiles poseen características propias que los distinguen de las neoplasias de los adultos; presentando diferencias etiológicas, biológicas, genómicas, histopatológicas, de latencia y terapéuticas.

En los adultos los cánceres más comunes son de origen epitelial y, en muchos casos, están relacionados con una exposición mantenida a agentes mutagénicos. El riesgo de padecer un cáncer en la edad adulta aumenta con la edad mientras que los tumores malignos pediátricos tienen menor incidencia y suelen ser de origen hematológico, mesenquimático o afectar al sistema nervioso central (SNC).

Entre las diferencias que existen en ambos grupos destacan principalmente dos: la gran diferencia entre la incidencia de sarcomas en niños frente a carcinomas en adultos y la heterogeneidad genética de los tumores infantiles.

En la población general, el grupo tumoral más frecuente lo constituyen adenocarcinomas de diversos tipos (mamario, pulmonar, prostático, colorrectal, etc) influenciados tras largos tiempos de latencia a factores externos cancerígenos, con un 80% de los casos, seguidos de tumores hematopoyéticos en un 7% y sarcomas en aproximadamente un 1%. Frente a estos datos estadísticos, en la infancia, los tumores más frecuentes los conforman por orden de frecuencia los tumores hematopoyéticos y del SNC, mientras que los sarcomas se presentan en un 15% y los carcinomas tan solo en un 9%.

2 Objetivos

Conocer e indicar la epidemiología, diagnóstico y tratamiento del cáncer infantil, ya que es una patología de gran importancia sociosanitaria.

3 Metodología

Este trabajo es de tipo exploratorio y descriptivo, en base a revisión bibliográfica. En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda en Google académico de documentos y guías de relatos y testimonios publicados por diferentes sociedades y asociaciones profesionales tanto en España como en el contexto internacional . Esta búsqueda se hizo tanto en español como en inglés.

Posteriormente se realizó una búsqueda de revisiones bibliográficas de la literatura científica en la Biblioteca Cochrane Plus mediante la ecuación de búsqueda, sin límite de fecha, e incluyendo artículos tanto en inglés como en español. Para la búsqueda de estudios originales se consultó las bases de datos Cindoc, mediante ecuaciones de búsqueda.

Asimismo, se ha realizado una búsqueda sistemática en bases de datos electrónicas en español e inglés, entre ellas citamos:

- Google Académico.
- Scielo
- Cindoc
- Pubmed
- TESEO

De estas bases de datos se han seleccionado varios documentos que se encontraban a texto completo, además del uso de los diferentes operadores booleanos (AND, OR y NOT) con las distintas palabras claves mencionadas.

4 Resultados

Según publica la OMS, en el año 2014 se estima que se registraron 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con él. Asimismo, se prevé que el número de casos nuevos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 70 años, suponiendo un incremento de 14 a 22 millones en las próximas dos décadas.

El Registro Nacional de Tumores Infantiles de España (RNTI-SEOP) recopila los datos sobre el cáncer infantil en España desde el año 1979. En esta noticia recopilamos informaciones interesantes de esta entidad, en especial los datos que se refieren al neuroblastoma.

El RNTI-SEOP estudia la supervivencia de los enfermos de cáncer infantil, la incidencia de la enfermedad y las causas que la provocan. Los datos del cáncer infantil en España no son muy diferentes de los que se recogen en otros países europeos. Aún no se han averiguado las causas del cáncer infantil. La combinación de factores medioambientales y genéticos que lo provocan es aún desconocida.

El Registro Nacional de Tumores Infantiles colabora con varias instituciones europeas que trabajan con los datos estadísticos del cáncer infantil.

El cáncer infantil es una patología de gran importancia socio-sanitaria. A pesar de tener una tasa de curación mayor que en adultos, constituye la principal causa de muerte por enfermedad en niños de más de un año de edad.

A nivel europeo presenta una baja incidencia que, según los datos reflejados en los principales estudios publicados los últimos años, oscila entre 130 (islas británicas), 160 casos nuevos anuales (países nórdicos) por millón de niños menores de 15 años y los más de 200 casos nuevos en algunos lugares del sur de Europa; tasas

que se han visto incrementadas desde mitad del siglo pasado y con gran variación entre distintos países.

Cerca de 15.000 niños (0-14 años) y 20.000 (15-24 años) adolescentes y adultos jóvenes son diagnosticados de cáncer cada año en Europa, constituyendo la primera causa de mortalidad en niños de 1 a 14 años en países desarrollados, como se muestra en las estadísticas publicadas en los últimos años por el Instituto Nacional de Estadística (INE), lo que justifica el impulso de acciones que mejoren el conocimiento de su epidemiología para mejorar su asistencia.

Los estudios europeos han dado lugar a dos grandes proyectos colaborativos: EUROCORE y ACCIS. EUROCORE, estudia las variaciones geográficas y temporales de supervivencia para el cáncer en todas las edades, y las razones de estas variaciones. ACCIS, dedicado a infancia y adolescencia, incluye también el análisis de la incidencia. Ambos proyectos, de base poblacional y metodología estandarizada, que permite comparaciones entre países y regiones, han demostrado importantes diferencias de supervivencia a 5 años del diagnóstico entre países (44,9% Letonia vs 90,1 Islandia, cohorte de casos diagnosticados en 1990-94) y regiones europeas (62% en el Este vs 77% en el Norte, cohorte 1988-97), que indican la necesidad de mayor coordinación, sistematización y estandarización de los diagnósticos, derivación y tratamiento de los cánceres infantiles en Europa. Así como, la necesidad de mantener la vigilancia y profundizar estas investigaciones en los distintos países.

En España se calcula una proporción de 1,35:1 a favor de los varones. La incidencia y las cifras de mortalidad en el cáncer infantil varían con la edad.

La mayor parte de los tumores que afectan a los niños menores de 5 años son de naturaleza embrionaria, representando el 40% de los cánceres de los niños.

A este grupo pertenecen la leucemia linfoblástica aguda, neuroblastoma, tumor de Wilms, retinoblastoma y carcinoma hepático. Se piensa que en este grupo de edad los factores prenatales deben jugar un papel importante en la frecuencia de presentación. Otro grupo de tumores como los linfomas, tumores óseos, o tumores testiculares, tienen una incidencia superior en niños de más de 10 años, pensando que en este grupo los factores postnatales entre los que se incluyen factores ambientales pueden ejercer una notable influencia.

En los últimos años hemos asistido a un espectacular avance en los resultados obtenidos en el tratamiento del cáncer infantil. De hecho, en pocas especialidades pediátricas la mejoría en los resultados terapéuticos durante las dos últimas décadas es comparable al obtenido en la Oncología Pediátrica.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer infantil en los últimos años ha ido adquiriendo gran importancia en el ámbito de la pediatría. Hasta hace algunos años, el cáncer infantil era considerado una rareza por los médicos generales e incluso por muchos pediatras sobre todo a nivel de asistencia primaria. En ese momento, las causas de mortalidad infantil diferían bastante de las actuales. Las enfermedades infecciosas, las gastroenteritis severas con deshidratación, la patología neonatal, la prematuridad, las malformaciones congénitas, etc, ocupaban los primeros puestos como causas de muerte en la infancia.

En los países desarrollados los avances sanitarios, económicos, sociales y culturales han motivado una importante disminución de la mortalidad por estas causas y que otras adquieran mayor relevancia.

Actualmente, el cáncer es la segunda causa de muerte en niños mayores de un año, superada sólo por los accidentes. En el primer año de vida ocupa el tercer lugar, superada también por la mortalidad derivada de las malformaciones congénitas.

La incidencia anual para todos los tumores malignos en niños menores de 15 años es de 12,45 por cien mil niños.

En España la incidencia de tumores infantiles no es absolutamente conocida, aunque desde 1980 funciona un Registro Nacional de Tumores Infantiles, que recoge aproximadamente el 70% de los tumores infantiles que se originan en España, lo que supone una muestra suficientemente representativa y significativa para contribuir al desarrollo de la Oncología Pediátrica en nuestro país. En niños y adultos el cáncer afecta a un mayor número de niños que de niñas, y esta proporción se mantiene de forma constante en todos los países de nuestro entorno.

6 Bibliografía

1. Bosch-Barrera J, López-Picazo JM, García-Foncillas J, Prósper F. Células madre y cáncer: dilucidando el origen de la célula madre tumoral. *Revista de Medicina*. 2015; 51(2): p. 14-7.
2. Arvelo F, Cotte C, Sojo F. Células madre y cáncer. *Invest Clín*. 2014; 55(4): p.371-91.
3. Garrote Molpeceres R. Estudio de la incidencia, supervivencia y tendencia temporal de cáncer infantil. Tesis Doctoral. Universidad Valladolid. 2016.

4. Síndromes de predisposición hereditaria al cáncer. [Access date: 19/10/2018].

Capítulo 78

RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

CELIA SANCHEZ DIAZ

1 Introducción

La tensión arterial (TA) es la energía con la que sangre presiona la pared de las arterias. La tensión arterial se define por dos mediciones, tensión sistólica (PAS) que representa la presión en los vasos durante la contracción del corazón, y la diastólica (PAD), que refleja la presión cuando el corazón se relaja entre latidos. La hipertensión arterial (HTA) se caracteriza por la elevación de dicha tensión TA $>140/90$ mmHg.

La hipertensión es una de las enfermedades crónicas más comunes en la actualidad. Se conoce como un factor de riesgo cardiovascular y es una de las causas de insuficiencia cardíaca, enfermedades renales y múltiples afecciones del organismo.

A nivel mundial, la hipertensión afecta a mil millones de personas y en aumento. En España, esta enfermedad afecta al 20-30% de la población y al menos, 4 millones de personas la padecen sin diagnosticar.

Los principales factores que influyen en esta enfermedad: la edad, la genética, el tabaquismo, la obesidad, el consumo de sal, la ingesta de alcohol y el café. Estos factores se combaten mediante la actuación de los profesionales sanitarios mediante el consejo en los hábitos de vida y el tratamiento farmacológico.

El diagnóstico de la hipertensión arterial consta de dos mediciones de la presión arterial en consulta, como mínimo. Mediante dicha medición obtenemos unos resultados en los que clasificaremos el grado de hipertensión del paciente. Para obtener un mejor diagnóstico la enfermedad es necesario que el paciente lleve a cabo mediciones de la PA ambulatorias o en casa, logrando conocer el alcance de afectación en el organismo.

2 Objetivos

- Identificar los principales factores de riesgo que ocasiona la hipertensión arterial.
- Conocer las recomendaciones de enfermería para minimizar los riesgos de la HTA.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos como: Pubmed, Cuiden y Dialnet. Se han utilizado palabras clave tales: enfermería, hipertensión arterial y atención primaria. Una vez llevada a cabo la búsqueda se han seleccionado los artículos más acordes al tema a impartir.

4 Resultados

La HTA puede ocasionar efectos no deseados en el organismo del paciente que la sufre. El principal tratamiento de esta enfermedad es la prevención, con la cual lograremos evitar la aparición de estos efectos. La prevención de la aparición de la HTA deber realizarse mediante estrategias planificadas individualmente promocionando el estilo de vida saludable y disminuyendo los factores de riesgo. El papel de enfermería en la atención al paciente hipertenso es esencial en la prevención. Dentro de las recomendaciones que el profesional ofrece encontramos:

Cambio en el estilo de vida.

Los profesionales sanitarios introducen estrategias cognitivo-conductuales en la consulta para implementar el estilo de vida saludable en la población. A nivel de estos pacientes el fomento de una buena dieta, la realización de ejercicio, el abandono tabáquico es crucial.

Por desgracia, la implantación de un cambio de los hábitos de vida no siempre se logra. Los pacientes se muestran desconfiados y este, es uno de los principales problemas. Por esto, el enfermero ha de ganarse su confianza para lograr el cambio previsto.

Durante las consultas, se recopilará información acerca del estilo de vida del paciente, y desde se trabajarán los diferentes fallos.

La actividad física es uno de los pilares fundamentales en la prevención de la enfermedad. Las personas que llevan a cabo ejercicio físico tienen un menor riesgo de padecer complicaciones y de mortalidad. El sedentarismo es un factor de riesgo de la hipertensión arterial. Se recomienda realizar al menos 150 min por semana de actividad física de modera intensidad.

El tabaco, el profesional sanitario recomienda el abandono total del hábito tabáquico, así como, la exposición al humo de cigarrillos. Por tanto, la labor de enfermería trata de identificar los fumadores para ofrecerles ayuda para el abandono del tabaco. Las medidas más eficaces consisten en la aplicación de intervenciones breves junto con la administración de fármacos sustitutivos de nicotina.

En cuanto a la alimentación y el peso corporal, podemos decir que una correcta alimentación y un peso saludable disminuye el riesgo cardiovascular. Se recomienda una dieta mediterránea, basada en el consumo de frutas, disminución de azúcares y carne roja, consumo moderado de lácteos y principal fuente de grasa el aceite de oliva también es importante la disminución del consumo de sal. En cuanto al peso, se recomienda en aquellos pacientes que mantengan un índice de masa corporal adecuado que lo mantengan y, aquellos que con sobrepeso u obesidad que lo disminuyan.

5 Discusión-Conclusión

La hipertensión arterial ha aumentado su prevalencia durante los últimos años debido al incumplimiento terapéutico o al no diagnóstico de la enfermedad. Es por esto que se hace preciso la existencia de un buen programa de prevención para disminuir el riesgo, mortalidad y el gasto sanitario que ocasiona.

La prevención cardiovascular debe llevarse a cabo en todos los ámbitos sanitarios y en la población. Los profesionales sanitarios de atención primaria realizarán un cribado en la población para identificar las personas de RCV alto y ejercer sobre ellos las medidas terapéuticas oportunas (farmacológicas y no farmacológicas). La promoción del estilo de vida saludable es el principal método de prevención de la HTA.

6 Bibliografía

1. Banegas J. El problema de la hipertensión arterial en España. Rev Clin Esp 2002; 202:12-5
2. Organización mundial de la Salud (OMS). Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo. Ginebra (Suiza): OMS; 2013.
3. . Piper MA, Evans CV, Burda BU, et al. Diagnostic and predictive accuracy of blood pressure screening methods with consideration of rescreening intervals: a systematic review for the U.S.Preventive services task force. Ann Intern Med 2015; 162:192.
4. Elsevier. Hipertensión y Riesgo Vascular, Vol. 29. Núm. 04. Octubre 2012 - Diciembre 2012. Coste de la hipertensión arterial en España, <http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-costehipertension-arterial-espana-90168846>
5. . Busquets Diviu R. Educación de enfermería para el autocuidado y control de la Hipertensión Arterial (HTA) en personas con HTA crónica. [TFG]. Cataluña: Universidad Internacional de Calatunya; 2014.

Capítulo 79

EL PAPEL ENFERMERO EN LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO

CELIA SANCHEZ DIAZ

1 Introducción

La diabetes es una de las enfermedades crónicas metabólicas caracterizada por el exceso de glucosa en sangre debido a la deficiencia total o parcial de insulina o a la tolerancia celular a la misma. Esta enfermedad afecta a millones de personas en todo el mundo, tanto es así que es considerada como la tercera causa de morbilidad.

La diabetes presenta complicaciones macrovasculares y microvasculares:

Complicaciones macrovasculares: producidas por engrosamiento en las paredes de vasos sanguíneos medianos y grandes, dando lugar a obstrucciones que bloquean el flujo sanguíneo. Algunas de las más conocidas son la arteriopatía coronaria, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad vascular periférica.

Complicaciones microvasculares: ocasionadas por el aumento de las membranas de los capilares. Dentro de estas encontramos, la retinopatía diabética, la nefropatía y la neuropatía diabéticas.

El pie diabético es una de las complicaciones macrovasculares, de etiología neuropática y provocada por una hiperglucemia constante.

Dentro de los factores predisponentes se encuentran: la neuropatía diabética y la enfermedad vascular periférica. La neuropatía diabética es un tipo de daño en los nervios periféricos que afecta a la sensación térmica y dolorosa y al tacto. La enfermedad vascular periférica viene definida por múltiples factores como pueden ser el tabaco, la HTA, la obesidad...

En cuanto a los pacientes que suelen padecer el síndrome del pie diabético, nos encontramos que suele ser más frecuente en hombres de raza blanca y mayores de 60 años. Aquellos que hayan sufrido algún tipo de ulceración tienen un porcentaje mayor. La enfermedad, además, está relacionada con factores extrínsecos como el estrés e intrínsecos como el peso.

Es por esto por lo que, la enfermería tiene un papel fundamental en la prevención de dicha enfermedad mediante la educación para la salud y recopilación de información del paciente en cada consulta, como el examen de pie diabético, que debe realizarse al menos 1 vez al año en el paciente diabético.

Otro de los puntos importantes dentro de la prevención del pie diabético, es la educación en salud para el paciente, donde debemos hacer hincapié en el control metabólico, dando consejos de estilo de vida saludable, mejorando la alimentación y el ejercicio físico diario. También se debe incidir en el abandono tabáquico, la dislipemia y HTA.

2 Objetivos

- Conocer el pie diabético, sus características y personas de riesgo.
- Identificar los cuidados de enfermería en la prevención primaria del síndrome del pie diabético.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Para la obtención de dichos resultados he utilizado palabras clave como “Diabetes” “Diabetic AND foot” “Diabetes AND foot AND treatment”.

4 Resultados

En la actualidad, existen diversos métodos de prevención y detección precoz del pie diabético.

Según la OMS “ El pie diabético es una infección, ulceración y destrucción de los tejidos profundos de la extremidad inferior, asociada a alteraciones neurológicas

y diversos grados de enfermedad vascular periférica, resultado de la disminución neuropática sensitiva, motora y autonómica, la macro y microangiopatía, y la artropatía con la consecuente limitación en la movilidad articular, deformidades o pie de Charcot, con aparición de sitios de presión anormal asociados con factores extrínsecos y visuales, inmunitarios o traumáticos, que culminarán en la aparición de pie diabético complicado”.

Como se mencionó anteriormente, la educación en salud del paciente es uno de los métodos más importantes en la prevención de esta enfermedad. En primer lugar, la enfermera se encargará de realizar una entrevista al paciente para obtener datos acerca de sus antecedentes personales y familiares y de sus hábitos de vida. De este modo, el profesional podrá ganar la confianza del paciente haciendo así más probable su cambio. Es importante que el paciente conozca en gran profundidad la enfermedad que padece.

El control metabólico, el paciente ha de llevar a cabo un estilo de vida saludable, donde la alimentación y el ejercicio físico tienen un papel principal. La enfermera ha de instruir y aconsejar de cómo llevar a cabo correctamente un estilo de vida saludable, de este modo, se favorece al control de niveles de glucosa en sangre. También, se alentará a la deshabituación tabáquica.

En cuanto a los pies, la enfermera realizará al menos un examen para comprobar el estado de estos, pero es importante, que instruya en el tipo de calzado, el uso de calcetines y la higiene que el paciente debe llevar a cabo. Así como, conocer los signos de alarma.

El examen de pie diabético consiste en:

La exploración del pie, donde se observa la integridad de éste, comprobando que no exista ninguna pequeña erosión o herida que pueda derivar en ulceración e infección. También se debe profundizar en la búsqueda de deformidad e higiene. La exploración vascular, consiste en la palpación de pulsos tibiales y pedios posteriores. En caso de ausencia de estos, se deben palpar poplíteo y femoral.

La exploración neuropática, consiste en el análisis de la sensibilidad profunda mediante el diapasón y el de la superficial mediante la valoración de las sensaciones térmicas y dolorosas.

Una vez realizado dicho examen y en función de los resultados se obtendrá un nivel de gravedad del síndrome de pie diabético.

Durante la revisión de los artículos seleccionados, se obtuvo que la mayoría de los pacientes que sufren diabetes reciben información de cómo tratar, conocer y prevenir complicaciones que puede ocasionarles esta enfermedad. Esto no indica que no haya un gran porcentaje de pacientes que sufren ulceraciones en sus extremidades y acaban con la peor de las complicaciones, la amputación.

5 Discusión-Conclusión

El número de personas que padece la diabetes aumenta cada día más. Es por esto, que es necesario, que el profesional sanitario se involucre en la detección precoz de dicha enfermedad, así como en la educación sanitaria al paciente.

La enfermería juega un papel importante en el cuidado y el tratamiento a dichos pacientes. Dentro de la medidas a aplicar resulta de vital importancia trabajar la educación diabetológica, que el paciente conozca su enfermedad y complicaciones, el cuidado de las heridas, así como un control metabólico correcto. También se debe reforzar los conocimientos en las futuras visitas a la consulta.

6 Bibliografía

1. Vuorisalo, S; Venermo, M; Lepäntalo, M. Treatment of diabetic foot ulcers. *Journal of Cardiovascular Surgery*; Jun 2009; 50: 275-91 3.
2. Arboleya-Casanova H, Morales-Andrade E. Epidemiología del pie diabético. *Rev. Conamed* enero-marzo 2008; 13: 15-23
3. Viecceli Donoso MG, Geralda Rosa E, Lima Borges E. Profile of patients with diabetic foot at a public health center. *Journal of Nursing Rev. De Enfermagem* July 2013; 7: 4740-6.
4. Smeltzer SC, Bare BG. *Enfermería Medicoquirúrgica*. 10ª Ed. México: Mc Graw Hill; 2004; 8(41): 1308-9.
5. Hassan Saloum de Andrade N, Dal Sasso-Mendes K, Turcatto Gimenes Faria H, Aparecida Martins T, dos Santos MA, de Souza Teixeira CR, Lúcia Zanetti M. Pacientes con Diabetes Mellitus: Atención y Prevención del Pié Diabético en Atención Primaria a la Salud. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4):616-21.

Capítulo 80

ENFERMERÍA EN EL CÓLICO RENAL REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARTA JIMÉNEZ EXPÓSITO

MARTA ALVAREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El cólico renal (CR) o cólico nefrítico es una de las urgencias urológicas más comunes que se pueden dar hoy en día.

Se calcula que entre un 9-14% de los europeos sufren al menos un episodio durante toda su vida, y un 50% sufren al menos una recaída. Supone aproximadamente el 1% del total de ingresos que tienen lugar en el servicio de urgencias.

Dada su alta incidencia y la incapacitación que produce en el paciente debido al intenso dolor que produce, constituye una situación que debe ser manejada de forma sistemática y eficaz.

Cálculo o litiasis renal: es la formación de una masa sólida que se produce en la vía urinaria (suele ser en la cápsula renal o uréter proximal) debido a la cristalización de varias sustancias que hay en la orina (sales, proteínas), que precipitan y forman una piedra o cálculo.

En la formación de estos cálculos intervienen la concentración de la orina, el pH y la retención de orina.

Las litiasis renales pueden ser de varios tipos: las más comunes son las de oxalato o fosfato cálcico (74-84% del total) y de ácido úrico (6-10%). También pueden

ser por estruvita (con componente infeccioso) o por cistina (componente hereditario).

Cólico renal o cólico nefrítico: es la situación que se produce cuando un cálculo renal se desprende y pasa al uréter donde causa una obstrucción. Esto origina dos cosas:

- Un espasmo ureteral, que es el que intenta expulsar la piedra. Este espasmo produce parte del dolor, pero no suele ser la causa principal.
- Una obstrucción (normalmente parcial) del flujo de orina, lo que produce un aumento en la presión intraluminal de la pelvis renal, que es lo que produce el intenso dolor.

2 Objetivos

Conocer los cólicos renales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Se ha seleccionado un total de 15 artículos.

4 Resultados

La proporción entre varones y mujeres afectados en los estudios revisados varía entre 1.3-1.9 varones afectados por cada mujer. Los factores de riesgo más asociados al cólico renal fueron la baja ingesta de agua (<2L/día) y un estilo de vida sedentario. Se está viendo un aumento en la incidencia de las litiasis renales, debido a los cambios en la dieta.

Tratamiento farmacológico analgésico:

Los analgésicos que más eficacia han demostrado son:

AINES (antiinflamatorios no esteroideos):

Son el tratamiento más eficaz y con menos riesgo para el cólico renal, por tanto, es el tratamiento de elección.

Diclofenaco sódico ha demostrado ser el más eficaz. Desde el punto de vista de la enfermería, es importante saber que la vía intramuscular es la vía de elección. La perfusión por vía venosa es muy dolorosa y tiene mayores efectos adversos. La vía rectal es una vía alternativa eficaz.

OPIOIDES:

Los opioides son, junto a los AINES, los que mayor eficacia analgésica han demostrado en el tratamiento del cólico renal.

Paracetamol:

No produce una analgesia tan buena como los AINES, pero tiene una eficacia similar a los opioides en el cólico renal, y tiene menos efectos secundarios que ambos. Tiene una eficacia similar a la morfina, pero con menos efectos secundarios. Es el tratamiento de elección en embarazo y en niños, debido a sus escasos efectos adversos.

Metamizol:

Tiene buena eficacia como analgésico en el cólico renal, bien sólo o como acompañamiento de AINES.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CÓLICO RENAL.

Ante un paciente que ingresa en el servicio de urgencias y es diagnosticado de un posible cólico renal, la actuación por parte del personal de enfermería debe ser la siguiente:

- Dejar al paciente en dieta absoluta.
- Canalizar vía venosa periférica para administración de fármacos y mantener al paciente correctamente hidratado.
- Obtener muestras de orina y sangre, si fuesen necesarias.
- Preparar correctamente al paciente si se le fuesen a realizar pruebas diagnósticas
- Administrar la medicación según pauta.
- Control de signos, síntomas y constantes.
- Aplicar medidas no farmacológicas para controlar los síntomas.

Una vez el paciente se ha recuperado y está listo para irse de alta, hay que explicarle las medidas que tiene que seguir para evitar nuevos episodios.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido sacar en conclusión, el tratamiento que resulta ser el más eficaz para poder controlar el dolor es un AINE ligado de un opioide o de un analgésico no opioide de rescate como puede ser un paracetamol.

Es muy importante hacer una breve educación sanitaria por parte del personal de enfermería para que el paciente realice un buen uso de la medicación que se le pautó para su domicilio y también para aplicar de forma correcta los cuidados que sean necesarios y también las medidas dietéticas que debe de tomar para mejorar la terapia y así de esta forma el paciente no tendría que usar más medicación de la estrictamente necesaria.

6 Bibliografía

1. Graham A, Lubner S, Wolfson AB. Urolithiasis in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am.* 2011; 29(3):519-38. 28. Sin autores. Renal colic in adults: NSAIDs and morphine are effective for pain relief. *Prescrire Int.* 2009; 18(103):217-21.
2. Porena M, Guiggi P, Balestra A, Micheli C. Pain killers and antibacterial therapy for kidney colic and stones. *Urol Int.* 2004; 72(1):34-9.
3. Lee C, Gnanasegaram D, Maloba M. Best evidence topic report. Rectal or intravenous non-steroidal anti-inflammatory drugs in acute renal colic. *Emerg Med J.* 2005; 22(9):653-4. Disponible en: <http://emj.bmj.com/content/22/9/653.long>
4. Cieza J, León R. Curso clínico y alternativas terapéuticas del cólico renal. *Rev Med Hered.* 2009; 20(4).

Capítulo 81

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. IMPORTANCIA DE LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

BEATRIZ ROLLE FRAGA

ANDREA PALACIO GANSO

1 Introducción

Los virus del papiloma humano (VPH) son un grupo de virus que existen más de 200 tipos, aproximadamente 40 de ellos afectan a los genitales y ocasionan una infección de transmisión sexual. El principal foco de contagio es a través de las relaciones sexuales con una persona infectada, aunque también se pueden propagar a través del contacto íntimo como piel con piel (1),(2).

Existen dos categorías de VPH:

- VPH de bajo riesgo; que puede causar verrugas en la zona genital, ano, boca o garganta.
- VPH de alto riesgo; que puede causar varios tipos de cáncer: Cáncer de cuello de útero, Cáncer de ano, Cáncer de vulva, Cáncer de vagina, Cáncer de pene y algunos tipos de cáncer de boca y de garganta. Este tipo de VPH suele ser asintomático por lo que su diagnóstico se realiza a través de cribados como la prueba de Papanicolaou o pruebas de VPH.

La mayoría de las infecciones ocasionadas por VPH desaparecen y no causan cáncer, pero en ocasiones se prolongan en el tiempo ocasionando cambios celulares, que,

de no tratarse pueden desencadenar en cáncer. La mayoría de las infecciones son asintomáticas y se resuelven sin secuelas en un período de 1 a 2 años. Sin embargo, si la infección persiste por tipos de VPH de alto riesgo es responsable de cánceres y lesiones precancerosas cervicales o anogenitales (en ambos sexos). Los tipos de VPH de bajo riesgo pueden causar verrugas anogenitales y cambios citológicos cervicales de bajo grado.

Un alto porcentaje de la población es portadora de VPH. El riesgo de contagio aparece en las personas sexualmente activas y aumenta a mayor número de parejas sexuales(1),(2),(3).

La medida preventiva más eficaz es el uso de preservativo durante las relaciones sexuales, aunque su eficacia no es al 100%. Las vacunas pueden proteger contra varios tipos de VPH y brindan mayor protección cuando se aplican antes de la exposición al virus (1), (2).

Su diagnóstico se realiza a través de diferentes métodos como la prueba de Papanicolaou o las pruebas de VPH. En cuanto al tratamiento, una infección por VPH en sí no puede ser tratada, pero si se pueden tratar sus síntomas, tales como la aparición de verrugas o el cáncer (1),(2).

2 Objetivos

Explicar las intervenciones adecuadas para la prevención del Virus del papiloma humano (VPH).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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

- Intervenciones adecuadas para la prevención del VPH

1. vacunación

La vacuna anti-VPH tetravalente está compuesta por partículas de tipo viral de los tipos 16 y 18 del VPH, responsables del 70% de los casos de cáncer cervical, y de los tipos 6 y 11, responsables del 90% de los casos de verrugas genitales.

La vacuna es inmunogénica e inocua y su respuesta de anticuerpos es máxima en niñas entre 9-15 años, en las que todavía no se ha iniciado la actividad sexual. En mujeres sexualmente activas de 16-26 años también se han demostrado efectos protectores y se recomienda también la vacunación de recuperación para mujeres de más edad aunque ya sean sexualmente activas.

Se sabe que la vacuna es eficaz para prevenir la infección por los 4 tipos de VPH que incluye, pero no modifica el curso de una infección ya establecida (2),(3).

Las recomendaciones para la vacunación son las siguientes:

- Niñas de 11-12 años: con 3 dosis IM a los 0,2 y 6 meses.
- Todas las niñas y mujeres de 13 a 26 años que no hayan sido vacunadas con anterioridad o no hayan completado toda la vacunación.
- La vacuna puede administrarse en estas situaciones especiales: paciente con resultados anormales o dudosos en la prueba de papanicolaou y madres lactantes o pacientes inmunodeprimidos.
- La vacuna no modifica las recomendaciones actuales de prevención de VPH.

2. educación Sanitaria.

Realizar intervenciones de educación sexual sanitaria dirigida a los grupos de riesgo o grupos que todavía no han iniciado su vida sexual.

- Intervenciones para la detección de VPH

La prueba de VPH es un examen de detección de cáncer cervicouterino, que detecta la presencia de VPH en tu sistema. No se recomienda el uso rutinario de la prueba del VPH en mujeres menores de 30 años. La prueba de VPH es únicamente para mujeres y está recomendada en los siguientes casos:

Prueba de Papanicolaou arrojó un resultado anormal con células escamosas atípicas de significación indeterminada.

Mujeres mayores de 30 años.

Esta prueba no necesita ninguna preparación especial, pero se recomienda:

Evitar mantener relaciones sexuales, realizarte lavados vaginales o usar medicamentos vaginales o espermicidas, cremas o geles dos días antes de la prueba.

Evitar programas la prueba durante el período menstrual. La prueba puede realizarse, pero se recoge una muestra de mejor calidad en otro momento del ciclo

(2),(3).

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar esta revisión bibliográfica se puede observar la importancia no solo de la detección del VPH, sino también la gran importancia de su prevención.

La vacunación de la población reduce el riesgo de contraer VPH, pero no protege contra todos los tipos, por lo que se deben tener presentes las medidas de prevención a la hora de mantener relaciones sexuales.

Dado que un alto porcentaje de la población es portadora del VPH de manera asintomática, la educación sanitaria y la información resulta clave en su prevención, dando especial importancia al uso de barreras físicas durante las relaciones sexuales y mantener una actividad sexual segura.

6 Bibliografía

1. Biblioteca nacional de la medicina, (2020), Medlineplus
2. Committee on Infectious Diseases, (2007), Elsevier. Prevención de la infección por el virus del papiloma humano: recomendaciones provisionales para la vacunación de las mujeres con la vacuna tetravalente contra el virus del papiloma humano.
3. Mayo clinic, (2021). Prueba del VPH.

Capítulo 82

SEDENTARISMO EN EL ÁMBITO LABORAL Y SUS LARGAS JORNADAS

PILAR RODRIGUEZ ROMAN

CELIA GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

Hoy en día el sedentarismo está muy presente en nuestras vidas. No solo en la vida cotidiana si no también en el ámbito laboral. Es muy frecuente escuchar en personas ya mayores decir: el trabajo de hoy, nada tiene que ver con el trabajo que desempeñábamos años atrás. Pero es verdad, la tecnología, el internet han venido para quedarse. El sedentarismo es uno de los escenarios más comunes de riesgo laboral; y es que, las largas jornadas laborales en una sola posición o simplemente trabajos con actividades repetitivas no ayudan para nada, si no que aumentan la sobrecarga muscular.

En el mundo actual, los ordenadores, las máquinas, los robots... nos suplen y hacen muchas de las actividades y movimientos que nosotros deberíamos hacer. Esto nos lleva a la mayor parte de las veces, a sentarnos delante de un ordenador, realizando como mucho, movimientos de cuello y manos. Todo esto trae grandes consecuencias para nuestra salud. La vida y el trabajo sedentario, resulta mucho más peligroso de lo que nos imaginamos e influye de la misma forma en el estado de salud como lo hace la mala alimentación, el tabaco o el consumo de alcohol. Aumenta el colesterol (por lo que aumenta el riesgo de favorecer enfermedades cardiovasculares, diabetes o tumores), aparecen problemas de columna y cuello, el cerebro no se oxigena por lo que disminuye sus funciones, favorece una mala circulación en las piernas...

2 Objetivos

Enumerar las medidas de prevención más adecuadas para evitar el sedentarismo laboral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, metabuscadores y páginas web, como Science Direct, Pubmed, CUIDEN y google académico. La búsqueda, inicialmente, se acotó a artículos de los últimos 10 años, ampliándose finalmente para completar información. Las palabras clave utilizadas como descriptores en ciencias de la salud DECS han sido “sedentarismo”, “salud laboral”, “estilo de vida”, “actividad física”, “riesgo laboral” con los operadores booleanos “AND” y/o “OR” según conveniencia.

4 Resultados

El aumento del sedentarismo y de la inactividad física son dos de los principales problemas de salud de las personas trabajadoras provocados por la irrupción de las nuevas tecnologías. Las nuevas tecnologías generan nuevas dinámicas de trabajo que están influyendo de forma determinante en la salud de las personas trabajadoras. Y esto se manifiesta especialmente en las personas más jóvenes, muchas de las cuales sólo han trabajado en este mundo en el que las tecnologías son el eje conector de las relaciones interpersonales y con el entorno.

Entre las medias más adecuadas para luchar contra el sedentarismo se encuentran las siguientes:

- Mantener una buena postura: Es muy importante que la postura del profesional sea la adecuada; espalda recta, hombros atrás. Se debe proporcionar mobiliario adecuado.
- Caminar siempre que sea posible. Dar uso de las escalares para desplazarse de un piso a otro.
- Desplazamientos al trabajo. Siempre que se pueda ir al trabajo caminando. Si es una larga distancia utilizar el transporte público e intentar permanecer de pie y no sentado.
- Estirar durante el horario laboral. Intentar realizar cambio de posturas frecuentemente. Realizar algunos estiramientos y otros ejercicios, espacialmente de las

manos, pies, cuello, hombros, brazos, cintura y piernas. Para aliviar la tensión en los hombros, entrelace los dedos y eleve durante 10 segundos los brazos por encima de la cabeza.

- Aprovechar las esperas. Realizar pequeños paseos e intentar cambiar de ambientes o habitaciones evitando en la medida de lo posible permanecer siempre en un mismo lugar.
- Realizar pausas activas; breves descansos en los cuales se realizarán pequeñas sesiones de actividad física que duren al menos 8 minutos. Estas permiten desconectarse de los problemas y tensiones laborales, activan los sistemas cardiovasculares y respiratorios, y favorecen los músculos y el sistema óseo.

5 Discusión-Conclusión

La mejor manera de luchar contra el sedentarismo es que parta desde la propia empresa e incluirlo dentro de las políticas de prevención de riesgos laborales. Si desde recursos humanos se fomenta la actividad física e incluso dentro de la propia jornada laboral, la salud de los trabajadores mejorará y resultará beneficioso también para la empresa mejorando su productividad.

Una de las soluciones que mejor acogida ha tenido recientemente es la de alternar entre trabajar de pie y sentado a lo largo de la jornada. Está muy demostrado que esta práctica ayuda a la salud de los trabajadores, evitando dolores de espalda y de cuello y previniendo riesgos cardiovasculares. Recordemos que estar sentados durante largos periodos de tiempo puede aumentar los niveles de colesterol y la presión sanguínea.

6 Bibliografía

1. Post M. Definitions of Quality of Life: What Has Happened and How to Move On. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2014;20(3):167–80.
World Health Organization and World Economic Forum. Preventing noncommunicable diseases in the workplace PREVENCIÓN DE LOS EFECTOS SOBRE LA SALUD DERIVADOS DEL TRABAJO SEDENTARIO 99 through diet and physical activity. WHO/World Economic Forum report of a joint event. Geneva; 2008.
2. Teychenne M, Costigan SA, Parker K. The association between sedentary behaviour and risk of anxiety: a systematic review. *BMC Public Health. BioMed Central*; 2015 Jun 19;15:513.

Capítulo 83

PRINCIPALES ASPECTOS EN EL MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

PAULA GARCÍA ESCOBEDO

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP) es una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea, a consecuencia de la combinación de varios mecanismos: la presión, la isquemia y las fuerzas tangenciales o de cizallamiento.

Este tipo de lesiones suele cronificarse, ya que su curación suele alargarse más de 6 semanas y su cierre tiene lugar mediante segunda intención. Las heridas crónicas se diferencian de las heridas agudas, quirúrgicas, traumáticas en que éstas últimas cicatrizan por primera intención, mediante la superposición de planos, en un período comprendido entre los 7 y los 14 días. Algunas heridas agudas también pueden cronificarse. Pueden tener complicaciones como la dehiscencia de suturas, heridas que fistulizan o bien heridas con evolución tórpida.

Normalmente este tipo de heridas suelen estar colonizadas o contaminadas por gérmenes, por lo que es importante un adecuado manejo de la carga bacteriana para su correcta evolución.

Es necesario establecer un plan de cuidados para todas aquellas personas que presenten riesgo de desarrollar una UPP, mediante una escala validada, como es la Escala de Braden. Ese plan debe incluir los aspectos siguientes: factores

de riesgo, estado de la piel, capacidad de movilidad del paciente, necesidad de superficies especiales para el control de la presión/superficies de alivio, otras comorbilidades, y preferencias del paciente.

2 Objetivos

- Identificar las principales medidas de prevención de las úlceras por presión.
- Conocer los cuidados básicos de enfermería en aquellos pacientes con úlceras por presión.

3 Metodología

Para este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en páginas web de sociedades científicas como el Servicio Murciano de Salud, Osakidetza y la GNEAUPP.

De esta búsqueda se han obtenido 6 documentos de los cuales 2 han sido los que han servido como consulta en este trabajo.

Para la búsqueda de documentos en las bases de datos y en las bibliotecas virtuales se han utilizado Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) y términos MeSH.

Los operadores booleanos empleados han sido "AND" y "OR".

Las palabras claves utilizadas han sido: cuidados de enfermería, úlcera por presión, UPP y guía de práctica clínica.

4 Resultados

Una UPP es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o tejido subyacente, normalmente sobre una prominencia ósea, como consecuencia de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizallamiento. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos sanitarios.

La presión continuada de las partes blandas causa isquemia de la membrana vascular y a consecuencia, vasodilatación de la zona, eritema, extravasación de líquidos e infiltración celular. Posteriormente se produce isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, lo que da lugar a necrosis y ulceración de la piel.

En la formación de las UPP se ven implicadas 3 tipos de fuerza:

- Presión: fuerza que actúa perpendicular a la piel ejercida por la propia gravedad del cuerpo del paciente, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.)
- Fricción: fuerza tangencial que actúa de manera paralela a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. Aumenta la temperatura en esa zona causando ampollas y favoreciendo la destrucción de la epidermis.
- Cizallamiento: fuerza que combina la presión y fricción. La destrucción de los tejidos es debido a una fuerza de deslizamiento originada por el arrastre del cuerpo sobre la cama, bien cuando involuntariamente el paciente se desliza hacia los pies de la cama por tener elevada la cabecera o viceversa, cuando a éste lo intentamos subir hacia la misma.

Además de las fuerzas anteriormente descritas existen una serie de factores de riesgo que favorecen la aparición de UPP:

- Factores de riesgo intrínsecos:
 - Edad del paciente
 - Consecuencias de problemas de salud: alteración cognitiva, déficit sensorial y motor, incontinencias...
 - Factores de riesgo extrínsecos: consecuencia de terapias o procedimientos diagnósticos.
 - Humedad
 - Pliegues y cuerpos extraños en la ropa
 - Tratamientos farmacológicos

Algunas de las zonas con mayor riesgo de desarrollar una UPP según la posición del paciente son: talones, sacro, codos, omóplatos, cabeza, maléolos, trocánteres, orejas, dedos, rodillas, genitales, pecho... Otras localizaciones frecuentes de UPP de origen iatrogénico son: la nariz por uso prolongado de mascarilla de oxígeno y de sonda nasogástrica; labios, lengua y encías por el uso de tubos endotraqueales; muñecas y codos por el uso de contenciones mecánicas.

Para llevar a cabo un abordaje adecuado de las UPP, lo primero es realizar un estadiaje o clasificación de la lesión, en base a la profundidad de la lesión. Esta clasificación se divide en cuatro categorías:

1. Estadio o grado I

- Piel íntegra.
- Eritema que no palidece al presionar.
- Cambios de temperatura de la piel.
- Cambios en la consistencia del tejido afectado.
- Sensación de dolor y/o escozor.

2. Estadío o grado II

- Pérdida parcial del grosor de la piel.
- Afecta a dermis, epidermis o ambas.
- Lecho de la herida rojo o rosado. Sin esfacelo.
- Aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

3. Estado o grado III

- Pérdida total del grosor de la piel.
- Implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo.
- Puede profundizar existiendo cavitaciones o tunelizaciones
- No exposición de estructuras como tendones, huesos o músculos.

4. Estadío o grado IV

- Pérdida total del grosor de la piel.
- Destrucción extensa, necrosis del tejido. Riesgo de osteomielitis u osteítis.
- Lecho de la herida con esfacelos.
- Estructuras expuestas.
- También puede existir cavitaciones y tunelizaciones.

En el manejo de las UPP, el mejor tratamiento es la prevención de las mismas. Por ello es importante la detección precoz de pacientes con riesgo de desarrollar UPP y la aplicación de medidas preventivas.

La escala de valoración del riesgo que presenta un paciente de desarrollar una UPP más conocida y utilizadas es la Escala de Braden. Esta escala mide 6 variables:

- Percepción sensorial: valora si el paciente reacciona ante un estímulo.
- Exposición a la humedad
- Actividad: mide el nivel de actividad física del paciente
- Movilidad
- Nutrición
- Roce y peligro de lesiones cutáneas

Las tres primeras variables están relacionadas con la exposición directa a la presión y a las otras tres con la tolerancia de la piel a la presión.

La escala Braden es una escala negativa, es decir, que a menor puntuación mayor riesgo, con un rango que oscila entre los 6 y los 23 puntos. Según la puntuación obtenida se diferencian 3 tipos de riesgo:

- Puntuación menor o igual a 12: Riesgo alto
- Puntuación entre 13 y 15: Riesgo moderado
- Puntuación mayor o igual a 16: Riesgo bajo

Los estudios han demostrado que la prevención es el mejor tratamiento de las UPP. Las medidas preventivas pueden dividirse en 3 grandes bloques:

- Control de los factores etiológicos: presión, cizalla, roce y fricción
- Movilización
- Cambios posturales
- Superficies Especiales para el Manejo de la Presión (SEMP)
- Protección local ante la presión
- Control de los factores etiológicos: Humedad
- Limpieza
- Hidratación
- Protección de la piel frente a la humedad
- Control de los factores coadyuvantes
- Manejo de la nutrición e hidratación
- Cuidados de la piel de riesgo
- Mejora de la oxigenación tisular
- Protección frente a agresiones externas

En relación a las curas de estas heridas podemos que se lleva a cabo mediante un proceso de segunda intención, mediante cura seca o húmeda.

La cura seca, se usa poco ya que retrasa la cicatrización. Consiste en mantener la herida limpia y seca para prevenir infecciones, siendo la responsable de:

- Disminuir la temperatura en el lecho ulceral, provocando que las células sanas se sequen y mueran.
- Eliminar la humedad, originando que las células epidérmicas emigren hacia el interior, retrasando el proceso de cicatrización.
- Originar una costra, que se fija en planos inferiores mediante fibras de colágeno, impidiendo la aparición del nuevo tejido.
- Exponer la herida a contaminantes externos.

La cura húmeda mantiene un ambiente húmedo y caliente, ideal para cicatrizar. La herida ha de estar húmeda, y la piel perilesional, seca. Algunas de las propiedades de la cura en ambiente húmedo son:

- Aumento del aporte de oxígeno y nutrientes a través de la angiogénesis.
- Acidificación del pH de la zona, creando un ambiente bacteriostático que disminuye el riesgo de infección.
- Facilidad para la migración celular.
- Control del exudado sin perjudicar la piel periulceral.
- Protección de las heridas de la contaminación.
- Reducción de los tiempos de cicatrización.

- Reducen el dolor. Renovaciones fáciles y espaciadas.

En las curas de las UPP también hay que tener en cuenta una serie de factores que favorecen la cicatrización de la misma como son: el mantenimiento de la temperatura por encima de los 37°C y elegir un apósito adecuado.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia que el personal enfermería responsable de pacientes con riesgo de desarrollar UPP tenga un conocimiento adecuado para el abordaje de las mismas.

La bibliografía indica que el mejor tratamiento para las UPP es la prevención, por lo que es el esfuerzo terapéutico debe ir encaminados a aplicar medidas preventivas, adaptándose al contexto del paciente.

En relación a la curas de estas lesiones las evidencias científicas disponibles demuestran mayor efectividad clínica y mejor resultado coste/beneficio (espaciamiento de las curas, menor manipulación de las lesiones) de la técnica de la cura de heridas en ambiente húmedo frente a la cura tradicional.

6 Bibliografía

1. Barón Burgos MM, Benítez Ramírez MM, Caparrós Cervantes A, Escarvajal López ME, Martín Espinosa MT, Montoro Roble MI, et al. Guía para la prevención y manejos de las UPP y heridas crónicas [Internet] Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, editor. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad;2015 [citado 19 Dic 2021]. Disponible en: https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2015/10/Guia_Preencion_UPP.pdf/.
2. Blanco Zapata RM, López García E, Quesada Ramos C. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión [Internet] Osakidetza, editor. Gobierno Vasco, Departamento de Salud; 2017 [citado 19 Dic 2021]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/enfermeria/UPP_es.pdf/.

Capítulo 84

EL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO

PAULA GARCÍA ESCOBEDO

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades más frecuentes en la actualidad. Se estima que su prevalencia en nuestro país oscila entre el 4 y el 6% de la población. Una parte de los pacientes diabéticos desarrollará a lo largo de su vida problemas en sus pies, que afecta con mayor frecuencia a la población de 45-65 años.

El pie diabético es una alteración clínica que se produce por mantener unos niveles de glucosa por encima de las cifras consideradas como óptimas. Se caracteriza por:

- Una disminución de la sensibilidad en el pie (neuropatía).
- Una disminución de la circulación de la sangre (isquemia).

Ambos factores pueden predisponer la aparición de una ulceración en el pie. Los problemas más comunes que se desarrollan en esta patología son: la infección, la ulceración o necrosis, pudiendo llegar en muchas ocasiones a la amputación de un dedo, un pie o una pierna. Esta patología afectará a la actividad social, laboral y familiar del paciente y supone un elevado coste, tanto para la familia como para el enfermo y el sistema de salud.

La educación es la herramienta más importante para la prevención de las lesiones del pie en el paciente diabético. Todas las personas con DM, y por lo tanto con riesgo de desarrollar este problema, deberían realizar una inspección diaria de los pies y mantener una higiene y un cuidado meticulosos, implicando a un familiar cuando el grado de autonomía sea insuficiente. En caso de observar cualquier

tipo de lesión (cortes, pequeñas heridas, uñas encarnadas, cambios en color, temperatura, sensibilidad o estructura del pie), ha de ser comentado inmediatamente con su profesional sanitario de referencia.

2 Objetivos

- Identificar las principales características de una de las complicaciones más comunes de la DM: el pie diabético.
- Conocer los cuidados básicos de enfermería en los pacientes con pie diabético.

3 Metodología

Para este trabajo se he realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y Elsevier. Por otro lado también se ha buscado bibliografía en la página web de sociedades científicas como la de la GNEAUPP.

En esta búsqueda bibliográfica se han conseguido 5 artículos de los cuales 2 han sido consultados y empleados en este trabajo.

Para la búsqueda de documentos en las bases de datos y en las bibliotecas virtuales se han utilizado Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) y términos MeSH.

Los operadores booleanos empleados han sido "AND" y "OR".

Las palabras claves utilizadas han sido: diabetes mellitus, complicaciones, pie diabético y enfermería.

4 Resultados

La patología del pie constituye uno de los aspectos principales del cuidado de los pacientes diabéticos. Las lesiones más habituales en los pacientes con esta patología son las úlceras, con o sin infección, y la isquemia. Menos frecuentes son la neuropatía de Charcot y el edema neuropático. La tasa de amputaciones en pacientes diabéticos es más de 15 veces superior a la de la población general. La etiología de esta afección es compleja y en ella participan la neuropatía diabética, la afectación vascular, las infecciones y los traumatismos.

Para realizar un correcto abordaje del pie diabético se utiliza la Escala de Clasificación del pie diabético de Wagner. Esta escala realiza 6 clasificaciones:

1. Grado 0

- No hay lesión. Existe riesgo

- Callos gruesos, deformidades óseas
- 2. Grado I
 - Úlceras superficiales
 - Destrucción del espesor total de la piel
- 3. Grado II
 - Úlcera profunda
 - Penetra la piel, la grasa y ligamentos pero sin afectar al hueso
 - Existe infección
- 4. Grado III
 - Úlcera profunda más absceso (osteomielitis)
 - Extensa y profunda
 - Exudado. Mal olor
- 5. Grado IV
 - Gangrena limitada
 - Existe necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón o planta.
- 6. Grado V
 - Gangrena extensa
 - Todo el pie afectado
 - Afectación sistémica

El primer paso fundamental en el tratamiento del pie diabético es el control de los dos factores principales de la DM, es decir, la consecución de un óptimo control glucémico y de las dislipemias, el abandono del hábito tabáquico y el mantenimiento de cifras de presión arterial en rangos bajos

En relación al abordaje del personal de enfermería se deben tener cuenta los siguientes aspectos:

- Valoración del paciente con sus antecedentes de interés.
- Valoración de signos y síntomas: sensación de hormigueo, dolor al caminar, inflamación de las piernas...
- Valoración de las necesidades del paciente y elección
- Exploración del pie del paciente
- Exploración física general
- Exploración vascular: palpación de pulsos pedios y tibiales posteriores, temperatura, coloración, tiempo relleno capilar.
- Exploración hemodinámica: con dispositivo Eco-Doppler
- Exploración neurológica

5 Discusión-Conclusión

Dado que en la actualidad el número de pacientes diabéticos va aumentando significativamente, y con ello aparecen más casos de pie diabético, resulta necesario ampliar los conocimientos para poder prevenir las complicaciones en los pies y tratar las que estén presentes para conseguir una mejora en la calidad de vida del paciente.

El control metabólico y circulatorio, la educación del paciente, el uso de calzado adecuado, la higiene, la protección de los pies, la insistencia en el mantenimiento de estas medidas, la exploración periódica del paciente y la corrección de las lesiones incipientes, son aspectos que deberían llevarse a cabo desde un abordaje multidisciplinar y que son esenciales para prevenir y tratar las lesiones del pie diabético.

6 Bibliografía

1. Garrido Calvo AM, Cía Blasco P, Pinós Laborda PJ. El pie diabético. Med Integral [Internet]. 2003 [citado 19 Dic 2021]; 41(1):8-17. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-13044043>.
2. Tizón Bouza E, Dovalé 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 [Internet]. 2004 [citado 19 Dic 2021]; 34(5):263-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13066406>.

Capítulo 85

LOS CUIDADOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA INFECCIÓN URINARIA

ESTHER AGUILAR LÓPEZ

REBECA SANTOLAYA MAJUELO

GEMA MARIA LOPEZ LOPEZ

1 Introducción

Las infecciones urinarias son una de las infecciones más frecuentes del tracto urinario conocidas como ITU (infecciones del tracto urinario). De todo el tracto urinario solo la parte distal de la uretra se considera no estéril, el resto es estéril.

Una ITU engloba una serie de patologías y síntomas como disuria, oliguria, hematuria, orina colúrica, polaquiuria, tenesmo vesical. Según los datos en diferentes estudios las infecciones de orina son más frecuente en mujeres que en los hombres, debido a la longitud del tracto urinario. Aunque en los hombres de edad avanzada no es raro su aparición.

La diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a la incidencia de las infecciones de orina es que hay menor distancia de recorrido en cuanto al tracto masculino, menor distancia entre el ano y el meato, también que la mujer en esas zonas presenta más humedad que en el caso de los hombres.

Las infecciones del tracto urinario es producido por bacterias, la bacteria más

frecuente responsable de las infecciones urinaria es la llamada Escherichia Coli de origen rectal.

Uno de los procedimientos que puede producir estas infecciones es el sondaje tanto evacuador como el permanente.

Podemos detectar este tipo de infección con tiras reactivas de orina, sistemático de orina y el más revelador el cultivo de orina que tarda más tiempo en darse el resultado.

El papel de enfermería es primordial tanto en la prevención como en el esmero a la hora de realizar las técnicas de sondaje donde se debe mantener estricta asepsia. Los cuidados pasan desde la más básica higiene como la correcta técnica en el sondaje y en la manipulación de la sonda vesical.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales de enfermería en las infecciones urinarias.

Objetivos secundarios:

- Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de las infecciones urinarias.
- Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto a las infecciones urinarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 elevada incidencia de las infecciones del tracto urinario hace que sea importante hacer intervención en la prevención para evitar que aparezcan. Las recomendaciones básicas en la gente susceptibles de padecerlas deber ser la bebida

de líquidos de manera abundante, así como realizar una correcta higiene de sus zonas íntimas.

En el caso de que la persona o paciente sea dependiente debido a la incapacidad para el autocuidado necesitará del apoyo de otra persona, como el cuidado del personal de enfermería, los cuales deben proporcionarlos de manera adecuada.

En diferentes estudios se ha evidenciado que las personas que están hospitalizados o institucionalizados en centros para mayores son los pacientes como más riesgo de padecer una infección de tracto urinario.

Además del factor de la dependencia, también corre más riesgo de sufrir infecciones de orina son aquellos que son portadores de sonda vesical permanente. El uso debe usarse siempre y cuando sea necesario. Y manteniendo en todo momento las condiciones de asepsia e incluso con tratamiento profiláctico.

Cuando vayamos a diagnosticar, hay que tener en cuenta el tipo de paciente que es, la historia clínica que tiene y la efectividad de la prueba que decidamos hacer.

Cuando es necesario hacer una recogida de muestras y es realizado por el profesional de enfermería, ha de hacerse siguiendo unos protocolos pertinentes.

Cuando se hace un uso excesivo de antibióticos, esto da lugar a la aparición de microorganismos resistentes. Por lo cual, es importante usarlos de manera adecuada para evitar la aparición de estas bacterias.

Desde el punto de vista enfermero, su intervención pasa desde una prevención primaria, con recomendaciones de higiene y alimentación, como por una prevención secundaria con la correcta toma completa y puntual del antibiótico, con la sensibilidad correspondiente de la bacteria aislada en el cultivo de orina en laboratorio.

El personal de enfermería debe poseer amplios conocimientos en este tipo de infecciones debido a la frecuencia de las mismas y al estar muy ligada en su prevención, mediante el correcto uso de la técnica de sondaje y en su intervención sobre la educación para la salud en cuanto a la higiene.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la elevada incidencia de estas infecciones urinarias, sobre todo en personas mayores, es necesario una intervención enfermera para prevenirlas.

El personal de enfermería debe poseer amplios conocimientos en este tipo de infecciones debido a la frecuencia de las mismas y al estar muy ligada en su prevención.

La intervención de enfermería se basa en una prevención primaria, con recomendaciones de higiene y alimentación, como por una prevención secundaria con la correcta toma completa y puntual del antibiótico, con la sensibilidad correspondiente de la bacteria aislada en el cultivo de orina en laboratorio.

El objetivo de este tipo de actuaciones enfermeras es el de mejorar la calidad de vida de los pacientes y como consecuencia reducir el gasto sanitario tan elevado actualmente por estas infecciones tan comunes.

6 Bibliografía

1. Foxman B. Recurring urinary tract infection: incidence and risk factors. *Am J Public Health* 1990; 80: 331-3.
2. Plos K, Connell H, Jodal U, et al: Intestinal carriage of P fimbriated *Escherichia coli* and the susceptibility to urinary tract infection in young children. *J Infect Dis* 1995; 171:625-631.
3. Raz R, Colodner R, Kunin C. Who Are You-Staphylococcus saprophyticus? *Clinical Infectious Diseases* 2005; 40:896-8.

Capítulo 86

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CURA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA PRIETO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, y producidas por la presión prolongada o continua y la fricción de dos planos duros.

Las úlceras por presión son un problema para la salud de los pacientes y en ocasiones pueden agravar la patología que padecen. Suelen presentarse en personas mayores de 65 años y con movilidad reducida.

La mayoría de las úlceras por presión se producen por una combinación de varios factores:

- Presión: se considera la presión directa de la piel sobre las prominencias óseas.
- Fricción: se produce cuando una superficie roza contra otra causando daño en la piel.
- Tracción: se produce principalmente cuando el esqueleto y la fascia profunda se deslizan sobre una superficie mientras que la fascia superficial se mantiene fija.

La localización más habitual en las que se suelen desarrollar las úlceras por presión son: el sacro, los talones, los maléolos, los trocánteres, los glúteos y el pliegue interglúteo.

Según las características de las úlceras por presión podemos distinguir cuatro grados o estadios:

- GRADO I: La piel se encuentra enrojecida, no cede al aliviar la presión durante 30 segundos. Afecta a la capa de la epidermis.
- GRADO II: La piel se encuentra con flictenas, vesículas y pérdida de continuidad. Afecta a la capa de la epidermis y dermis superficial.
- GRADO III: Existe una pérdida de tejido que llega hasta la dermis profunda e hipodermis. Suele aparecer como una cueva profunda, a no ser que esté recubierto de tejido necrótico.
- GRADO IV: Existe una pérdida total de la piel, con destrucción o lesión de los músculos, huesos o estructuras de sostén.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- El objetivo general es prevenir la aparición de las úlceras por presión en los pacientes que se encuentren inmovilizados.

Objetivos secundarios:

- Dentro de los objetivos específicos podemos encontrar:
- Mejorar la calidad de los cuidados enfermeros en la prevención de lesiones en la piel de pacientes inmovilizados.
- Involucrar a las familias en el cuidado de los pacientes y en la detección de síntomas iniciales de aparición de úlceras por presión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La aparición de las úlceras por presión es algo muy habitual hoy en día, ya que existen una gran cantidad de situaciones en las que el paciente se encuentra inmovilizado por un gran periodo de tiempo y, si no se realizan correctamente los cambios posturales, la probabilidad de que aparezcan las úlceras por presión aumenta de gran manera.

La gran mayoría de las úlceras por presión suelen ser de estadios I y II, y la región en la que se localizan con mayor frecuencia suele ser en la zona sacra, seguida por los trocánteres y los maléolos.

También se observó que, si la implicación de la familia del paciente es elevada, el riesgo de aparición de las mismas se reduce al igual que, si ya existe alguna, el tiempo de recuperación de las mismas también se ve disminuido. Para ello es muy importante realizar una buena educación con la familia del paciente, enseñándoles cuáles son las mejores acciones a realizar para la prevención de la aparición de las mismas y, en caso de que aparezca alguna, su recuperación se realice en la menor brevedad posible.

Esta implicación no solo se observa a la hora de la visita del profesional de enfermería para la valoración del paciente o realización de la cura, sino que va más allá. Se observa tanto en el estado físico del paciente como en el estado de las instalaciones en las que se encuentre.

Esto se nota en el avance de la úlcera a lo largo del tiempo. Si la alimentación del paciente y los cuidados son los adecuados, esto implica una menor probabilidad de aparición de las úlceras así como su mejor evolución en caso de que ya exista alguna.

5 Discusión-Conclusión

- La prevención es la principal medida para evitar la aparición de las úlceras por presión tanto en el ámbito hospitalario como en el domicilio del paciente.
- En atención primaria, el abordaje de las mismas debe ser multidisciplinar, ya que es muy importante la valoración de las mismas por parte de todo el equipo.
- La familia aporta un papel fundamental en el cuidado de las mismas.
- Es necesaria la existencia de un protocolo estandarizado para que se marquen unas pautas a seguir en el cuidado de las úlceras por presión para que todos sigamos las mismas pautas.

6 Bibliografía

1. Myklebust J. Sieggreen MY. Cómo vencer a las úlceras por presión. Rev Nursing, mayo 1997.
2. Gálvez Romero C, Mayorga Ramos E, Gornemann Schafer I et al. Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión. Atención Primaria, Volume 30, Issue

6, 2002, pages 357- 362.

3. Byrne N, Feld M.. Prevención y tratamiento de las úlceras por decúbito.. Nursing, 3(1) (1985), pp. 33-35.

Capítulo 87

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE LA LACTANCIA MATERNA DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO

CORA SÁNCHEZ VALERO

DAVID MORENO BERMEJO

1 Introducción

Al inicio de la vida de los recién nacidos el alimento más completo es la leche materna. La leche materna posee características nutricionales para un buen desarrollo del niño y además proporciona un vínculo y ayuda a establecer una relación de apego entre madre y bebé. Aunque a día de hoy no conocemos con exactitud todas las propiedades nutricionales que posee, es indiscutible que la lactancia materna es el mejor alimento para los bebés. En estos las necesidades nutricionales son muy especiales ya que nos encontramos ante un desarrollo inacabado de multitud de células y órganos que se irán desarrollando a la vez que el niño vaya madurando.

Es por ello que la leche materna posee gran cantidad de elementos que pueden mejorar el desarrollo del bebé, entre los que encontramos agentes antiinflamatorios, inmunomoduladores, factores de crecimiento, hormonas...etc. Además es limpia y contiene gran multitud de anticuerpos que protegen al bebé de multitud de agentes generadores de enfermedades.

La lactancia materna es sinónimo de garantía de salud y de supervivencia en los niños. Sin embargo, casi dos de cada tres menores de 1 año no son amamantados exclusivamente durante los 6 meses que se recomiendan, una tasa que no ha mejorado en dos décadas (1).

En el siguiente capítulo se expondrán y desarrollaran las principales características de la lactancia materna y cómo el personal graduado en enfermería puede ayudar a su instauración y mantenimiento a madres y lactantes en el ejercicio de su profesión.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Revisar las técnicas adecuadas para una correcta promoción de la lactancia materna desde el trabajo de la enfermera en diferentes ámbitos de trabajo.

Objetivos secundarios:

- Exponer los ámbitos fundamentales desde los que realizar una buena educación para la salud para la instauración de lactancia materna.
- Explicar aquellas prácticas profesionales que pueden llegar a dificultar una buena instauración de la lactancia materna.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente.

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros y revistas, 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 excelencia de la leche materna en comparación con otros sucedáneos se encuentra en sus componentes que son capaces de adaptarse a las necesidades del bebé ya que varía tanto a lo largo de una misma toma como a lo largo de la lactancia. La organización mundial de la salud (OMS) recomienda que hasta los seis

meses de edad la lactancia materna sea exclusiva. Posteriormente la recomendación es que se debe complementar la lactancia con el inicio de la ingesta de alimentos, y que la lactancia podrá alargarse todo el tiempo que madre y bebé quieran.

El momento ideal para el inicio de la lactancia es tras el parto (sin importar que tipo de parto haya sido, siempre que madre y bebé se encuentren bien). Se debe colocar al bebé junto a su madre, piel con piel, y dejarlos en esta posición sin interrumpirlos ni llevar a cabo técnicas innecesarias en ese momento (como puede ser medir o pesar al bebé) todo el tiempo que deseen. El bebé posee instintos que harán que pueda llegar hasta el pecho materno, deslizándose sobre el pecho de la madre y llegando a engancharse al mismo con la boca abierta.

El contacto piel con piel es importante porque ayuda al recién nacido a adaptarse mejor a la vida extrauterina y a establecer un vínculo afectivo con su madre (2).

Una vez la madre esté en planta de hospitalización tras el nacimiento del bebé será de gran utilidad poder darle recursos y ayudas que pueda llevar a cabo por sí misma una vez se vaya de alta. Debemos tener en cuenta que el ingreso hospitalario tras el parto es de sólo dos días en situaciones clínicas sin complicaciones por lo que será importante reconocer cuando una lactancia puede ser problemática.

La posición más cómoda de amamantamiento será diferente para cada madre. Debe buscar una posición en la que madre y bebé estén cómodos. La posición del bebé debe ser recostado, con la cabeza más elevada que el cuerpo, de frente a su madre y con el cuerpo pegado al de ella. La barbilla del niño debe estar en contacto con el pecho materno. La areola materna estará introducida en su mayor parte en la boca del bebé (no debemos ver el pezón ya que este debe estar por completo en el interior de la boca del niño para que no se produzcan lesiones). Las mejillas del niño tendrán forma redondeada (y nunca hundida), la boca permanecerá bien abierta. Cuando existe un buen agarre al pecho la lactancia no debe ser dolorosa.

Es muy importante el papel de enfermería al visualizar las tomas del bebé cuando está aún ingresado con su madre en planta, ya que si fomentamos un buen enganche al pecho podremos llegar a evitar lesiones como grietas o mastitis.

Las posturas más habituales para la lactancia suelen ser la posición de cuna (es una de las más habituales), la posición tumbada (muy útil en mamás con cesáreas que se encuentran con mucho dolor), la posición de crianza biológica, la posición

invertida o en balón de rugby y la posición de caballito (útil cuando el bebé se queda muy pronto dormido al pecho y queremos que permanezca más tiempo despierto).

A menudo las madres suelen preocuparse porque creen que no son capaces de producir suficiente leche para alimentar correctamente a su bebé. Podemos darles algunos consejos como pueden ser:

- Si el bebé no aparenta ningún signo que deba alarmarnos y parece feliz, toma la cantidad adecuada de leche. Sin embargo, deberemos tener en cuenta que ante la falta de deposiciones y si el niño moja menos de cinco pañales durante el día deberemos consultar con el pediatra (puede ser que esté tomando una cantidad insuficiente).
- La lactancia materna siempre será a demanda. Debemos darle el pecho siempre que quiera, y deberemos estar atentos ante signos de hambre como llevarse las manos a la boca, movimientos de búsqueda con la cabeza y no esperar únicamente a que el niño llore (se considera que el llanto es un signo tardío de hambre).
- Se deberá ofrecer primero el pecho del que no se enganchó en la última toma, o bien del que mamó menos tiempo para evitar una ingurgitación de las mamas. Además debemos dejar que el niño mame del mismo pecho hasta que lo suelte y no quiera más, para asegurar que vacía ese pecho (la leche final contiene mayor número de calorías porque es más grasa).

5 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermería en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna es fundamental.

Si la mujer ha decidido dar pecho a su bebé, podemos iniciar la educación sobre lactancia desde el embarazo desde atención primaria. Es importante tener en cuenta que la primera toma al pecho debe hacerse lo más pronto posible tras el nacimiento, dejando todo lo que no sea imprescindible para después.

El papel de la enfermería en las plantas de maternidad es fundamental para un buen inicio y mantenimiento de la lactancia, ayudando y visualizando en las tomas y resolviendo las dudas que se puedan presentar. El tiempo de ingreso tras el nacimiento es muy breve y por ello el valor de cada observación de toma es incalculable para dar recursos a los posibles problemas que aparezcan.

Se alertará a las madres de los signos de alarma que deben preocuparnos tras el

alta: Decaimiento o somnolencia excesiva, moja pocos pañales, llanto excesivo, etc ante los cuales recomendaremos consultar si aparecieran con su centro de salud.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (2021). Lactancia materna. (Internet). (Consultado 28 de noviembre de 2021). Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
2. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría (2012). Recomendaciones sobre lactancia materna (Internet). (Consultado 1 de diciembre de 2021). Recuperado de: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>
3. Asociación española de pediatría (2022). Técnicas de lactancia materna (Internet). (Consultado 30 de noviembre 2021). Recuperado de: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>
4. Gorrita Pérez RR, Brito Linares D, Ruiz Hernández E. Educational intervention in breastfeeding in the first six months of life. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2016 Jun; 88(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000200003&lng=es.

Capítulo 88

CUIDADO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA PRIETO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es un conjunto de trastornos metabólicos cuya característica común principal es la presencia de concentraciones elevadas de glucosa en la sangre de manera persistente o crónica, debido ya sea a un defecto en la producción de insulina, a una resistencia a la acción de ella para utilizar la glucosa, a un aumento en la producción de glucosa o a una combinación de estas causas.

Es considerada la enfermedad del siglo XXI.

Es una patología crónica que conlleva un gran impacto tanto en la sociedad como en el sistema sanitario debido a la elevada prevalencia y al alto índice de complicaciones que presentan las personas que la padecen.

Esta patología presenta un gran deterioro en las personas que la padecen y les crea un problema de salud que requiere un abordaje por todos los profesionales del equipo de Atención Primaria.

Son los profesionales de enfermería los encargados de establecer unas pautas de autocuidado del paciente así como aportarle los conocimientos para poder llevar a cabo ese autocuidado así como hábitos de vida saludables. También son los encargados de ayudarle a conocer y a entender su enfermedad así como las posibles complicaciones que pueden ocurrir por un mal control de la misma.

2 Objetivos

Estudiar y analizar la actuación de enfermería en la consulta de atención primaria en el paciente diabético.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de publicaciones, libros y páginas web tanto en lengua española como inglesa en diferentes bases de datos como son Scielo, Pubmed, Dialnet,...

Se han utilizado palabras clave para la búsqueda como son enfermería, atención primaria o diabetes.

4 Resultados

Para un adecuado seguimiento del paciente diabético es preciso tener una adecuada coordinación entre la actuación médica y de enfermería con el fin de no repetir actuaciones.

En relación con los contenidos a tratar en la consulta de enfermería, que es lo que nos concierne, podemos dividirlos en 3 momentos o procedimientos.

1. Primer contacto con el paciente

- Información y educación sobre la enfermedad tanto al paciente como a sus familiares más cercanos o de su grupo familiar
- Información sobre la dieta y el ejercicio físico
- Información sobre la medicación y la técnica de inyección de insulina (en caso de que el paciente sea insulín dependiente)
- Educación en la utilización de plumas, bolígrafos o jeringuillas de insulina
- Recabar información acerca de los hábitos tóxicos del paciente
- Informar y educar sobre las técnicas de autoanálisis
- Realización de un examen de los pies y del estado de la cavidad bucal
- Dispensación del material para la administración del plan terapéutico: agujas, lancetas, jeringas, medidor de glucosa,....

2. Seguimiento del paciente

Lo citaremos en la consulta según la fase en la que se encuentre el paciente y el tipo de tratamiento antidiabético que tenga.

- Fase de compensación:
 - * Visita semanal en pacientes a tratamiento con insulina
 - * Visita cada 2 semanas en pacientes a tratamiento con antidiabéticos orales
 - * Visita mensual para pacientes a tratamiento con dieta y ejercicio
- Fase de mantenimiento en pacientes controlados
 - * Visita cada 3 meses si se trata de pacientes responsables en relación con el control de su patología
 - * Visita mensual si se trata de pacientes no responsables en relación con el control de su patología.

3. Criterios de derivación a consulta médica.

- Si se trata de un paciente controlado que presente en 3 ocasiones glucemias entre 160-300 mg/dl o en una ocasión una glucemia por encima de 300 mg/dl
- Episodios habituales de hipoglucemias
- Reacciones adversas a los medicamentos
- Interacción en los medicamentos que toma el paciente
- Cada 6 meses para valorar el estado del paciente y la evolución de la enfermedad.

A través de este seguimiento en la consulta de enfermería el profesional abarca el control de la enfermedad a través de los siguientes aspectos:

- El control de la nutrición
- La realización del ejercicio
- Una adecuada utilización del tratamiento farmacológico
- Seguimiento y control de los diferentes problemas de salud que puedan surgir
- Realización de medidas de mantenimiento y control.

5 Discusión-Conclusión

Desde el ámbito de su competencia el profesional de enfermería debe abordar de manera coordinada con el resto del equipo de atención primaria el control de la patología diabética del paciente.

La enfermera de Atención Primaria debe desarrollar su labor de cuidados centrándose en la persona y no en la enfermedad, lo que permite la atención de las necesidades específicas de los cuidados de la persona en cada momento.

La existencia de un equipo multidisciplinar ayuda a que el abordaje de la patología del paciente sea lo más amplio posible, dando así una atención completa

y que abarque todas las diferentes complicaciones que la enfermedad pueda ocasionar.

6 Bibliografía

1. World Health organization. Definition, Diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO consultation. Part1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneve: World Health Organization; 1999; 539-539.
2. Página web American Diabetes Association: <http://www.diabetes.org/español/padres-y-jovenes/que-es-la-diabetes/>.
3. Consejo General de Enfermería. Atención de enfermería al paciente diabético, protocolo. Madrid. Enero 2011.
4. Mateu Seguí Díaz, et all. Grupo de Trabajo de Diabetes y Atención Primaria de la Sociedad Española de Diabetes. La mejora asistencial del diabético, la calidad asistencial y los programas de mejora en diabetes. 2009. Sociedad Española de Diabetes. Depósito Legal: M-15079-2009.
5. Grupo de Diabetes de la SAMFyC. Luis Ávila Lachica, et all. Guía de Diabetes para atención primaria 2010. Programa de Atención a la Diabetes Mellitus en Atención Primaria.

Capítulo 89

CÓMO AFECTA LA TURNICIDAD EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARTA ALVAREZ GONZÁLEZ

MARTA JIMÉNEZ EXPÓSITO

REBECA SANTOLAYA MAJUELO

1 Introducción

El trabajo a turno es muy habitual en nuestra sociedad. Se convirtió en un estilo de vida en los países industrializados, a causa de exigencias económicas y a la necesidad de distintos sectores como en este caso en el sector de la salud de enfermería, proporcionando unos servicios continuados las 24 horas del día. Esto obliga a los empleados de las organizaciones a someterse a horarios y jornadas de trabajo atípicas. Significa que se convierte en turnos rotatorios, turnos nocturnos, jornadas de más de 10 horas y trabajos de sábado, domingos y festivos.

Unas condiciones que forman parte de las condiciones de trabajo, pero que van en contra del ritmo habitual de la vida del ser humano y que tiene una repercusión directa sobre la salud del trabajador, ocasionando trastornos tanto a nivel físico como a nivel psicológico.

El trabajo a turnos que es en el que nos vamos a centrar se trata de trabajar en equipo, es decir, los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo según un ritmo, ya sea continuo o discontinuo ocasionando al trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un periodo determinado de días o semanas.

En la actualidad el 21% de la población europea trabaja a turnos, un 52% trabaja como mínimo un sábado al mes, el 32% trabaja 10 horas diarias o más al menos una hora al mes y el 19% realiza trabajos nocturnos.

2 Objetivos

- Analizar el impacto que tiene los turnos de trabajo y la nocturnidad en la salud del personal de enfermería en su salud y bienestar.
- Identificar las variables de trastorno personal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, 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 trabajadores que pertenecemos al sector sanitario y especialmente nosotros, el personal de enfermería, somos uno de los colectivos más afectados por el sistema de trabajo debido a la atención continuada que requieren los pacientes. Esta distribución de la jornada, especialmente la nocturna, afecta de manera significativa a la salud y el bienestar del trabajador, tanto a nivel físico y psicológico como en nuestras relaciones socio-familiares, lo que justifica el aumento de enfermedades relacionadas con este modelo organizativo de trabajo, sin olvidarnos de la repercusión en la calidad asistencial.

Formas de organización del trabajo por turnos:

- Sistema continuo: El trabajo se realiza de forma ininterrumpida. El trabajo queda cubierto durante todo el día y durante todos los días de la semana. Supone más de tres turnos e incluye el trabajo nocturno. El trabajo funciona las 24 horas del día los siete días de la semana durante todo el año. No existen pausas ni fines de semana ni festivos ni laborables. Se incluye la mayor parte del personal sanitario en hospitales, centros de urgencias etc.

- Sistema semicontinuo: Interrupción semanal. Supone tres turnos, mañana tarde y noche con descanso los domingos. El trabajo funciona las 24 horas del día, pero con pausas los fines de semana. Incluye centros de salud, consultas externas y servicios especiales.

- Sistema discontinuo: Se interrumpe por la noche y fines de semana. Supone dos turnos el de mañana y el de tarde. Funciona menos de 24 h al día con pausa diaria y pausas de fin de semana.

El día natural es el que se encuentra entre las seis de la mañana y las ocho de la noche. El trabajo nocturno es el que se presta entre las ocho de la noche y la seis de la mañana del día siguiente.

- La jornada ordinaria de trabajo efectivo diurno no debe ser mayor de ocho horas diarias ni exceder un total de cuarenta y ocho horas a la semana.

- La jornada ordinaria de trabajo efectivo nocturno no debe ser mayor de seis horas diarias ni exceder de un total de cuarenta y dos horas a la semana.

- La jornada mixta es la se ejecuta durante un tiempo que comprenda parte del periodo diurno y parte del nocturno.

Efectos de la rotación en turnos en la salud y bienestar del trabajador:

- Alteración de la vida familiar: El trabajo a turnos, especialmente el de noche y tarde, dificulta las actividades cotidianas debido a la falta de coincidencia con los demás. Las dificultades se producen tanto en el ámbito familiar, ya que limita la vida de la pareja como el social que disminuye la posibilidad de participar en actividades sociales.

- Alteración cognitiva: Estos ritmos de trabajo demuestran tener un impacto en las estructuras cerebrales involucradas en la cognición y la salud mental, produciendo una disminución del rendimiento cognitivo, disminución en la velocidad de procesamiento y trastornos de la memoria a corto plazo. Las investigaciones afirman que estas alteraciones pueden revertirse tras cinco años sin trabajar a turnos.

- Efectos negativos sobre la vida social: Produce una escasa participación e interrelación en las actividades culturales o de ocio dado que los horarios no coinciden con los familiares, ni con amigos ni compañeros, dificultando la realización de actividades sociales porque se produce cierto aislamiento y exigen al trabajador un esfuerzo extra para poder cubrir estas necesidades.

- Absentismo y accidentalidad: en el turno de noche se produce mayores accidentes, especialmente los más graves. Se produce una reducción cognitiva de vigilancia y control.

- Impacto oncológico: El mantenimiento de estos turnos laborales durante muchos años puede provocar el aumento en la incidencia de algunos tipos de cáncer

como de colon, mama, próstata y de endometrio. La carcinogénesis está determinada por la alteración de mecanismos moleculares y celulares que regulan los ritmos circadianos como los genes del reloj. Estos trabajadores tienen un ritmo más corto de secreción de la melatonina, lo cual disminuye su capacidad antioxidante, oncostatina, inmunomoduladora, anti-estrogénica. Estos genes están involucrados en el mecanismo inmune celular, la proliferación celular, la apoptosis y la citotoxicidad. La alteración de su expresión puede promover el crecimiento tumoral, angiogénesis y la metástasis.

5 Discusión-Conclusión

La turnicidad laboral influye en la salud, en la conciliación laboral familiar, en la satisfacción y en la percepción de riesgos psicosociales del personal laboral de enfermería.

El sector sanitario a nivel internacional cuenta con numerosos estudios que demuestran que la turnicidad laboral tiene efectos negativos sobre la salud y el bienestar de los trabajadores.

En el personal de Enfermería se ha observado una asociación entre el turno laboral y alteraciones de salud tales como trastornos digestivos, musculares, de sueño, del carácter, actividad mental y relación social, siendo común que las alteraciones gastrointestinales como acidez, gastritis, entre otros, aparezcan generalmente por el hecho de que los trabajadores no poseen horarios adecuados para alimentarse.

6 Bibliografía

1. <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2167/1/TFM%20G%C3%B3mez%20Nadal%2C%20Elisa.pdf> http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200008.
2. Escribá V, Mas R, Cardenas M. Estresores laborales y bienestar psicológico. Impacto en la enfermería hospitalaria. Rev ROL Enferm. 2000; 23: 506-11. 3. <https://core.ac.uk/download/pdf/157741008.pdf> <https://zaguan.unizar.es/record/8870/files/TAZ-TFM-2012-734.pdf#:text=El%20trabajo%20a%20turnos%20produce%20alteraciones%20en%20el%20bienestar%20psicosocial%20desfavorable%20para%20el%20bienestar%20del%20trabajador>.

Capítulo 90

CUIDADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A PERSONAS HOSPITALIZADAS PARA EVITAR LAS CAÍDAS

SILVIA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

PABLO MESA QUEIPO

ISABEL ARGÜELLES RODRÍGUEZ

BEATRIZ GONZÁLEZ GARCÍA

FERNANDO MORO LÓPEZ

1 Introducción

En pacientes hospitalizados, sobre todo en personas mayores de riesgo de sufrir caídas es muy elevado, dejando secuelas y siendo muy probable la fractura de algún hueso, siendo la más común la fractura de cadera. Podríamos decir que la caída es un acontecimiento que provoca que el paciente caiga al suelo en contra de su voluntad.

Hoy en día son muchos los ancianos que sufren caídas, la mayoría de ellas causan casi siempre algún tipo de lesión, es decir, desde moretones leves hasta frac-

turas de huesos, lesiones en la cabeza e incluso algunas pueden provocar hasta la muerte. De hecho, son esas caídas la causa principal de muerte en los adultos mayores. Una buena evaluación del riesgo de esas caídas nos permite determinar la probabilidad de caerse que tienen dichas personas mayores.

Es de gran importancia usar estrategias que disminuyan el índice de caídas en los pacientes hospitalizados, pudiendo así, disminuir también los gastos hospitalarios, ya que su estancia se alargaría.

En este caso la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería sería indispensable, ya que es la persona que más trata al paciente (cambios posturales, acompañarle al baño, aseo, etc.). Es muy importante prevenir y actuar para evitar el riesgo de caídas y a aumentar la seguridad y el bienestar del paciente.

El riesgo de sufrir una caída es el mismo tanto para hombres como para mujeres, aunque se cree que los hombres sufren caídas más mortales que las de las mujeres.

2 Objetivos

Describir las causas y factores que producen las caídas en las personas hospitalizadas.

3 Metodología

Hemos empleado, para la realización de este capítulo, una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, artículos encontrados en internet entre los años 2018-2020, libros de medicina y diversas guías de protocolos de riesgo ante caídas, encontradas en diferentes hospitales de España. También hemos usado las siguientes palabras clave: caídas, ancianos, bebés, prevención, causas de accidentes en hospitales, etc.

4 Resultados

Podemos decir que las caídas en el paciente hospitalizado constituyen un problema de salud pública y perjudican tanto la calidad de vida del paciente como la de su familia debido a la limitación que causan así como por el miedo que provoca el poder volver a caer.

Factores que influyen en las caídas:

Los principales factores que influyen en las caídas pueden ser intrínsecos: enfermedades crónicas (Parkinson, demencias, alteraciones cerebrales, convulsiones), pérdida de equilibrio debido a la propia edad, problemas de la vista (catarata, glaucoma), problemas en el sistema locomotor y neurológico, enfermedades cardíacas, así como un uso incorrecto de medicamentos (error en la toma de medicamentos, automedicación). Dentro de los factores extrínsecos destacan: no utilizar sujeciones en la silla o en la cama, sillas y mobiliario en mal estado, calzado inapropiado, las condiciones ambientales, etc.

Es muy importante para evitar estas, la realización de ejercicio para fortalecer los músculos y mantener la musculatura fuerte, revisiones de la vista y una buena salud alimentaria.

Las caídas pueden estar causadas también por la edad del paciente, ya sea por la vejez o en niños pequeños.

Las causas en las caídas son:

- Extrínsecas: tienen que ver con el entorno del paciente, desconocen las medidas de prevención y del entorno en sí.
- Intrínsecas: son las que están directamente conectadas con el paciente hospitalizado. las caídas conllevan un riesgo de lesión en todas las personas, y que esas caídas y su recuperación vienen marcadas por la edad, sexo y el estado de salud del paciente, es decir, estos factores pueden influir en el tipo de lesión y su gravedad. Consideramos entonces que la edad es uno de los principales factores de riesgo de caídas. Como son esos ancianos quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, podemos afirmar que el riesgo de caídas aumenta con la edad. Otro grupo de riesgo son los niños, pero sus caídas se deben casi siempre a su curiosidad por el entorno que les rodea y al aumento de su nivel de independencia que les lleva a adoptar conductas más arriesgadas. Como ya hemos dicho, las caídas en personas mayores, dan lugar a lesiones importantes o fracturas que reducen la movilidad del paciente y aumentan la morbilidad y mortalidad del mismo. Es por ello que algunos pacientes necesitan medios que restrinjan o limiten sus movimientos, tales como: barandillas, contenciones, cinturones, etc. y así poder sujetar al paciente a la cama o a la silla (siempre con el consentimiento y autorización de la familia).

5 Discusión-Conclusión

Para concluir debemos decir que los ancianos son el grupo de más riesgo a la hora de sufrir una caída y con ello esas lesiones que aumentan no solo el tiempo de recuperación sino también el tiempo de permanencia en el hospital, el grado de dependencia y el riesgo de volver a tener una caída.

Las caídas también provocan elevados costes económicos a la sanidad debido a la cantidad de recursos humanos, materiales y a las camas hospitalarias a ocupar. Es importante el conocimiento y la correcta formación del personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería respecto a la prevención de caídas en persona smayores.

6 Bibliografía

1. DE, G. D. A. I. Protocolo de prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas. Residencia de mayores “Núñez de Balboa”.
2. Olvera-Arreola, S. S., Hernández-Cantoral, A., Arroyo-Lucas, S., Nava-Galán, M. G., Zapien-Vázquez, M. A., & Pérez-López, M. T. (2013). Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. *Rev Invest Clin*, 65(1), 88-93.
3. Pasa, T. S., Magnago, T. S. B. D. S., Urbanetto, J. D. S., Baratto, M. A. M., Morais, B. X., & Carollo, J. B. (2017). Evaluación del riesgo e incidencia de caídas en pacientes adultos hospitalizados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25.
4. Romano Durán, E., Rodríguez Camarero, G. F., & Martínez-Esparza, E. H. (2017). Incidencia y características de las caídas en un hospital de cuidados intermedios de Barcelona. *Gerokomos*, 28(2), 78-82.

Capítulo 91

CUIDADOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO A PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA EVITAR LAS CAÍDAS

MARÍA DEL MAR SÁNCHEZ MARTÍNEZ

SILVIA MARTÍN GRANDA

LETICIA ORDÓÑEZ GONZÁLEZ

VANESSA MARTÍNEZ RIVERA

TAMARA ABRIL BARBÓN

1 Introducción

En los pacientes hospitalizados, sobre todo en personas mayores, el riesgo de sufrir caídas es muy elevado, dejando secuelas y siendo muy probable la fractura de algún hueso, siendo la más común la fractura de cadera. Podríamos decir que la caída es un acontecimiento que provoca que el paciente caiga al suelo en contra de su voluntad.

Las caídas en el paciente hospitalizado constituyen un problema de salud pública. Pueden perjudicar tanto la calidad de vida del paciente como la de su familia; esto es debido a la limitación que causan y también por el miedo que provoca el poder volver a caer.

Es muy importante para evitar estas, la realización de ejercicio para fortalecer los músculos y mantener la musculatura fuerte, revisiones de la vista y una buena salud alimentaria.

Las caídas pueden estar causadas también por la edad del paciente, es decir, por la vejez.

Es de gran importancia usar estrategias que disminuyan el índice de caídas en los pacientes hospitalizados, pudiendo así, disminuir también los gastos hospitalarios ya que su estancia se alargaría.

En este caso la labor la técnico en cuidados auxiliares de enfermería sería indispensable, ya que es la persona que más trata al paciente (cambios posturales, acompañarle al baño, aseo, etc.).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las actuaciones del personal sanitario para evitar las caídas en las personas hospitalizadas.

Objetivos secundarios:

- Identificar causas y factores que producen las caídas en las personas hospitalizadas.
- Estar en conocimiento de los pasos a seguir ante una caída.

3 Metodología

Hemos empleado para la realización de este capítulo una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, artículos encontrados en internet entre los años 2018-2020, libros de medicina y diversas guías de protocolos de riesgo ante caídas, encontradas en diferentes hospitales de España. También hemos usado las siguientes palabras clave: caídas, ancianos, bebés, prevención, causas de accidentes en hospitales, etc.

4 Resultados

Dentro de la sociedad el grupo de más riesgo de sufrir una caída son los ancianos. Estas caídas causan lesiones que requieren de mucho tiempo de recuperación,

mucho tiempo de permanencia en el hospital, un alto grado de dependencia y el riesgo de volver a tener una caída. Para evitar estas caídas es necesario usar medios de restricción de movimientos, tales como las barandillas, contenciones y cinturones y así sujetar al paciente a la cama o a la silla, eso sí, siempre con el consentimiento y autorización de la familia. Así mismo las caídas también ocasionan elevados costes económicos a la sanidad, es decir, en la utilización de más recursos y del aumento camas hospitalarias. Las caídas en personas de la tercera edad dan lugar a lesiones muy importantes o a fracturas reduciendo la movilidad del paciente y aumentando la morbilidad y mortalidad del mismo.

Los principales factores que influyen en las caídas pueden ser:

- Pérdida de equilibrio.
- Diabetes, baja presión arterial o neuropatías.
- Problemas relacionados con la vista.
- Beber alcohol.
- La ingesta de algún medicamento que nos haga sentir mareado.

Entre las causas más comunes que provocan estas caídas podemos distinguir dos tipos:

- Extrínsecas: son aquellas que tienen que ver con el entorno del paciente, es decir, se desconocen las medidas de prevención y del entorno en sí: condiciones ambientales, no utilizar sujeciones en la silla o en la cama, sillas y mobiliario en mal estado, calzado inapropiado, camas muy elevadas o sistemas de retenciones defectuosos.
- Intrínsecas: en este caso son las que están directamente conectadas con el paciente hospitalizado: enfermedades crónicas (Parkinson, demencias, alteraciones cerebrales, convulsiones), pérdida de equilibrio debido a la edad, alteraciones visuales (catarata, glaucoma), problemas en el sistema locomotor y neurológico, enfermedades cardíacas, así como un uso incorrecto de medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión y tras lo visto en los apartados anteriores, podemos decir que las caídas en las personas de la tercera edad conllevan un riesgo de lesión mayor que en otros grupos de edad. En el tipo de lesión y la gravedad de estas caídas influye sobre todo la edad, el sexo y el estado de salud del paciente. Al ser la edad uno de los principales factores de riesgo de caídas, nuestros ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, ya que el riesgo aumenta con la edad. En cuanto al sexo, tanto hombres como mujeres tienen el

mismo riesgo de padecer una caída, pero se ha observado que en los hombres dichas caídas son más mortales.

6 Bibliografía

1. DE, G. D. A. I. Protocolo de prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas. Residencia de mayores “núñez de balboa”.
2. Olvera-Arreola, S. S., Hernández-Cantoral, A., Arroyo-Lucas, S., Nava-Galán, M. G., Zapien-Vázquez, M. A., & Pérez-López, M. T. (2013). Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. *RevInvest Clin*, 65(1), 88-93.

Capítulo 92

TIPOS DE DIABETES MELLITUS PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

LORENA GARCÍA PRIETO

MARIA ANGELES CUERVO LOPEZ

MERCEDES RIESGO RODRIGUEZ

GEMA GONZALEZ VILLAMEA

MIRTA MAYO ALONSO

1 Introducción

Se define la Diabetes Mellitus (DM) como un conjunto de síndromes metabólicos que se caracterizan por la hiperglucemia mantenida, producida por un déficit absoluto o relativo en la secreción de la insulina, así como una cierta resistencia periférica al mecanismo de acción de la misma.

La Diabetes Mellitus (DM), es un conjunto de enfermedades metabólicas, que se caracterizan por una elevación de las cifras de glucemia secundaria, o un menoscabo en la insulina excretada o también producida por una alteración en la acción de esta hormona o ambas.

Hay cuatro tipos de diabetes: diabetes mellitus tipo 1, tipo 2, otros tipos específicos y la diabetes gestacional.

Una gran parte de los alimentos que consumimos se convierten en azúcar la cual se libera en el torrente sanguíneo. El páncreas dentro de sus funciones produce la insulina hormona producida que tiene por función ayudar a que el azúcar en la sangre entre a las células del cuerpo para que estas la usen como energía.

Diversos estudios científicos dan como resultado que en los Estados Unidos de América existe 88 millones de personas adulta (más de 1 de cada 3) con prediabetes. Más del 80% de ellos desconoce que la tiene. La prediabetes es una enfermedad en la que la cantidad de glucosa en la sangre es más alta de lo normal, sin llegar a lo suficientemente alto para que estemos hablando de una diabetes. Debido a la prediabetes, se aumenta el riesgo de diabetes tipo 2, enfermedad del corazón y derrame cerebral.

2 Objetivos

Explicar en que consiste la enfermedad de la Diabetes Mellitus desde la perspectiva del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la materia para lo que se han consultado trabajos científicos obtenidos de los principales buscadores de información científica como sin Dialnet, Pubmed y Google Académico, así como distintas guías científicas sobre la materia.

4 Resultados

Dentro de la diabetes mellitus hay cuatro tipos diferenciados en el origen de esta: diabetes mellitus tipo 1, tipo 2, otros tipos específicos y la diabetes gestacional, en las cuales se contemplan diversas subclases.

1. Diabetes tipo 1: antes llamada DM Insulinodependiente (DMID), diabetes tipo 1 o diabetes juvenil, se define como un déficit absoluto de la secreción de insulina. De inicio anterior a los 40 años de edad, con una edad de máxima incidencia aproximadamente a los 14 años.

La DM tipo 1 la podemos diferenciar en 2 tipos que son diferentes en etiología, presentación y frecuencia:

- DM idiopática tipo 1: Esta DM no es de origen autoinmune siendo su etiología desconocida. De origen hereditario, no estando asociada al sistema de antígenos

leucocitarios humanos (HLA). Hay una insulinemia permanente con tendencia a la cetoacidosis episódica. Este tipo de DM aparece sobre todo en zonas africanas y asiáticas siendo poco frecuente

- DM inmunomediada tipo 1 con una incidencia de entre 5-10 % de los pacientes diabéticos. Dentro de las DM tipo 1 es la más frecuente. Se produce una destrucción de la célula β del páncreas es mediada inmunológicamente, de forma que aparecen marcadores serológicos detectables. En el 85-90% de los pacientes uno o más de estos marcadores están presentes en el diagnóstico:

Anticuerpos frente a células del islote pancreático (ICAs).

Anticuerpos frente a la insulina (IAAs).

Anticuerpos frente al ácido glutámico decarboxilasa (GAD 65).

Anticuerpos frente a fosfatasas de tiroxina (IA-2 y IA-2 β).

2. Diabetes tipo 2: antes llamada DM no Insulinodependiente (DMNID), se trata de un trastorno metabólico caracterizado por una deficiente producción de insulina por las células β del páncreas o una resistencia tisular a la acción de la misma que ocasionan hiperglucemias con menor tendencia a la cetoacidosis. Este tipo de diabetes es el mas numeroso suponiendo hasta el 90% de todas las diabetes con una prevalencia poblacional del orden del 3%.

Gran parte de los pacientes que padecen este tipo de DM presentan sobrepeso y obesidad, siendo estos factores la causa del grado de resistencia a la insulina. La cetoacidosis aparece espontáneamente en pacientes con este tipo de DM asociado muchas veces a situaciones de estrés emocional y a otros procesos como la infección.

3. DM producida por otros tipos: por defectos genéticos de la función de las células β del páncreas, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, producidas por el consumo de drogas o fármacos, infecciones, formas raras de diabetes mediadas por procesos inmunes, otros síndromes genéticos asociados ocasionalmente con diabetes.

4. Diabetes mellitus gestacional: la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) es la intolerancia a la glucosa que comienza o se diagnostica por primera vez durante el embarazo. Aproximadamente el 7% de todos los embarazos (rango que va del 1-7% dependiendo de la población de estudio y el método diagnóstico utilizado) presentan como complicación DMG. Con un numero de aproximadamente de 200.000 nuvos casos anuales en EEUU.

El diagnóstico de DMG se realiza cuando ocurre, en mujeres gestantes no diagnosticadas anteriormente de diabetes, cuando en los test de detección se presenta alguna de estas circunstancias:

- Glucosa en ayunas ≥ 92 mg/dl (5.1 mmol/l)

- Glucosa ≥ 180 mg/dl (10.0 mmol/l) después de una hora de la toma de una carga oral de 75 gramos de glucosa.
- Glucosa ≥ 153 mg/dl (8.5 mmol/l) transcurridas dos horas de la ingesta de una carga oral de 75 gramos de glucosa.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que la DM supone uno de los principales problemas de salud a nivel mundial en especial en los países occidentales, ya que está asociada a una alta frecuencia y morbilidad y conlleva implicaciones tanto sociales como económicas.

La aparición de complicaciones asociadas a la DM depende en alto grado del control metabólico, no solo glucémico, sino también del resto de factores de riesgo asociados a la enfermedad. Para lograr unos óptimos resultados se necesita una asistencia multidisciplinar de calidad, unida a la implicación del paciente en todo el proceso. Así se ve reflejado en consensos y guías de práctica clínica.

6 Bibliografía

1. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2006 Jan;29 Suppl 1:S43-S48.
2. Calderón Montero A. Epidemiología, genética y mecanismos patogénicos de la diabetes mellitus. Rev Esp Cardiol 2007;7:3H-11H.

Capítulo 93

PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCODENTAL

LUCIA NAVA CARUS

ROCÍO MASEDA MEGIDO

CAROLINA PRADA MARTÍNEZ

ELENA MARÍA PRADA MARTINEZ

MARIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La importancia de la prevención buco-dental nos permite mantener limpios y sanos nuestros dientes, lengua, encías y boca con una buena higiene bucal diaria.

En nuestros dientes, encías y lengua hay muchos organismos microscópicos llamados bacterias. Estas bacterias son capaces de propagarse y crecer causando diferentes enfermedades. Por esta razón es que la higiene buco-dental es tan importante, pues nos ayuda a eliminar estas bacterias microscópicas y así poder prevenir enfermedades bucodentales como pueden ser: caries, gingivitis (inflamación, enrojecimiento, sangrado de las encías) pudiendo llegar a originarse una periodontitis causando la pérdida de una o varias piezas dentales.

La higiene bucal diaria no se practica únicamente en adultos también en niños. Los niños desde que les sale su primer diente es muy importante el cepillado diario que deben de hacerle sus padres, para esto hay unos cepillos especiales

para bebés, esta constancia padres a hijos con el cabo del tiempo se les fomentará que ellos mismos aprenda a hacerlo y llegue a ser un hábito saludable mientras van creciendo sanos y fuertes.

Tener una buena higiene buco-dental no solo hará que tus dientes se vean más bonitos sino que también se verán limpios, sanos y fuertes y con ello prevenir enfermedades buco-dentales.

La salud bucodental va asociada a diferentes factores de riesgo como malos hábitos de cepillado, una alimentación inadecuada y falta de asesoramiento desde la edad infantil.

2 Objetivos

- Determinar la gravedad de una mala higiene bucodental.
- Conocer y poder identificar las distintas enfermedades derivadas de una mala salud bucodental.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diferentes bases de datos: Medline, Scielo, Pubmed usando como descriptores: higiene bucal, tratamiento, infección, bacterias, enfermedades y cuidados. Información obtenida en diferentes libros de Técnicas en ayuda odontológica y estomatológica (editorial editex).

4 Resultados

Si se realizan unas medidas preventivas bucodentales saludables conseguiremos una boca sana. Las medidas preventivas son:

Un buen cepillado; el cepillado debe remover las bacterias de los dientes. Los dientes se cepillan con un movimiento de arriba a abajo, aproximadamente unas seis veces por diente. Si se cepilla de un lado a otro, lo único que se logra es llevar las bacterias de un diente a otro. Finalmente se debe de cepillar suavemente la lengua.

Uso de seda dental; es un conjunto de hilos que puede ser de plástico o nailon que se utiliza para retirar trozos pequeños de comida y placa dental que hay entre los dientes.

Fluoración ,es un procedimiento preventivo para fortalecer y proteger los dientes,consiste en aplicar flúor sobre los dientes del paciente.

Suele utilizarse en niños,aunque algunas veces depende de las patologías puede utilizarse en adultos.

Dieta equilibrada; una dieta equilibrada tiene que ser completa,debe de aportar todos los nutrientes que necesita el organismo como son las proteínas (que nos ayudan a crecer y a fortalecer nuestro cuerpo), hidratos de carbono y grasas (son los encargados de proporcionar la energía necesaria diaria), vitaminas y minerales (hacen que nuestro cuerpo funcione de manera correcta), agua y reducir azúcares (las bacterias de la boca se alimentan de azúcar produciendo un ácido que es dañino para los dientes que debilita el esmalte del diente y da lugar a la aparición de las caries).

Revisiones dentales periódicas; las revisiones bucodentales deben de ser una o dos veces al año,siempre y cuando no haya ninguna dolencia. En cada revisión el odontólogo examinará los dientes, las encías y el conjunto de la cavidad bucal.

Sellado de fisuras; es un procedimiento preventivo que se realiza en los primeros y segundos molares definitivos. Consiste en aplicar una resina que recubra las fosas y fisuras del esmalte del diente, evitando así que acumulen restos de comidas en las zonas de los recovecos de dichas muelas.

5 Discusión-Conclusión

Utilizando las medidas preventivas buco-dentales correctas como son el buen cepillado (2 ó 3 veces al día), revisiones periódicas(1 al año), fluoraciones mantendremos una boca sana y limpia. Así evitaremos la aparición de diferentes enfermedades bucodentales; como la gingivitis, caries o periodontitis.

Con un buen cepillado podremos tener una boca, dientes, lengua y encías limpios y sanos.

Los hábitos de limpieza buco-dentales han de adquirirse desde que somos niños, para tener una buena salud buco-dental.

Referente a los niños los padres han de fomentar el cepillado desde que les sale el primer diente. Previamente haciéndolo los propios padres y posteriormente ir aprendiendo a los niños la técnica correcta de cepillado.

Todo esto anteriormente mencionado, conlleva a que unos buenos hábitos de limpieza buco-dental hace que tengamos una buena sonrisa ante la sociedad y una buena salud.

6 Bibliografía

1. Higiene bucodental. (s. f.). higiene bucodental. Recuperado 19 de octubre de 2021.
2. https://es.wikipedia.org/wiki/Higiene_bucodental.

Capítulo 94

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO

SARA JARDÓN PEDRERO

1 Introducción

Cuando manipulamos cargas y movilizamos pacientes puede aparecer fatiga física e incluso de lesiones que pueden ser inmediatas o por la acumulación de pequeños traumatismos aparentemente sin importancia.

Las lesiones músculo-esqueléticas pueden producirse en cualquier zona del cuerpo, aunque son más sensibles en los miembros superiores (hombros, brazos y manos) y la espalda, en especial la zona dorsolumbar.

En los profesionales del sector sanitario tiene una especial incidencia el dolor de espalda, debido a la movilización de pacientes y constituye un factor de riesgo para las lesiones de espalda.

El conocimiento de las técnicas adecuadas de movilización de pacientes, supone un elemento preventivo a la hora de evitar las lesiones en la espalda.

No podemos contemplar todas las situaciones posibles, pero si nos van a poder orientar y ser de utilidad, no obstante, puede haber otras técnicas distintas de las que aquí se van a incluir y serán igualmente válidas siempre y cuando respeten los principios ergonómicos y de higiene postural.

Es muy importante conocer estas técnicas preventivas así como una serie de recomendaciones relacionadas con aspectos generales de los hábitos de vida, para que la actividad laboral no suponga una merma en la salud y calidad de vida del trabajador.

2 Objetivos

Conocer las pautas para una correcta movilización del paciente encamado, ya que conocer estas técnicas es muy importante dentro del ámbito hospitalario.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, PubMed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas de movilización del paciente por el TCAE y se han utilizado descriptores con las palabras clave: movilización, TCAE, sanitario, hospital, cambios posturales, etc.

4 Resultados

Con la movilización de pacientes conseguimos mantener y vigilar la piel que se produzca un incremento de la capacidad de trabajo y el rendimiento así como ejecutar los patrones de movimiento mediante una técnica correcta, también se consigue la prevención de lesiones y reducir problemas de control postural.

La flexibilidad transfiere a las otras capacidades atléticas, en especial, a la fuerza, también se consigue con la movilización conservar la alineación adecuada del paciente y prevenir lesiones del paciente y del personal que lo movilice, con ello también garantizamos un confort del enfermo, favorecemos su independencia.

Estos cambios posturales deben llevarse a cabo con precaución evitando el roce por arrastre, es muy importante mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.

Será imprescindible utilizar materiales de apoyo que amortigüen las zonas de presión como colchones de aire, almohadones, cojines de goma espuma, protectores locales en talones y tobillos, cuñas, etc.

La movilización del paciente encamado debe ser un tratamiento preventivo y debe aplicarse de manera precoz y mantenerlo durante todo el período en que el

paciente sea dependiente.

Los pacientes en los hospitales suelen pasar la mayor parte del tiempo en la cama. Algunos pueden moverse por sí mismos, otros necesitan ayuda de los profesionales, como son los celadores, para realizar diferentes movimientos tan básicos como ir al aseo, sentarse en una silla de ruedas o en una silla de descanso y hay otro tercer grupo de pacientes los cuales no pueden moverse y dependen absolutamente del profesional para realizar cualquier tipo de movimiento.

Las movilizaciones deben realizarse por los profesionales altamente cualificados para tal fin, ya que debe realizarse con precaución y a sabiendas de la patología de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental en la acción de los cambios posturales y la movilización del paciente que lo requiera, ya que es el encargado del control de estas técnicas para la mejora del paciente y el cuidado de su bienestar.

Cuando nos encontramos con que el paciente se halla postrado en cama, ya sea de forma temporal porque está recuperándose de una lesión u operación, o permanente porque una patología u otras circunstancias le han llevado a terminar encamando, lo primero que debemos hacer ante todo es pensar en la persona.

Además de que ser asistido puede resultar una situación incómoda para quien está encamado, hemos de entender que además de la dolencia o falta de movilidad que debe soportar, existe un gran factor psicológico-emocional que hay que tener muy presente en todo momento.

Y por ello el TCAE desempeña un papel muy importante no solamente en el cuidado general del paciente como higiene, alimentación y movilizaciones, sino que aparte de todo eso entra en juego la calidad humana empatizando y proyectando una situación de cercanía para que el paciente se sienta más cómodo.

6 Bibliografía

1. http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_enfermeria

Movilización del paciente, Editorial Vértice, 2011
2. <https://www.efisioterapia.net/articulos/tecnicas-movilizacion-y-transferencias-pacientes>

Capítulo 95

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SARA JARDÓN PEDRERO

1 Introducción

En la unidad de cuidados intensivos (UCI) se encuentran los pacientes que requieren cuidado constante y atención especializada durante las 24 horas del día debido a que su estado es crítico. Es un sector en el que trabajan profesionales especializados y educados para dar la atención debida a los pacientes. En estas áreas laboran médicos, enfermeras y distintos técnicos y paramédicos entrenados en medicina intensiva. Reciben el nombre de intensivistas y típicamente tienen formación previa en medicina interna, cirugía, anestesiología o medicina de urgencias. La población de enfermos candidatos a ser atendidos en las unidades de cuidados intensivos se selecciona de manera variable dentro de cada institución, dependiendo de las características de la misma, pero suele incluir una valoración objetiva, reproducible y cuantificable de la gravedad de los pacientes, la necesidad de esfuerzo terapéutico y los resultados medidos como supervivencia y calidad de vida posterior.

En los últimos años los hospitales españoles han diversificado la denominación que asignan a las Unidades donde se proporciona asistencia a los pacientes más graves del Hospital.

Esta unidad es un servicio especial dentro del hospital por lo que requiere que el personal esté altamente cualificado ya que en él hay pacientes en estado crítico.

2 Objetivos

Identificar los conocimientos específicos de la unidad de cuidados intensivos de un hospital para una buena labor profesional y buena atención a los pacientes usuarios.

3 Metodología

En la elaboración de esta guía, los autores nos hemos basado, fundamentalmente, en las referencias bibliográficas que aparecen en el apartado de bibliografía, la mayor parte en castellano y localizable en las búsquedas de la palabra clave TCAE & UCI y en las páginas web.

Estudio basado en una revisión bibliográfica de la literatura para identificar los documentos más relevantes sobre el perfil cualificado y profesional del TCAE en las unidades de UCI. Realizando por ello una búsqueda electrónica en las que se han utilizado las siguientes bases de datos y otros recursos como: Cuiden plus, cochrane, scielo y google académico, también se ha consultado la página web de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica Y Unidades Coronarias.

Además, también se consultó “TCAE en UCI” Las palabras clave utilizadas han sido: “paciente crítico”, “UCI”, “enfermería intensiva” y “cuidados de pacientes en UCI”.

4 Resultados

El TCAE es el profesional que limpia todo el material e instrumental. El instrumental grande, como, por ejemplo, Bypass, carros de paros, filtros de diálisis, etc, hay que lavarlos con el desinfectante establecido por el hospital. Las piezas del respirador hay que esterilizarlas en el autoclave (suele haber uno en la UCI). Las mascarillas del ambú hay que ponerlas en remojo dentro de un líquido desinfectante.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe garantizar que hay el material suficiente en todos los boxes y almacenes también garantizar las existencias de medicamentos, instrumentos y materiales, para la debida atención del paciente así como auxiliar al médico y a la enfermera en todas las técnicas que

realicen. Debe comunicarse con la familia (enseñarles la unidad y las normas en el ingreso, ir a buscarles para las visitas.). Colaborar en la higiene y movilización del enfermo y saber dónde está el material para ir a buscarlo rápidamente, debe dar la comida a los pacientes que no puedan comer por sí solos así como limpiar las camisas de traqueostomías, vaciar diuresis lavar el pelo del paciente, afeitarlo y cortarle las uñas.

Cuando el paciente se va de alta, el técnico debe recoger todo el material del box, tirar el fungible y limpiar el que no lo es. Una vez el servicio de limpieza ha limpiado el box, el TCAE vuelve a montar el box de forma que esté preparado para su uso.

El trabajo de un equipo de salud, tiene en común el cuidado del paciente, procurando hacerle su estancia más amena, tanto en el ambiente como en el alivio de sus dolencias, ya sean físicas o psíquicas.

Para realizar correctamente esta labor, requiere que sea formal cumpliendo con seriedad y puntualidad sus obligaciones, tanto a nivel del paciente como de los compañeros que tenga consideración: tratando al paciente con amabilidad y teniendo en cuenta sus sentimientos.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE debe familiarizarse con el entorno en el que va a trabajar, sobre todo con el equipamiento tecnológico. Respiradores, carros de parada, etc. que no son habituales en otras unidades, pero que aquí debemos conocerlos bien. Hay recursos que pueden ayudarnos, material bibliográfico y de toda índole dentro de la red, que podemos repasar.

Las Unidades de Intensivos son complejas, en material, pacientes y también en la parte humana de los propios profesionales. Es fundamental que el trabajador logre integrarse. Los primeros días serán complicados para el TCAE al ser una unidad muy diferente al de hospitalización. Hay que ser permeables y escuchar y aprender del personal que nos rodea y que por veterano nos podrá ayudar con su experiencia.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. http://cdatexas.ses.rts/gestor/repositorio/42/ley_estatuto_marco.pdf
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias http://cdatexas.ses.rts/gestor/repositorio/42/ley_ordenacion_profesiones_sanitarias.pdf
3. Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010, http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-20138
4. La Ley Orgánica 15/1999, de 13/XII, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), y el R.D. 994/1999, de 11/VI, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, <http://cdatexas.ses.rts/gestor/repositorio/42/lopd.pdf>
5. 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. http://cdatexas.ses.rts/gestor/repositorio/42/ley_de_autonomia_del_paciente.pdf
6. Protocolos de Auxiliares de Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos del HIC. Abril 2000.

Capítulo 96

LAS LABORES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

BEATRIZ AZEVEDO CANADO

1 Introducción

La Declaración de Alma-Ata sobre la Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1987 gestionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas de todos los individuos y familias de 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".

También afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS): "la atención primaria se engloba dentro del Sistema Nacional de Salud y es el núcleo principal con una función central, tanto como del desarrollo social y económico global de la comunidad".

En la actualidad, la atención primaria tiene que ser capaz de proporcionar unos determinados servicios de calidad y de alta complejidad donde trabajan los profesionales de la salud en coordinación para que el servicio que se le ofrece al paciente sea lo más eficaz, eficiente y rápido posible.

El centro de salud donde se imparte la atención primaria, no solo es un lugar físico, es donde se llevan a cabo las relaciones con la comunidad, donde se realiza la práctica sanitaria y se organizan los recursos.

El centro de salud es normalmente, la primera toma de contacto del paciente con la sanidad pública cuando necesita ayuda para su recuperación física o mental.

2 Objetivos

- Detallar las funciones que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).
- Conocer los servicios que se ofrecen en un centro de salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

Para ello se han usado como descriptores: TCAE en centro de salud, auxiliar de enfermería en atención primaria, equipo en un centro de salud.

4 Resultados

Según lo que hemos leído y conocido en las bases de datos consultadas, las labores del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) son muy extensas y variadas, las realiza en coordinación con el resto de personal sanitario ubicado en el centro de salud.

Las funciones a desarrollar por la TCAE son:

- Gestión del stock de medicamentos, material fungible y del instrumental. Su reposición, recuentos, pedidos periódicos y urgentes junto a su colocación en el almacén o lugares habilitados para su almacenaje.
- Mantener repuestos los carros de material de urgencias.
- Revisar las consultas y reponer todo el material e instrumental que necesiten.
- Controlar las fechas de caducidad de los productos de farmacia y del material fungible (esto es fundamental y muy importante que se realice para evitar dar

la medicación en mal estado o utilizar material estéril con la esterilización caducada).

- Recepcionar y colocar en el lugar adecuado las vacunas. Teniendo especial cuidado en la temperatura de las neveras.
- Comprobar el estado de los distintos aparatos disponibles como el electrocardiograma, botellas de oxígeno, aerosoles, termómetros o básculas.
- Limpiar, desinfectar y esterilizar el material e instrumental una vez usado que no sea de usar y tirar.
- Gestionar la ropa que tiene que ser llevada a la lavandería para su limpieza. Una vez recepcionada limpia en el centro de salud se encarga de su colocación en el almacén y reposición en las consultas.
- Control de residuos, distribución de contenedores para residuos biológicos, objetos punzantes y residuos similares los urbanos.
- Colabora y presta ayuda a la enfermera en la recogida de análisis clínicos. Le entrega el material para que pueda realizar la recogida, facilitándole los tubos, las etiquetas y registro. Introduciéndolo en las neveras para su transporte.
- Interviene en las curas, sondajes, suturas, radiografías y ecografías, entregando el material, movilizándolo al paciente y desplazando el aparataje.
- Colabora en actividades en los centros de salud para la comunidad en temas de prevención y promoción de la salud, tales como prevención de la salud oral y/o prevención en la transmisión de enfermedades sexuales.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el servicio de atención primaria realiza unas tareas fundamentales ya que su trabajo está integrado en las labores del personal de enfermería y de los médicos.

Las funciones que el TCAE realiza son básicas para que el resto de personal pueda desarrollar sus actividades laborales. En caso de no existir un auxiliar de enfermería en los centros de salud, las labores de apoyo que realiza quedarían en manos de las enfermeras, eso les llevaría un tiempo restando por tanto, el tiempo del que dispondrían para la atención al paciente. Así pues, reducirían el número de pacientes al día, provocando una deficitaria atención pública.

6 Bibliografía

1. Disponible en <https://www.aetesys.es/que-hace-la-tecnico-en-enfermeria-en-atencion-primaria/>
2. Disponible en <https://revista-medica.com/tcae-en-atencion-primaria-2/amp/#Introduccion>
3. Disponible en <https://www.aetesys.es/que-hace-la-tecnico-en-Enfermeria-en-atencion-primaria/>
4. Disponible en <https://www.fp-santagema.es>

Capítulo 97

CAMBIOS POSTURALES QUE DEBEN PONER EN PRÁCTICA LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

PAULA SUÁREZ HERNÁNDEZ

AIDE GARCÍA PARDO

ANA BELÉN CABRALES BEAR

MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ COPADO

SARAY GONZÁLEZ PRIETO

1 Introducción

Una de las labores de las auxiliares de enfermería es dar los cuidados necesarios y vitales para proporcionar al paciente una mejor calidad de vida y que su estancia en el centro hospitalario sea lo más agradable posible. En el caso de que la asistencia prestada sea en una residencia la labor será prestar todos los cuidados necesarios que una persona pueda necesitar en su día a día, todo ello a través de un plan de cuidados con protocolos claramente definidos y consensuados con los empleados de dichas residencias.

Los cambios posturales de estos pacientes son un punto muy importante a tener en cuenta dentro de la sanidad y los cuidados, ya que con esto se evitan las úl-

ceras por presión (UPP) que como norma general suelen aparecer en los pacientes encamados.

Los principales cambios posturales que dicho personal sanitario ha de realizar son: decúbito lateral derecho, decúbito lateral izquierdo, decúbito prono, fowler, semi fowler y fowler alto. Para realizar un cambio postural se debe tener muy en cuenta la patología propia del paciente, teniendo especial cuidado si el paciente lleva algún suero o sonda. Estos cambios se realizarán cada 2 o 3 horas, evitando colocarla bajo sus lesiones, así mismo, evitaremos que queden arrugas en la cama, intentando que las sábanas queden lo más estiradas posible y poniendo especial interés en el estado de la piel, manteniéndola lo más hidratada posible. Para evitar la aparición de úlceras por presión le daremos al paciente una dieta rica en proteínas y vitaminas: carne, verduras y cereales. A parte de los cambios posturales, la hidratación es un punto muy importante, por este motivo es recomendado que el paciente beba entre 1,5 l y 2 l de agua al día.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes cambios posturales que existen y saber llevarlos a la práctica, para así evitar las posibles UPP.
- Dar a conocer la importancia de llevar a cabo los cambios posturales a los pacientes que por razones de inmovilidad, no lo puedan hacer por ellos mismos.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo hemos hecho una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, revistas de medicina y diversos artículos encontrados desde el 2009-2017. También hemos utilizado las siguientes palabras clave: cambios posturales, pacientes encamados, UPP, cuidados de enfermería, etc. También hemos obtenido mucha información en el Google Académico.

4 Resultados

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en las unidades de hospitalización donde se encuentran los pacientes encamados está relacionado fundamentalmente con la cobertura de las necesidades básicas de los pacientes más dependientes, es decir, el aseo, la ayuda en la alimentación, así como la ayuda en la movilización, es decir, los cambios posturales. Es por

ello que el papel de la TCAE es tan importante en el plan de cuidados, ya que por un lado ayudan en gran medida a la prevención de las úlceras por presión (UPP) al movilizar a esos pacientes más dependientes y que carecen de la autonomía suficiente, o simplemente, que tienen dificultad para hacerlo por ellos mismos y por otro lado dichas TCAE son los ojos de la enfermera para que en el momento de realizar un cambio de pañal o cambio postural se revise cualquier tipo de anomalía en alguna zona de la piel y se le pueda trasladar a enfermería y apliquemos algún tipo de medida más si está lo considera necesario. Existen diferentes posiciones a la hora de realizar cambios posturales en función de la finalidad que busquemos con el paciente (comer, cambiar el pañal, fisioterapia respiratoria, etc.), destacamos las siguientes:

- Decúbito supino (o decúbito dorsal) Posición corporal acostado sobre su espalda boca arriba, con los brazos y las piernas extendidas.
- Decúbito lateral.
- PLS o posición lateral de seguridad.
- Decúbito pronó (decúbito ventral)
- Semifowler.
- Fowler.
- Fowler alta.
- Trendelenburg.
- Antitrendelenburg

Cambiar de posición a un paciente en la cama cada 2 o 3 horas ayuda a mantener la sangre circulando por todo el cuerpo. Esto le ayuda a la piel a mantenerse saludable y prevenir escaras de decúbito. Como TCAE evitaremos en las movilizaciones arrastrar al paciente en la cama, realizando los movimientos con la ayuda de la sábana entremetida. Así mismo utilizaremos los materiales y máquinas (grúa) a nuestro alcance para facilitar dichos cambios.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final podemos decir que el personal sanitario (TCAE) tiene la responsabilidad de realizar los cambios posturales y a través de ellos (realizados cada 2 o 3 h) evitaremos todas las úlceras que se producen, así como las consecuencias negativas que tienen para el paciente. La prevención es la mejor baza para mantener una piel sana y por este motivo debemos vigilar siempre la piel de nuestros pacientes, sobre todo al realizar los cambios posturales, aunque se hagan dentro de los tiempos, también debemos vigilar la coloración de la misma

y emplear el uso de aceites y cremas sobre ella.

6 Bibliografía

1. López, J. F. M. (2011). TCAE en la unidad de cuidados intensivos. Editorial Vértice.
2. Santos-Reyes, L. (2019). Proceso formativo sobre las técnicas de movilización, transferencia y deambulación en el módulo profesional de atención sanitaria.
3. Cuervo, F. M., Agreda, J. S., Soriano, J. V., Gómez, T. S., Fernández, F. G., & Hidalgo, P. P. (2007). Cuidados de la piel prevención de úlceras por presión en el paciente encamado. *Revista Rol de Enfermería*, 30(12), 9.

Capítulo 98

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PACIENTE CON QUEMADURAS

LARA DIAZ GIMENEZ

SARA ÁLVAREZ IGLESIAS

NOELIA GALVEZ VEGA

JAVIER SIERRA BLANCO

ALICIA BELÉN BÁRTULOS GRANDA

1 Introducción

Para hablar de un tema como las quemaduras en el paciente es necesario, en primer lugar, definir lo que es una quemadura: una quemadura es un daño de los tejidos que surge como resultado del contacto con agua hirviendo, la sobreexposición al sol u a otra radiación, el contacto con llamas, sustancias químicas o electricidad, o la inhalación de humo.

Los pacientes que sufren quemaduras en su cuerpo tienen dificultades para recuperarse emocionalmente después de una lesión de este tipo. En este sentido es importante indicar que la mayoría de los pacientes que presentan quemaduras en su cuerpo se recuperan muy bien desde un punto de vista psicológico después de la lesión. Sin embargo, y aunque hay que ser optimistas acerca de la recuperación a largo plazo, estos supervivientes de las quemaduras deben, en la mayoría de las ocasiones, enfrentarse a distintas dificultades en las semanas siguientes a la lesión.

Las quemaduras constituyen un problema de salud pública a nivel mundial y provocan más de ciento cincuenta mil muertes al año, es decir, es la quinta causa de mortalidad en el mundo y se sabe que cada año ingresan en las unidades de grandes quemados de nuestros hospitales hasta mil pacientes.

2 Objetivos

Identificar y conocer los aspectos psicosociales que padece un paciente que sufre quemaduras, así como dar apoyo emocional al mismo.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para ello se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando los diferentes artículos científicos que tenían contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

A pesar de que el sufrimiento psicológico es diferente y único para cada persona que lo padece, las personas que padecen o han padecido lesiones por quemadura a menudo se sienten tristes, ansiosas, irritables, indefensas, sin esperanza o que se sienten molestas al tener que depender de la ayuda de otras personas o, incluso, se ven alejadas de la familia, los amigos o el público en general, es decir, es como si estuvieran reviviendo de nuevo la lesión o se ven afectadas por una reacción física, como por ejemplo: palpitaciones, dificultad para respirar o sudor. Así mismo, cuando algo les recuerda la lesión que han padecido se ponen nerviosas, con facilidad para sobresaltarse, expectantes, vigilantes o en guardia, tienen dificultad para dormir debido a pensamientos de negatividad, tienen dificultad para disfrutar de las cosas que antes les gustaban.

Los pacientes que tienen quemaduras poseen, a su vez, problemas psicológicos derivados del accidente, ya que sufren un cambio brusco de su imagen corporal, sobre todo si esas quemaduras afectan a zonas visibles o han tenido que ser amputadas. Por esta razón, dichos pacientes padecen síntomas como son la ansiedad, la depresión, la baja autoestima, el estrés postraumático, el trastorno de la imagen corporal, así como el aislamiento social. Según los estudios realizados los

pacientes que sufren algún tipo de quemadura podrían estar directamente implicados en diferentes trastornos psiquiátricos, ya que debemos de considerar que la propia quemadura también puede generar trastornos psicológicos. Por ello las intervenciones psicológicas precoces y la determinación en este tipo de pacientes son imprescindibles elementos que permitan conseguir un buen ajuste adaptativo del propio paciente con las personas que componen su entorno y que son las que a su vez le ayudarán en el día a día a superar sus miedos.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final y, tras lo visto en el apartado anterior, podemos afirmar que la mayoría de los pacientes que sufren quemaduras en su cuerpo padecen problemas de índole psicosocial que le provocan alteraciones o grandes cambios en su estilo de vida, reduciendo la calidad de la misma. Por este motivo y, desde el personal sanitario, se debe de actuar con una intervención precoz y de esta manera reducir las secuelas que pueda tener. Así mismo, el paciente debe evitar situaciones que les recuerdan el accidente y que le eviten pensar o hablar de la lesión y de cómo ocurrió.

6 Bibliografía

1. Arbona Castells, R., & Almudéver Campo, L. (2017). Aspectos psicosociales de los pacientes grandes quemados. Una revisión bibliográfica. *Rev. Rol enferm*, 762-766.
2. Cáceres Oseida, T. L., & Argueta Velásquez, A. K. (2005). Factores psicosociales que afectan a las pacientes con quemaduras en 2o. y 3er. grado (Doctoral dissertation, Universidad de San Carlos de Guatemala).
3. Allué Sierra, L. Ajuste psicosocial del paciente gran quemado. Revisión bibliográfica.

Capítulo 99

EL PERSONAL SANITARIO Y LOS CUIDADOS DE LA VÍA AÉREA AL PACIENTE INTUBADO

MARÍA MANUELA FERNÁNDEZ COUCEIRO

VANESSA FONT VILLÉN

CARMEN PÉREZ CARRANDI

ANA MARÍA TUS

MONTSERRAT SIESTO CAMPAÑA

1 Introducción

El personal sanitario debe controlar el manejo de la vía aérea, ya que es esencial para la buena evolución clínica del paciente que está intubado en una Unidad de Cuidados Intensivos. En cuanto al cuidado a pacientes con ventilación mecánica invasiva (VMI), el personal sanitario a de elaborar un plan de cuidados que vaya encaminado a establecer los cuidados necesarios para, desde una visión integral del paciente, conseguir una pronta recuperación de la salud reduciendo al mínimo las complicaciones que pudieran aparecer. Precisamente y, para evitar que se desarrollen dichas complicaciones y se favorezca la curación del mismo, el personal sanitario deben realizar múltiples cuidados.

Debemos tener en cuenta que un paciente que se encuentra ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tiene varios factores que pueden provocar

diversos problemas psicológicos como pueden ser la gravedad de la propia enfermedad, el propio entorno de la UCI, y en aquellos pacientes que además se ven sometidos a ventilación mecánica invasiva (VMI) pueden aparecer otros factores, tales como: restricción de la movilidad, limitación de la habilidad para realizar las actividades cotidianas de la vida diaria de forma independiente, imposibilidad de comunicación con los demás y la imposibilidad de una ingesta oral de alimentos.

2 Objetivos

Identificar los problemas del paciente que se encuentra intubado y con ventilación mecánica invasiva (VMI), así como realizar los cuidados para subsanarlos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos sanitarias: Medline, Pubmed, utilizando los descriptores relacionados adecuados y seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen una serie de cuidados que el personal sanitario de la unidad de cuidados intensivos debe realizar y tener en cuenta. Estos cuidados generales son:

- Revisión del ventilador mecánico: comprobar el correcto funcionamiento y verificar los parámetros programados, es decir, controlar tanto los volúmenes como las presiones.
- Verificación del equipo de apoyo (Ambú, alargadera y caudalímetro).
- Control de signos vitales y nivel de conciencia.
- Higiene de manos: esta a pesar de ser la medida más sencilla es quizás la más importante para disminuir el riesgo de infecciones, por eso y además del lavado de manos con agua y jabón, también se recomienda la antisepsia con soluciones alcohólicas al 70% o en combinación con clorhexidina, al ser más eficiente en la eliminación de microorganismos.

Así mismo, las técnicas más sencillas que ha de realizar el personal sanitario para el manejo de la vía aérea incluyen: ventilación con mascarilla facial (con o sin cánula orofaríngea) y la mascarilla laríngea clásica o tubo laríngeo. Esta técnica

puede acarrear ciertas complicaciones por lo que es importante que el personal sanitario tenga los conocimientos y la formación necesaria para llevarla a cabo de una forma exitosa. A la hora de intubar a un paciente el personal sanitario deberá situar al paciente en la posición semi-fowler, es decir, con elevación del cabecero entre 30-45°.

Esta posición es la más utilizada porque reduce el riesgo de aspiración y por lo tanto, disminuye el riesgo de infecciones. En cuanto a la técnica para aspirar secreciones en la región orofaríngea podemos destacar lo siguiente:

- Valorar la necesidad de aspirar al paciente.
- Preoxigenar al paciente con O₂ al 100%.
- Lavado de manos.
- Colocar guante estéril.
- Conectar sonda de aspiración a sistema de vacío.
- Desconectar al paciente.
- Introducir la sonda sin aspirar.

5 Discusión-Conclusión

Según lo visto en los apartados anteriores podemos concluir y afirmar que si el personal sanitario cumple las medidas que se han citado en el apartado anterior, existe un aumento de la seguridad del paciente a la vez que se disminuyen las tasas de morbilidad y de igual modo se consigue a su vez una reducción en el gasto sanitario.

Por esta razón es tan importante la formación de los profesionales sanitarios y que adquieran los conocimientos de la técnica necesarios para la prevención de complicaciones que le puedan surgir a dichos pacientes intubados en las Unidades de Cuidados Intensivos.

6 Bibliografía

1. Muncharaz, A. B., Hernández-Garcés, H., López-Chicote, C., Ribes-García, S., Ochagavía-Barbarín, J., & Zaragoza-Crespo, R. (2020). Eficacia de la ventilación no invasiva en pacientes ingresados por neumonía por SARS-CoV-2 en una unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*.
2. Figueredo, R. B., & Samudio, M. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería sobre medidas de prevención de neumonías asociadas a la

ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de adultos del Instituto de Previsión Social. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, 11(1).

3. Gómez, C. C., Rodríguez, Ó. P., Torné, M. L., Santaolalla, C. E., Jiménez, J. F. M., Fernández, J. G. & Ortola, C. F. (2020). Recomendaciones de consenso respecto al soporte respiratorio no invasivo en el paciente adulto con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a infección por SARS-CoV-2. Medicina intensiva, 44(7), 429-438.

Capítulo 100

CUIDADOS AL PACIENTE QUE POSEE UNA TRAQUEOTOMÍA

VANESSA GARCÍA JARQUE

ROSANA MARTÍNEZ GONZÁLEZ

ANGELA GARCÍA DÍAZ

MARÍA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

YAIZA CHARRO JIMÉNEZ

1 Introducción

Hoy en día tenemos personas que sufren alguna de las patologías de las muchas que hay y que afectan tanto a la cabeza como al cuello y que requieren hacer una traqueotomía. Esta intervención consiste en la apertura de un orificio en el cuello en la zona donde se conecta con la tráquea, uniendo en la medida de lo posible con puntos la tráquea y la piel, lo que se denomina “charnela”. Una vez realizada la traqueotomía se usa una cánula, que según su función puede ser de plata, PVC o de silicona o Provox, que es la más usada a día de hoy. Esta intervención supone, para todos aquellos pacientes traqueotomizados, un cambio muy fuerte en su estilo de vida diaria, ya que hay un cambio de la imagen corporal, por lo que el personal sanitario como su familia y entorno más cercano deberán apoyarles realizando un tipo de atención personalizada y tratarlos de forma multidisciplinar.

Además de esa alteración en su imagen corporal, hay también una deficiencia en la comunicación verbal así como la respiración, lo que le supone un cambio brusco en las actividades básicas de su vida diaria, tales como pueden ser: comer, beber y hablar. A raíz de estos cambios hacen que dichos pacientes pasen por todo tipo de estados de ánimo, padeciendo ansiedad, depresión, apatía y frustración por dicha situación, lo cual repercute de manera negativa en su autoestima.

2 Objetivos

Exponer los resultados de estudio descriptivo realizado para conocer el grado de aceptación y alteraciones del estado de ánimo del paciente traqueotomizado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 explicar lo que siente un paciente traqueotomizado primero debemos tener claro lo que es una traqueostomía, es decir, una abertura en frente del cuello que se hace durante un procedimiento de emergencia o una cirugía planeada. Es una vía respiratoria para aquellas personas que no pueden respirar por sí mismas, que no pueden respirar bien, o que tienen una obstrucción que afecta a su respiración.

Uno de los problemas más comunes con los que se encuentra el paciente con traqueostomía es que, tras la misma, el aire no atraviesa las estructuras de la boca y de la nariz, por lo que los detritos adicionales pueden causar una acumulación de fluidos y secreciones en los pulmones. Por este motivo, es necesario succionar dichas secreciones con frecuencia a través del tubo de la traqueotomía.

Según algunos estudios, en los primeros días tanto los hombres como las mujeres dependen del personal sanitario, cuidador o de su familia para el cuidado, pero a medida que va pasando el tiempo, son ellas las que mejor se adaptan a los cambios

y a su situación, mientras que los hombres siguen teniendo una dependencia tanto del personal sanitario como de su familiar/cuidador.

En aquellos pacientes que se han realizado una traqueotomía existe la posibilidad de que con el tiempo se decida cerrarla o no, esto consiste en, retirar la cánula introducida por una incisión entre el cuello y la tráquea, o si cambiarla por una cánula más pequeña o, en su caso, por una cánula habladora. Pasado un tiempo tras la colocación de la cánula y, cuando el estoma ya no suponga una complicación, hay que fomentar que el paciente realice los cuidados (incluido el cambio de cánula) por sí mismo, es decir, sea autónomo y que no dependa del personal sanitario o de su cuidador (familia). Todo esto ayudará a que su autoestima suba para enfrentarse con ello en el día a día y a que se reduzca su nivel de ansiedad tras su salida del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Tras lo visto en los apartados anteriores y, como conclusión final a este trabajo, podemos concluir que el personal sanitario está muy implicado, y que se trata de un pilar fundamental en la propia educación para la salud de dicho paciente. Es muy importante este tipo de actuaciones tanto por parte de los profesionales como por parte de su cuidador/a y su familia, ya que la realización de una traqueotomía conlleva una serie de cambios tanto fisiológicos como estéticos, pues se cambia una vía aérea natural por una artificial. El personal sanitario debe trabajar en colaboración con las personas que forman parte del entorno del paciente para minimizar los efectos adversos a que hubiera lugar y fomentar una actitud positiva frente a la nueva situación.

6 Bibliografía

1. Readi, R., Gómez, F., & Osorio, J. (2015). Traqueostomía quirúrgica clásica en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 75(1), 7-12.
2. Bosso, M., Lovazzano, P., Plotnikow, G. A., & Setten, M. (2014). Cánulas de traqueostomía para adultos, selección y cuidados: revisión bibliográfica. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 31(1).
3. Che-Morales, J. L., Díaz-Landero, P., & Cortés-Tellés, A. (2014). Manejo integral del paciente con traqueostomía. *Neumología y cirugía de tórax*, 73(4), 254-262.

Capítulo 101

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN RELACIÓN CON PROCESOS DE ATENCIÓN SANITARIA

MARÍA DOLORES TALAVERA MARTÍN

XIMENA REGINA GARRIDO PÉREZ

ÁNGELA ÁLVAREZ FONTELOS

RAUL GARCÍA MORATA

CRISTINA DINTÉN GUTIÉRREZ

1 Introducción

En la actualidad, las infecciones asociadas a los cuidados sanitarios reflejan una elevada tasa, por lo que el análisis de la situación y su reevaluación es un tema de actualidad. Es por ello que, organizaciones tan importantes como la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto a las instituciones nacionales e internacionales trabajan sobre ello, es decir, la neumonía destaca porque representa un alto porcentaje de las infecciones más comunes en nuestra sociedad, y representa la causa más común de muerte infantil en países los menos desarrollados. Además, supone, a nivel económico, un gasto muy elevado para las administraciones competentes, de ahí la importancia de su estudio. Para ello es importante analizar, evaluar y reconocer el problema en cuestión y posteriormente llevar

a cabo un plan de actuación que tenga en cuenta o aborde los puntos más primordiales. De este modo, los cuidados que realiza el personal sanitario frente a una infección respiratoria, nos hacen reflexionar sobre los protocolos existentes y sobre la ejecución de nuevas fórmulas de actuación. En este caso la OMS define este concepto como: Las IAAS (Infección asociada a atención sanitaria), también denominada infección nosocomial o infección hospitalaria, que son aquellas infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento hospitalario u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso, es decir, es aquella que se adquiere o desarrolla como consecuencia de la atención sanitaria.

Según los estudios, los gérmenes que provocan la neumonía, así como su incidencia en nuestra sociedad dependen del lugar de adquisición de la patología y de las enfermedades que posea el propio paciente. Las vías respiratorias poseen mecanismos de defensa y protección que evitan o en algunos casos retrasan la llegada de bacterias al pulmón. Por el contrario, el consumo de tabaco, las enfermedades pulmonares crónicas, el consumo del alcohol, la desnutrición, la diabetes mellitus, problemas renales o hepáticos así como alteraciones del nivel de consciencia y otras deficiencias de la inmunidad pueden facilitar que los gérmenes lleguen al pulmón y causen una infección respiratoria.

2 Objetivos

Identificar y analizar la incidencia de pacientes afectados por una infección respiratoria en relación con procesos de atención sanitaria con o sin internamiento hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, 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 cuanto a la Infección Respiratoria Aguda (IRA) constituyen un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, y que son causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina y duran menos de 2 semanas. Existen en nuestra población unos factores de riesgo que van relacionados de una manera directa a esta patología, estos factores predisponentes son: el nivel socioeconómico de la persona, la escolaridad de los padres, las condiciones de vida de la vivienda y el hacinamiento, la contaminación ambiental y el hábito de fumar de los convivientes (Ej: fumador pasivo), todos ellos son factores de riesgo de las IRA. Existen, a su vez, otro tipo de factores desencadenantes de una infección respiratoria, tales como los virus, la contaminación del aire, el polvo y los gases tóxicos.

Existen dos tipos de infecciones respiratorias si atendemos a su localización. Infección de vías aéreas altas y la infección de vías aéreas bajas.

Una infección respiratoria de vías bajas es una infección que afecta a las vías respiratorias bajas o los pulmones. Es una de las principales causas de enfermedad y muerte en niños y adultos en todo el mundo.

En nuestro país, el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública tiene un plan de vigilancia, seguimiento y control de la infección asociado a la asistencia sanitaria pública, así como una serie de recomendaciones para el personal sanitario (educación y colaboración) con el objetivo de prevenir las infecciones nosocomiales. Por este motivo es conveniente que nuestra sanidad tenga un conocimiento y realice un seguimiento que tenga como objetivo evaluar si dichas actuaciones consiguen o no un control de las infecciones por parte del personal sanitario o de las organizaciones de asistencia sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Tras lo visto en apartados anteriores y como conclusión final podemos decir que lo más relevante que se puede sacar, es que la formación del personal sanitario que está en contacto más directo como es el de enfermería y las TCAE guarda una relación directa con la seguridad de los pacientes en cuanto a las infecciones adquiridas por sus cuidados sanitarios, como puede ser en el caso de la neumonía debida a un ventilador. Existen Organizaciones que llevan a cabo proyectos y estrategias que aseguran de lo importante que es la formación de nuestro personal

sanitario, así como la aplicación de medidas preventivas para disminuir la incidencia de la neumonía asociada a los cuidados sanitarios.

6 Bibliografía

1. Pujol, M., & Limón, E. (2013). Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 31(2), 108-113.
2. Ferrer Cruz, M. C. (2002). Evaluación del componente de prevención y control de las infecciones respiratorias agudas del programa de atención a la salud del niño, en la jurisdicción sanitaria No. 1 de los servicios de salud, 2000. Repositorio nacional conacyt.
3. Gassaki, V. V. D., & Castañeda, Y. Título: cambio climático y las infecciones respiratorias agudas.

Capítulo 102

LA INJERENCIA DEL COVID-19 EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

SONIA TRONCO PELÁEZ

SANDRA PÉREZ RODRÍGUEZ

SARA ALVAREZ RODRIGUEZ

AZUCENA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La inesperada irrupción de la pandemia por coronavirus SARS-COV-2, que causa la enfermedad conocida como Covid-19, ha supuesto un cambio brusco en la atención sanitaria a la población, en especial en la Atención Primaria.

La Atención Primaria, se ha visto obligada a cambiar la organización de los centros de salud, reformar sus funciones y modificar su accesibilidad, para dar cabida a la avalancha de casos sospechosos de esa enfermedad, sin descuidar la seguridad del resto de usuarios y de los profesionales que prestan sus servicios en estos centros.

Los centros de Atención Primaria han centrado sus esfuerzos en detectar y seguir los casos, tanto comunitarios como de centros residenciales, cumpliendo con su labor de vigilancia epidemiológica y colaborando con los estudios de seroprevalencia impulsado por el Ministerio de Sanidad.

Además del cambio organizativo y funcional de la Atención Primaria, numerosos

centros de salud y consultorios rurales cerraron sus puertas, pasando de un modelo de asistencia sanitaria presencial, a un modelo de atención telefónica.

La atención no presencial junto con la implantación de puestos de triaje, atendidos mayoritariamente por Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería o en su defecto por personal administrativo, han contribuido a evitar contagios entre los usuarios de los centros de Atención Primaria.

2 Objetivos

Describir los cambios producidos en la Atención Primaria tras la aparición de la pandemia producida por la enfermedad de la Covid-19.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

Palabras clave: atención primaria, Covid-19, coronavirus, centros de atención primaria.

4 Resultados

Algunos de los cambios que se han producido en la Atención Primaria tras la injerencia de la Covid-19 son los siguientes:

- Se produce un cambio significativo en la organización y funcionamiento de los Centros de Atención Primaria.
- Los centros de salud que no cerraron sus puertas a causa de la pandemia, incrementaron la protección de los profesionales con los equipos de protección individual (EPI), protegiendo, así también, de forma indirecta a los usuarios de los mismos.
- La atención presencial en la Atención Primaria pasa a ser mayoritariamente no presencial, mediante atención telefónica, para prevenir contagios en los centros. Esto pone de manifiesto la necesidad de mejorar la red telefónica, que en la mayor parte de los casos es obsoleta o insuficiente, sobre todo en los consultorios rurales.

- En los centros de Atención Primaria fue necesario cambiar el modelo de atención presencial adecuando las instalaciones con circuitos diferenciados para los casos sospechosos de tener COVID-19, detectados a través de los puestos de triaje. Estos puestos de triaje son atendidos por Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería o personal administrativo.
- Se puso de manifiesto la falta de recursos suficientes a consecuencia de la presión asistencial por la pandemia, lo que derivó en la reducción de servicios como la atención domiciliaria.
- Se ven incrementadas las listas de espera en Atención Primaria.
- El seguimiento de los pacientes crónicos, así como el control y prevención de estas enfermedades se ve reducida o suspendida.
- Ante la falta de asistencia presencial, se establecen acciones complementarias como el empleo de TICs y telemedicina, siendo la atención telefónica la más utilizada.
- La utilización de las consultas a distancia (eConsulta), pueden ser una herramienta eficaz para dar respuesta a las consultas de los pacientes que no necesitan una visita presencial.

5 Discusión-Conclusión

Tras la injerencia de la pandemia causada por la Covid-19, la Atención Primaria se ha visto obligada a modificar su organización y funcionamiento, donde los más afectados por este brusco cambio son los usuarios y pacientes. Se pasa de la atención presencial a la atención a distancia, descuidando el seguimiento, control y prevención de otras enfermedades, como las crónicas.

Por otro lado, al adoptar este modelo de atención no presencial, se ha podido prevenir o evitar los contagios por Covid-19 en los centros de atención primaria y la protección de los profesionales, sanitarios y no sanitarios, que en ellos trabajan, ayudando también a aliviar la presión sanitaria.

6 Bibliografía

1. "Covid-19 y esfuerzo asistencial en atención primaria". Elsevier.
2. "Lecciones aprendidas durante la pandemia Covid-19 sobre el seguimiento de pacientes crónicos". Elsevier.
3. "Efecto de la consulta virtual (eConsulta) en la frecuencia de visitas en atención primaria". Elsevier.

4. "La atención primaria en España, entre el abandono y el desmantelamiento". Por Amnistía Internacional.
5. "Manejo en la Atención Primaria y domiciliaria del Covid-19". Ministerio de Sanidad. Gobierno de España.

Capítulo 103

APRENDER A CONVIVIR CON EL ALZHEIMER

AZUCENA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

SARA ALVAREZ RODRIGUEZ

SONIA TRONCO PELÁEZ

SANDRA PÉREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia entre nuestros mayores. La demencia es un trastorno cerebral que afecta potencialmente la capacidad de una persona de llevar a cabo sus actividades básicas.

Los signos que llaman la atención al comienzo de la enfermedad incluyen el olvido de eventos o conversaciones recientes.

La enfermedad de Alzheimer generalmente avanza lentamente en tres etapas: una leve, una moderada y una grave (etapa final).

Los síntomas de la enfermedad de Alzheimer empeoran con el tiempo, aunque la velocidad a la que avanza la enfermedad no es igual en todos los pacientes

Los cambios en el cerebro relacionados con el Alzheimer comienzan años antes de que aparezcan los signos de la enfermedad. Cuando el Alzheimer avanza y se aproxima a la fase final el deterioro cognitivo y funcional es ya muy pronunciado.

La persona ya necesita ayuda incluso para las actividades más básicas, llegando a perder la capacidad para hablar y comunicarse.

El cuidador asume un papel importante en el cuidado del paciente y se puede ver afectado por el cambio en la conducta del enfermo.

Los cambios conductuales que más sufre el cuidador son:

- Agresión física, violencia verbal o acusaciones de robo o envenenamiento.
- Resistencia al aseo, al cambio de ropa.
- Conductas demandantes, preguntas repetidas, insomnio, etc.

Los medicamentos pueden mejorar temporalmente los síntomas o retardar el avance de la enfermedad pero actualmente aún no sirven como cura.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer la enfermedad y el impacto que tiene en las familias.

Objetivos secundarios:

- Ayudar a enfermos y familiares en los cuidados y en la convivencia.
- Retrasar la aparición y los efectos más graves de la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en guías con ideas clave para conocer, comprender y convivir con la enfermedad y también se han consultado diferentes páginas web relacionadas con el tema a tratar como es la enfermedad de Alzheimer.

Palabras clave: deterioro cognitivo, demencia, irreversibilidad.

4 Resultados

Actualmente, existen enfermedades que no tienen cura. Por ello entre los objetivos de la medicina actual está la búsqueda de tratamientos efectivos frente a este mal.

Los nuevos estudios sobre el Alzheimer se centran en las placas de proteína amiloide y los ovillos de tau, signos presentes en personas afectadas por esta enfermedad.

Los nuevos avances nos acercan a la cura o al menos podrían frenar su desarrollo.

Para ello es necesario invertir dinero, recursos y que continúe la investigación.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel fundamental en la atención de los pacientes con Alzheimer, ya que recibe una formación que le permite actuar acorde a las necesidades del paciente y aliviar la carga tanto física como emocional que sufren los familiares.

Cuando ven con frecuencia a los mismos pacientes pueden observar cambios en la conducta, olvidos en la toma de medicación o de las citas que tenían programadas.

El papel del TCAE es muy importante para el paciente de Alzheimer hospitalizado en cualquiera de sus fases, ya que asume los cuidados necesarios de aseos, cambios posturales, comprensión y trato con afecto buscando su bienestar.

Entre las principales causas de muerte de las personas enfermas con Alzheimer están la neumonía, la caquexia y la deshidratación.

Otros factores que suman la tasa de mortalidad de la enfermedad de Alzheimer incluyen la edad avanzada, aumento de las caídas y el delirio.

La pérdida de peso y otras complicaciones de la enfermedad pueden conducir a un debilitamiento del sistema inmunológico. Las necesidades durante la etapa final suele ser muy demandantes lo que hace que muchas familias busquen ayuda en instituciones. Decidir sobre la atención en la etapa final puede ser una de las decisiones más duras a las que se enfrentan las familias.

5 Discusión-Conclusión

Nos enfrentamos a un problema serio, que debilita la mente y la salud de quienes la sufren y necesitamos abordar con inteligencia y afecto la convivencia diaria con los pacientes.

Todas las ayudas posibles frente a este mal son necesarias. Los familiares y cuidadores quizás se sientan muchas veces solos.

El aumento de la esperanza de vida y la falta de tratamientos efectivos convierten

el Alzheimer y las demencias en una amenaza de alcance global que será insostenible a nivel económico, sanitario y social.

Respecto a los medicamentos ensayados hasta la fecha, todos se han demostrado ineficaces y no han conseguido frenar el avance ni revertir el deterioro cognitivo causado de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. <https://www.formacion-alzheimer.es>
2. <https://fpmaragall.org>
3. <https://www.fundacioace.com>
4. Guía práctica para entender los comportamientos de los enfermos de Alzheimer: Josep Vila Miravet.

Capítulo 104

IMPACTO DEL COVID-19 EN LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA HOSPITALARIA: CAMBIOS Y CONSECUENCIAS

SANDRA PÉREZ RODRÍGUEZ

SARA ALVAREZ RODRIGUEZ

AZUCENA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

SONIA TRONCO PELÁEZ

1 Introducción

Las enfermedades infecciosas emergentes han supuesto a lo largo de la historia un reto para todos los trabajadores del sistema sanitario, sin embargo, la reciente pandemia del SARS-CoV-2 se ha convertido en uno de los mayores retos tanto para los investigadores y profesionales sanitarios, como para la sociedad en general.

Como se ha observado a lo largo de la evolución de la pandemia, uno de los grupos menos afectados por esta enfermedad ha sido el de pacientes pediátricos, no queriendo decir esto, que la pandemia no haya afectado en absoluto tanto a estos pacientes, como a la atención pediátrica hospitalaria.

Por un lado, los pacientes pediátricos han sido uno de los mayores focos de transmisión, ya que, a pesar de ser mayoritariamente pacientes asintomáticos, pueden

llegar a eliminar, y por tanto ser transmisores del virus, durante un largo periodo de tiempo, y es por eso que este tipo de pacientes se han tratado como potencialmente infecciosos.

En este capítulo estudiaremos los cambios que ha sufrido la atención pediátrica hospitalaria a lo largo del desarrollo de la pandemia, los protocolos llevados a cabo a nivel organizativo, la repercusión a nivel laboral y personal en los trabajadores de atención pediátrica hospitalaria, entre otros.

2 Objetivos

- Conocer los cambios que ha sufrido la atención pediátrica hospitalaria debido a la pandemia sanitaria del Covid-19.
- Estudiar las consecuencias de los cambios que ha sufrido la atención hospitalaria durante la pandemia sanitaria del Covid-19.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, utilizando libros y artículos recientes y actuales, de las principales bases de datos: Google Académico, Pubmed, Medline, entre otras.

Las palabras clave son: Covid-19, pediatría, atención pediátrica, Síndrome de Burnout.

4 Resultados

El día 30 de diciembre de 2019 fue notificado en la ciudad china de Wuhan el brote de la enfermedad producida por el SARS-CoV-2, más conocido como ‘coronavirus’ o Covid-19, pero no fue declarada como pandemia hasta el 11 de marzo de 2020.

En nuestro país, uno de los países más afectados por la pandemia, se declaró el Estado de Alarma el 14 de marzo de 2020, imponiendo con ello una serie de medidas de confinamiento, para intentar frenar el ritmo de contagios que ya amenazaba con producir una presión hospitalaria importante.

Lejos de conseguir este objetivo, las semanas siguientes a la declaración del Estado de Alarma, se convirtieron en un hito histórico sin precedentes, con una

carga hospitalaria muy elevada, con graves consecuencias para la calidad asistencial, los profesionales sanitarios y el resto de la población en general.

A pesar de que la incidencia en población en edad pediátrica es poco significativa (solo el 2% de las personas contagiadas eran menores de 18 años), y que de forma general los síntomas manifestados por esta población son leves o inexistentes, el control del Covid-19 a estas edades ha sido de vital importancia, ya que se convirtieron en una fuente de transmisión pudiendo eliminar el virus durante más de un mes, aun en casos asintomáticos.

Los síntomas más característicos de esta enfermedad en edades pediátricas son fiebre, dificultad respiratoria, e incluso molestia gastrointestinal, sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, se conoce que el número de casos sintomáticos es menor que el de casos asintomáticos, produciendo esto, una menor carga hospitalaria pediátrica.

Por este motivo, ante la dificultad de detección precoz de la infección en este tipo de pacientes, producido por la falta de síntomas, ha obligado a los profesionales sanitarios pediátricos a implementar medidas de precaución estándar, tratando a todos los pacientes como potencialmente infecciosos, e invirtiendo de esta forma mucho tiempo y recursos.

A todo esto, se debe añadir, el desconocimiento en cuanto a la actuación y medios de transmisión del virus, tanto por parte de los profesionales, que ha tenido como consecuencia la inversión de más tiempo y más recursos, como por parte de los padres, madres y cuidadores de pacientes pediátricos, que se han mantenido reacios a la hora de acudir a los centros hospitalarios, por miedo al contagio, contribuyendo de esta forma, a reducir la carga hospitalaria pediátrica mencionada anteriormente.

Como consecuencia a esta baja carga hospitalaria pediátrica y la alta carga hospitalaria de pacientes adultos durante las primeras olas de la pandemia, se tomaron dos medidas drásticas: destinar las áreas de hospitalización pediátrica a la atención de adultos, y la destinación de profesionales pediátricos como apoyo en las unidades de adultos.

Estos cambios han sido fundamentales para sobrellevar la alta presión hospitalaria producida por el Covid-19, sin embargo, esta situación ha tenido consecuencias negativas, tanto en la adecuada atención y seguimiento en el tratamiento de pacientes pediátricos, como en la salud del personal sanitario pediátrico, que se

ha visto afectado por el conocido Síndrome de Burnout, debido a la sobrecarga de trabajo, a la sobreexposición ante una enfermedad desconocida y con graves consecuencias de salud, y además, con un añadido, como es el tratamiento de pacientes con los que no estaban acostumbrados a trabajar.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión a todo lo expuesto anteriormente, se puede decir que a pesar de la baja carga pediátrica hospitalaria que ha habido en este país desde el comienzo de la pandemia por Covid-19, debido al modo de incidencia del virus en la población pediátrica, se han producido diferentes cambios con sus respectivas consecuencias.

Por un lado, los sanitarios de atención pediátrica se han visto sobreexpuestos de igual forma a la enfermedad, debido a los cambios en la organización para cubrir la alta presión hospitalaria.

Por otro lado, además de servir de apoyo a los profesionales sanitarios de pacientes adultos, han tenido que seguir ocupándose de los pacientes pediátricos, que se trataron como pacientes potencialmente infecciosos.

Y, por último, todo esto, junto con la falta de familiarización y experiencia en el tratamiento a pacientes adultos, ha producido en el personal sanitario pediátrico altos niveles de agotamiento, fatiga laboral y estrés, conocido como Síndrome de Burnout.

6 Bibliografía

1. Impacto de la pandemia Covid-19 en urgencias: primeros hallazgos en un hospital de Madrid. *Anales de Pediatría*. Elsevier.
2. Cambios a partir de la Covid-19. Una perspectiva desde la pediatría interna hospitalaria. *Anales de Pediatría*. Elsevier.
3. Síndrome de Burnout del personal médico en el área de salud en atención a la pandemia covid-19. Trabajo de Titulación Psicología Clínica. Machala: Universidad Técnica de Machala.
4. Covid-19 en Pediatría: valoración crítica de la evidencia. Comité/grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEP y AEPap.

Capítulo 105

CAUSAS DEL ESTRÉS EN LOS TRABAJADORES DEL ÁMBITO SANITARIO. ANÁLISIS DE LAS CONSECUENCIAS Y FORMAS DE PREVENIRLO

VERÓNICA MARTINEZ SARIEGO

1 Introducción

El estrés es uno de los riesgos psicosociales que actualmente más están perjudicando la salud y el bienestar de los trabajadores, siendo este un problema cada vez más emergente, y que provoca importantes efectos negativos para la productividad y la calidad de vida del personal.

El estrés es un sentimiento de tensión, ya sea físico o mental, que puede provenir de una sensación de frustración, enfado o nerviosismo y que se manifiesta en el cuerpo como un desafío o demanda. Existe un tipo de estrés bueno, ya que funciona como un mecanismo de defensa actuando como un método de supervivencia y manteniendo alerta los sentidos, mejorando la capacidad de reacción, concentración, producción o visión. Permite también ser más productivo y resolutivo, mejorando las capacidades cognitivas y siendo más resolutivos y sociables. El problema se manifiesta cuando este estrés perdura en el tiempo y se hace permanente, convirtiéndose en distrés o estrés malo, ya que el cuerpo permanece siempre alerta, incluso cuando no hay ningún peligro aparente y se convierte

en perjudicial para los órganos. El estrés origina en las personas reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos ante situaciones agobiantes produciendo aflicción.

El estrés por parte de los trabajadores no solo va a afectar al profesional que lo padece sino también a los propios pacientes o usuarios, ya que sus cuidados dependen de ellos, por lo que es de vital importancia para las organizaciones estudiar los factores que lo pueden ocasionar y tomar medidas para prevenirlo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar los principales factores que provocan el estrés de los trabajadores en el ámbito sanitario.

Objetivos secundarios:

- Estudiar las consecuencias que tiene el estrés en la salud y calidad de vida de los trabajadores, así como en la propia organización.
- Analizar las formas de prevención del estrés en los centros laborales sanitarios.

3 Metodología

Está basada en el análisis bibliográfico de artículos publicados en internet y obtenidas a través de buscadores como Google con palabras clave como “estrés laboral en el ámbito sanitario” o “efectos del estrés”. También se ha recurrido a páginas de organismos oficiales para la obtención de la información como Del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo.

4 Resultados

En casi todas las profesiones el estrés es un problema que cada vez se hace más patente y los datos siguen aumentando. Entre las profesiones con mayores tasas de estrés se encuentran los docentes de primaria y secundaria, en los que el 64% reconoce vivir estresado y los profesionales del ámbito sanitario, en los que un 44% manifiesta también vivir estresado. Estos dos colectivos presentan un punto en común, y es que trabajan con personas y su responsabilidad con ellas y con el resto de la sociedad es, por tanto, muy alta.

Existen múltiples factores que pueden dar lugar al estrés en el trabajo, por lo que se clasificarán en dos grupos:

- Las relacionadas con la organización del trabajo: hacen referencia a la carga de trabajo que muchas veces tienen que soportar los trabajadores con jornadas laborales que pueden superar las 13 o 14 horas y a turnos, en las que la nocturnidad está presente, produciendo un importante desajuste entre el reloj biológico y el reloj laboral. Esta carga de trabajo también hace que en muchas ocasiones no se dispongan de los descansos o pausas adecuadas, incluso para comer, dando lugar a importantes signos de fatiga y cansancio en los trabajadores y afectando también al cuidado del paciente. Otras veces los profesionales tienen una gran cantidad de pacientes a su cargo viéndose mermadas sus relaciones con los compañeros, ya que pueden existir un conflicto de reparto de tareas o visiones distintas acerca de cómo llevar a cabo una determinada actividad. En este apartado también se incluyen las diferencias que pueden existir entre el trabajador y sus superiores, el trabajo rutinario y sin estimulación, asumir roles o responsabilidades que no corresponden.
- Las características de la personalidad del propio trabajador y sus emociones: se basan en la forma en la que el trabajador tiene para afrontar temas como la muerte, el sufrimiento o dolor ajeno, en la formación y destrezas de las que dispone el individuo para afrontar los problemas, en sus propias condiciones físicas y su propio estado de salud o las expectativas o aspiraciones del trabajador. Existen casos de importante estrés ante la muerte de un paciente con el que se tenía una empatía especial. La forma de gestionar las relaciones con un paciente que se muestra poco cooperativo, o con los familiares y acompañantes del mismo también será clave para sufrir estrés. Entre estos factores se encuentran también la forma en la que afecta a la comunicación de una mala noticia al paciente o los acompañantes, que sienta que solo se dicen las cosas malas del trabajo de un profesional o que se tome demasiado en serio un trabajo.

Las consecuencias del estrés en los trabajadores del ámbito sanitario van a provocar una serie de enfermedades que van a afectar a la salud de los trabajadores y a la estabilidad del centro de trabajo: problemas de presión arterial alta, obesidad, depresión, ansiedad, diabetes, problemas dermatológicos como acné, eczema o rosácea, insuficiencia cardíaca, problemas en el aparato digestivo como malestar en el estómago, sensación de vómitos, diarrea o estreñimiento, dolores de cabeza, contracciones musculares y de articulaciones, cansancio, problemas relacionados con el sueño como insomnio, desarreglos hormonales, pérdidas o disminuciones de peso o aumento de consumos de sustancias nocivas como el tabaco o el alcohol.

En los casos de estrés permanente también se han detectado depresiones crónicas o ansiedad severa.

El origen del estrés es múltiple, y por lo tanto las herramientas que se utilicen para erradicarlo también tienen que ser variables de tal manera que tengan efectos en el trabajador como en la propia organización. Es necesario dotar a los trabajadores de recursos que les permitan afrontar el estrés promoviendo dietas adecuadas y diversificando las tareas. Es necesario promover la formación sobre entrenamiento de habilidades sociales, de gestión de las emociones, sobre capacidades de resolución de problemas y autocontrol. La organización debe establecer un plan de diseño de la prevención del estrés, mejorando la comunicación y la participación de los trabajadores en las funciones y tareas del trabajo y estimulándolos en la toma de decisiones. Es importante que los horarios de trabajo estén bien definidos, siendo predecibles y permitiendo una organización anticipada del trabajador, en la que pueda conciliar su vida laboral y personal. Se debe hacer que la tarea asignada a cada trabajador en su puesto de trabajo sea compatible con sus capacidades, en las que este mismo considere que su trabajo es valioso y útil, definiendo claramente los roles y funciones que se van a llevar a cabo y fomentando el trabajo en equipo y las buenas relaciones sociales entre los trabajadores. Se debe controlar la carga de trabajo, permitiendo que los trabajadores dispongan de los debidos descansos y pausas.

Las organizaciones también deben de formar a sus superiores en todos los temas relacionados con el estrés para que sepan gestionar los problemas que se puedan estar dando en la organización, estableciendo grupos de apoyo y rediseñando continuamente los planes de prevención del estrés en función de las necesidades.

5 Discusión-Conclusión

Debido a las exigencias de la sociedad y al estilo de vida frenético que impera en nuestro día a día, con la necesidad de estar presente en la vida familiar y laboral, con la presión que exigen hoy en día los trabajos y con el aumento de la competitividad, cada vez se hace más difícil hablar y gestionar el estrés, sin ni siquiera darle la importancia que se merece. Muchas veces las consecuencias físicas o psíquicas del estrés aparecen más a largo plazo y la falta de tiempo también provoca que no se les preste la atención adecuada a los primeros signos de aparición del mismo. Por eso es necesario informar y formar a los trabajadores del ámbito sanitario de la importancia de la gestión del estrés y facilitarles las herramientas y técnicas necesarias para intentar erradicarlo, ya que solo de esta

forma tendremos profesionales sanos y eficientes.

6 Bibliografía

1. Medline Plus, enciclopedia médica en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003211.htm>
2. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo https://www.insst.es/documents/94886/326827/ntp_318.pdf/2c36529c-e315-4b60-9b6d-33cb81a8bfd0
3. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo <https://www.insst.es/documents/94886/96076/Factores+y+riesgos+psicosociales%2C+formas%2C+consecuencias%2C+medidas+y+buenas+pr%C3%A1cticas>

Capítulo 106

LA IMPORTANCIA DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO FRENTE A LA COVID 19 Y SU COLOCACIÓN

VERÓNICA MARTINEZ SARIEGO

1 Introducción

Las enfermedades infecciosas están producidas por bacterias, hongos, virus o parásitos que, aunque generalmente suelen resultar inofensivos para nuestro organismo, en ocasiones, pueden provocar importantes enfermedades. En las épocas de epidemias infecciosas como puede ser el caso del Ébola, SARS o la pandemia actual en la que nos encontramos el personal sanitario y no sanitario corre un grave peligro de contagio por contacto con los fluidos de pacientes y usuarios. Existen gran cantidad de modelos de equipos de protección, y no está claro cuál es el mejor, pero lo que sí es importante es la forma de ponerlos y quitarlos, ya que de ello va a depender una mayor o menor exposición a estos virus.

Un Equipo de Protección Individual es aquel que al llevarlo un trabajador puede protegerlo de su seguridad o salud en el trabajo. Los uniformes de trabajo están por tanto excluidos de esta categoría, ya que no están destinados a proteger la seguridad o integridad del trabajador. Los equipos de protección individual se han convertido en un elemento esencial para los trabajadores del ámbito sanitario,

ya que no solo van a permitir que se protejan del virus a ellos mismos con la utilización de estos equipos, y permanezcan en sus puestos de trabajo ayudando a la lucha contra la pandemia y a los enfermos que necesitan asistencia sanitaria porque se encuentran infectados, sino que también van a permitir que los pacientes o usuarios de los centros estén seguros, pues gracias a ellos se evitará también la propagación de la Covid-19.

El Real Decreto 773/1997 establece que el equipo de protección debe estar certificado y regulados y la recomendación es la de utilizar equipos de protección desechables y de no poder ser así deben poder desinfectarse. La correcta utilización del EPI va a garantizar la máxima protección de la entrada del agente biológico y su correcta retirada va a hacer que se evite el contacto con el agente infeccioso.

2 Objetivos

- Describir las distintas partes de las que debe contar un equipo de protección individual para evitar el contagio de los trabajadores de la Covid-19.
- Estudiar la forma de colocación, así como la manera de quitar el equipo de protección individual de los trabajadores sanitarios y no sanitarios.

3 Metodología

Para la realización del capítulo se ha realizado un análisis bibliográfico de documentos publicados por el Ministerio de empleo y seguridad social, así como el Ministerio de Sanidad utilizando expresiones tales como “colocación de los EPIS en el ámbito sanitario” y “protección con EPIS frente a la Covid-19”.

4 Resultados

Para una correcta utilización de los equipos de protección individual lo primero a tener en cuenta en el riesgo de exposición al agente biológico, ya que en función de esto se va a necesitar una mayor o menor protección:

- La protección respiratoria se va a llevar a cabo mediante mascarillas. En el caso de mascarillas auto filtrante jamás deberá de llevar válvula que permita la exhalación, ya que se exhalarían directamente partículas del aire sin ningún tipo de filtro y lo que se produciría es una difusión del virus. La protección para los trabajadores sanitarios y no sanitarios ante la imposibilidad del cumplimiento de la

distancia de los 2 metros con la persona que puede estar infectada es la de la mascarilla FFP2, pero cabe destacar también que la principal protección para el trabajador es el uso por parte del paciente o usuario de mascarillas quirúrgicas. En el caso de que la exposición al virus sea muy elevada realizándose procedimientos asistenciales que puedan generar gran cantidad de bio aerosoles se recomienda el uso de mascarillas FFP3.

- En cuanto a la protección de las manos viene determinada por el uso de guantes, que deben cumplir las propias normativas, utilizándose guantes desechables que permitan agilidad y destreza de las tareas que se estén llevando a cabo, por lo que no deben ser guantes gruesos a no ser que se trate de tareas propias de mantenimiento, limpieza, desinfección, etc., en las que los guantes pueden sufrir roturas, por lo que en ese caso si se recomiendan unos guantes más gruesos.
- La protección del cuerpo viene dada por una protección del propio uniforme del trabajador, que tienen que cumplir también con una normativa, y que va a evitar una exposición directa de nuestro cuerpo a las salpicaduras de fluidos, secreciones o agente biológicos. Estos equipos pueden tener distintos niveles de hermetismo y pueden variar en su diseño o material cubriendo partes del cuerpo o la totalidad del cuerpo. Pueden ser en forma de batas, delantales, manguitos, polainas, etc., al igual que las mascarillas se recomienda que su uso sea desechable.
- La protección ocular viene dada por la utilización de gafas de protección, en la que también los laterales estén protegidos, para evitar que el trabajador se pueda contaminar con el guante o con la mano y con las que se evite que algún fluido, secreción, sangre, partículas de saliva o excreciones puedan contaminar los ojos. Es necesario que las gafas sean compatibles con las mascarillas, ya que su incorrecta colocación o uso puede provocar riesgos de contaminación de aerosoles, al no utilizarlos correctamente en su conjunto.

Así mismo, hay que tener en cuenta la forma de poner y quitar los equipos de protección, de forma que si están contaminados pueden convertirse en un foco de contagio. El primer lugar se debe comprobar que se disponen de todos los materiales necesarios, guantes, mascarilla, gafas, bata, etc., en función de la tarea que se va a llevar a cabo y los riesgos del mismo. A continuación, se pondrá la bata de manera que cubra el cuerpo, incluidos los brazos. Posteriormente se procederá a colocar la mascarilla comprobando que queda bien ajustada y pasando así a colocarse las gafas. Finalmente, se pondrán los guantes haciendo que queden por encima de las mangas del uniforme o de la protección EPI. La forma de quitar el equipo de protección individual también va a ser determinante para evitar el contagio, no sólo del propio trabajador sino también de otras personas y del medio

ambiente. Para ello se retirará primero los guantes y la bata enrollándolos sobre sí mismo depositándolo en el depósito adecuado, y realizando un exhaustivo lavado de manos. Posteriormente se procederá a la retirada de las gafas siempre desde la parte de atrás, a través de la goma de las mismas y una vez quitadas las gafas se retirará la mascarilla también desde la aparte de atrás retirando de nuevo la goma primero y depositándolos también en el depósito de residuos pertinente y una vez más se procederá de nuevo a un estricto lavado de manos.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia la utilización de EPIS en el ámbito sanitario para evitar la propagación de la Covid-19. Los centros sanitarios deben facilitar a sus trabajadores el material necesario para realizar su tarea de forma segura, como método de prevención. Los trabajadores deben tener la posibilidad de seleccionar EPI adecuado para el desempeño correcto de la tarea que va a desempeñar, y siempre teniendo en cuenta el mayor o menor riesgo a los que un trabajador puede verse expuesto al virus.

De la misma manera es necesario formar a los trabajadores sobre la correcta utilización de los EPIS, explicándoles la forma en que los deben poner y quitar y concienciando sobre la importancia de su uso.

6 Bibliografía

1. Ministerio de empleo y seguridad social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. <https://www.insst.es/documents/94886/203536/Gu%C3%ADa+t%C3%A9cnica+para+la+evaluaci%C3%B3n+y+prevenci%C3%B3n+de+los+riesgos+para+la+utilizaci%C3%B3n+por+los+trabajadores+en+el+trabajo+de+equipos+de+protecci%C3%B3n+individual/c4878c11-26a0-4108-80fd-3ecbef0aee38>
2. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/PrevencionRRL COVID-19.pdf>
3. Protocolo de colocación y retirada de los EPIS <https://enfermeriatv.es/es/coronavirus-protocolo-epis/>

Capítulo 107

CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UN PRIMER EPISODIO DE FIBRILACIÓN AURICULAR

MARÍA DEL PRADO TEJADO RODRÍGUEZ

EVELIA DÍAZ FERNÁNDEZ

MARÍA ELENA BERMÚDEZ NAVAS

MARTA RODRÍGUEZ MAESO

EVA SIMÓN RIVERA

1 Introducción

La Fibrilación Auricular es una de las alteraciones del ritmo del corazón que también se conoce como arritmia. Es una de las más frecuentes en España y en todo el mundo.

El corazón en condiciones normales, su ritmo cardíaco regular, natural que se acelere únicamente cuando hacemos ejercicio, y que enlentezca en periodo de reposo. Su ritmo normal del corazón va entre 60 y 90 latidos por minuto y se le llama ritmo sinusal. Cuando la arritmia aparece, el ritmo normal del corazón se ve alterado, se puede acelerar en reposo lo que se llama taquicardia o enlentecerse llamándose bradicardia.

La fibrilación auricular aparece en condiciones normales, el ritmo del corazón deja de ser normal y constante y se produce la arritmia. El miocardio fibrila y es como si se agitara el musculo.

La pérdida de esta sincronía en el ritmo llega a ocasionar la formación de coágulos de sangre en el interior del miocardio, ya que cuando el corazón entra en fase de fibrilación, el vaciado de sangre de las aurículas no es del tomo completo.

Si se desprende algún o algunos coágulos dar lugar a que las arterias del cerebro se obstruyan, se conoce como ictus o embolia periférica arterial.

2 Objetivos

Mostrar el papel del Técnico en cuidados de auxiliar de enfermería mediante un caso clínico.

3 Caso clínico

Fernando de 71 años, que es trasladado en ambulancia al servicio de urgencias del Hospital Clínico San Carlos por presentar un cuadro de 2 horas de evolución de disconforme torácico ligero asociado a palpitaciones y cortejo vegetativo. A su llegada a triaje, regular estado general, consciente y orientado, presenta palidez cutánea y sudoración profusa. Sus constantes vitales son tensión arterial (TA): 142/83 mmHg, frecuencia cardiaca: 118 lpm, T^a: 36,1 °C, SAT O2 96% basal.

Los antecedentes médicos son: obesidad, hipercolesterolemia, artrosis y esteatosis hepática.

Intervenciones quirúrgicas: IQ de cataratas (2016).

Medicación habitual: Simvastatina ratio 40 mg, Paracetamol 1 g a demanda.

Alergias conocidas: No alergias conocidas.

Se traslada al paciente a un box y se solicita la realización de un ECG de 12 derivaciones. En el electro se muestra una arritmia cardíaca por fibrilación auricular (ACxFA). Dada la clínica y la alteración del electrocardiograma (no presente en ECG previos), se atiende al paciente en el box de vital monitorizándolo y realizando una analítica sanguínea (bioquímica, hemograma y coagulación) y Rx de tórax.

Exploración general: paciente consciente, orientado, receptivo y perceptivo. Eupneico y afebril. Glasgow 15. EEII sin edemas, ni signos de TVP. Diuresis mantenida. Sin hábitos tóxicos.

Auscultación cardíaca: taquicardia, sin soplos.

Auscultación en los pulmones: se aprecia un murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Abdomen a la palpación es blando, depresible, no doloroso, no se presencian masas ni megalias. Sin signos de peritonismo. Peristaltismo conservado.

ECG: ACxFA a unos 118x'.

El siguiente proceso de enfermería y su auxiliar comprenderá la estancia del paciente en el box de vitales en urgencias, con el objetivo de identificar y cubrir las necesidades potenciales y surgidas.

El enfermero y su auxiliar realizan una entrevista al paciente para determinar las 14 necesidades de Virginia Henderson en la escala.

4 Discusión-Conclusión

Fernando refiere que ha cedido ese disconforme torácico, ya no presenta cortejo vegetativo asociado y no está tan taquicárdico. Sin embargo, todavía está con un ritmo de fibrilación auricular, por lo que se decide derivar a sala de observación. Allí, se le realizará una serie de enzimas cardíacas para valorar su estado y evolución clínica. Por la parte que le toca a enfermería y al tcae, se continúa cuidando al paciente, manteniendo la monitorización y control exhaustivo de las constantes, administrándole del tratamiento antiarrítmico pautado.

Estando en sala de observación, Fernando entra en ritmo sinusal y sus resultados analíticos están dentro de la normalidad, por lo que recibe el alta médica con una pauta que siga en su domicilio de anticoagulante oral.

Tras la ejecución del tratamiento pautado, el enfermero y el tcae evalúa la situación en la que se encuentra el paciente y cree que se ha cumplido satisfactoriamente gran parte de los objetivos propuestos por las dos partes. De todas formas, los objetivos de conducta de pérdida de peso y adhesión a una dieta saludable y al tratamiento anticoagulante requieren un mayor tiempo de seguimiento y una mayor constancia por parte del paciente por lo que se le remite para su seguimiento a atención primaria.

5 Bibliografía

1. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.

2. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones en enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

Capítulo 108

CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO QUE INGRESA EN UCI

MARÍA DEL PRADO TEJADO RODRÍGUEZ

MARTA RODRÍGUEZ MAESO

MARÍA ELENA BERMÚDEZ NAVAS

EVELIA DÍAZ FERNÁNDEZ

EVA SIMÓN RIVERA

1 Introducción

Existen avances en el diagnóstico y tratamiento de los sucesos coronarios agudos que han beneficiado a la población, por el aumento de la supervivencia y la mejor calidad de vida después de un episodio concreto, gracias a la utilización de estrategias como la creación de unidades de dolor específicamente torácico en muchos hospitales, cuyo objetivo es conocer la frecuencia de estos factores de riesgo cardiovasculares en la población, agilizar esta atención a los pacientes para incrementar el acierto del diagnóstico y que se establezcan las guías de manejo existentes, disminuir costes y mejorar los pronósticos.

Se conocen las publicaciones y estadísticas de los países desarrollados, pero en nuestro país, los datos son muy difíciles de obtener aunque en los últimos años hay datos de mayor prevalencia e incidencia de la enfermedad coronaria. Son muchos los estudios con los que se cuenta con suficiente información por el registro de los análisis de prevalencia y sus factores de riesgo cardiovascular que se han realizado en siete ciudades Españolas (1564 madrileños de 13450 pacientes españoles), de los cuales se ha documentado que los factores de riesgo más habituales son el tabaquismo (25%), obesidad (20%), síndrome metabólico (18%), hipertensión arterial (17%), hipercolesterolemia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada tres segundos se produce una muerte por enfermedad cardiovascular en el mundo, cada diez segundos dos infartos de miocardio y cada doce segundos un par de eventos cerebrovasculares, esto se sitúa en que la cardiopatía isquémica es la responsable de más de un 40% de muertes en todo el mundo, siendo la principal causa de muerte.

2 Objetivos

Mostrar los cuidados del auxiliar de enfermería ante el paciente con síndrome coronario agudo que ingresa en UCI.

3 Caso clínico

Agustín es un varón de 77 años que es traído en ambulancia e ingresado en una unidad de cuidados intensivos del hospital universitario de Getafe por deterioro del estado general desde hace dos semanas con marcado empeoramiento en los últimos dos días. Refiere opresión precordial con aparición de disnea de mínimos esfuerzos, no de reposo, así como artralgias generalizadas y febrícula.

El paciente ingresa consciente y orientado, algo inquieto. A la exploración que se le practica destaca soplo pansistólico con acidosis metabólica y lactato de 11 mmol en analítica de sangre. Una radiografía de tórax desvela que es compatible con signos de descompensación cardíaca aguda.

Refiere dolor precordial precisando administrar cloruro mórfico en bolo refiriendo el paciente una mejoría.

Se le realiza un ecocardiograma observando pseudo aneurisma septo-apical, con CIV, válvulas normofuncionantes, FEVI conservada y derrame pericárdico circunferencial de grado moderado sin signos de descompensación hemodinámica. Presenta derrame pleural derecho.

En TAC apunta una leve cardiomegalia. Disminución de espesor de miocardio en los segmentos basal y medial anteroseptales del ventrículo izquierdo con probable antecedente de IAM.

Se le coloca de balón de contrapulsación intraaórtico y se valora intervención quirúrgica para cierre de CIV apical después del infarto.

El paciente es diagnosticado de síndrome coronario agudo con elevación del ST. En ritmo sinusal. Hipotensión que precisa vasoactivos, Noradrenalina, a dosis bajas. Precisa administrar cargas de volumen con gelafundina.

Presenta ligera disnea, recibiendo tratamiento con oxigenoterapia en gafas nasales a un flujo de 4 litros.

Portador de balón de contrapulsación intraaórtico ciclado, canalizado en extremidad inferior derecha. Pulsos presentes. Se aprecia buena coloración y perfusión de la extremidad canulada.

Edemas en extremidades inferiores y una diuresis en descenso precisando tratamiento con furosemida en perfusión continua controlada por el auxiliar de enfermería.

Al ingreso el paciente precisó cloruro mórfico para control del dolor precordial. Ahora presenta mejoría, precisando paracetamol en determinadas ocasiones, se mantiene un control sobre el paciente con ayuda del celador y el auxiliar de enfermería en sus cuidados.

4 Discusión-Conclusión

Después de hacer las actividades descritas a lo largo de una semana desde que el paciente ingresa, se consiguieron alcanzar algunos de los objetivos propuestos.

En cuanto al diagnóstico de insomnio, se han aplicado medidas para mejorar los factores ambientales regulando la iluminación y minimizando al máximo los ruidos; y en colaboración con el médico, que prescribió fármacos, el paciente aumentó las horas de descanso y además refiere una mejor calidad de este.

Durante las primeras horas del ingreso el paciente refiere dolor agudo intenso evidenciado a través de un aumento de la frecuencia cardiaca, sudoración e inquietud que se resolvieron a través de la administración de cloruro mórfico intravenoso. Manifestó el paciente mejoría en la intensidad y frecuencia del dolor consiguiendo ser este controlado. Durante la primera semana presentó dolor que cabeza que remitió con el paracetamol.

En cuanto al autocuidado: la necesidad fue suplida en parte por el enfermero y el tcae debido a la prescripción de reposo absoluto y la limitación de movimientos de extremidades superiores, siendo la suplencia de las funciones mayor en los

primeros días del ingreso y mejorando a los siete días. El paciente consiguió beber agua cuando se le acercaba el vaso, así como logró cortar los alimentos y manejar los utensilios de manera autónoma.

Se presentó riesgo de deterioro de la eliminación intestinal: estreñimiento. Se le proporcionó una relativa intimidad adecuada y los dispositivos necesarios para la evacuación y una posterior higiene posterior.

La ausencia de un núcleo social de apoyo ha derivado en el paciente en un claro incumplimiento del régimen terapéutico. Se le ha preguntado acerca de los conocimientos que tenía sobre su estado de salud y la importancia de seguir el tratamiento farmacológico por unos conocimientos deficientes. Se le instruyó sobre la importancia del cuidado de la salud para evitar complicaciones en su salud.

5 Bibliografía

1. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6º Edición. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª Edición española. Barcelona: Elsevier; 2014.

Capítulo 109

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA FRENTA AL SÍNDROME AÓRTICO

MARÍA DEL PRADO TEJADO RODRÍGUEZ

MARTA RODRÍGUEZ MAESO

MARÍA ELENA BERMÚDEZ NAVAS

EVELIA DÍAZ FERNÁNDEZ

EVA SIMÓN RIVERA

1 Introducción

El conocido como síndrome aórtico que no es de tipo traumático se agrupa en unos pacientes con unas condiciones clínicas y unas características comunes como dolor torácico que es agudo, una hipertensión arterial y distintos tipos diferentes de afectación intramural de la arteria aorta, suele ser de carácter hemorrágico en casi todas sus formas.

Las tres entidades que son, una disección aórtica clásica, un hematoma intramural o una úlcera penetrante en la aorta. Siguen un curso diverso dependiendo del tipo y de su localización. La fisiopatología puede ser diferente y coexisten varias en el mismo paciente, y pueden evolucionar yendo de un tipo a otro, no siendo fácil encontrar el cuadro o mecanismo iniciador. Pueden ser fulminantemente letales, o desarrollar cuadros aneurismáticos oseudo. También es habitual encontrar algunas evoluciones relativamente benignas en estas tres entidades, lo que hace más difícil elegir una opción terapéutica adecuada. Se incluye en otro

cuadro aórtico con una etiología distinta, compartiendo con los tres anteriores su carácter que es agudo agudo, la necesidad de un diagnóstico rápido y acertado es fundamental, las técnicas quirúrgicas que puede sucederse y la posible evolución hacia la muerte del paciente si el tratamiento no es correcto.

Los cuidados del auxiliar de enfermería son numerosos en este tipo de pacientes como la toma de constantes e informar al enfermero y el cuadro médico puntualmente del estado del paciente y sus cambios.

2 Objetivos

Con este caso clínico pretendemos mostrar el síndrome aórtico agudo y sus cuidados en la Unidad intensivista bajo nuestra experiencia como auxiliares de enfermería.

3 Caso clínico

Varón de 77 años sin controles médicos recientes y sin antecedentes de enfermedades crónicas, que acudió al servicio de urgencias del Hospital Virgen del Valle de Toledo por dolor de espalda que había iniciado hacía 3 semanas tras un movimiento de estiramiento de brazos.

Dado el tiempo de evolución y sus pocos factores de riesgo asociados, fue clasificado inicialmente como dolor no urgente, pero tras realizar una anamnesis más detallada se identificó la posibilidad de que su dolor estuviera en relación con patología aórtica, motivo por el que se inició monitorización y se continuó con la anamnesis en la que además contó que al momento del inicio el dolor, éste era de gran intensidad y localizado en región interescapular, acompañándose de mareo, disnea y astenia, obligándolo a permanecer en decúbito. Tras esperar unas horas tuvo mejoría del dolor y de su sintomatología, pero el dolor, aunque de menor intensidad, permaneció de manera constante, con aumento de la intensidad en horas nocturnas, siendo este empeoramiento que sufría en las noches lo que lo obligaba a pedir una valoración médica.

Exploración y pruebas complementarias:

A la exploración física destacaba una presión arterial de 178/102 mmHg sin taquicardia, y una masa pulsátil que abarcaba todo el mesogastrio, no dolorosa a la palpación.

Tomografía de tórax con contraste:

Aorta torácica aumentada de calibre en toda su longitud con una disminución de la luz por una colección intramural que se extiende desde la salida de la arteria subclavia izquierda hasta el inicio de la aorta abdominal con diferentes densidades de predominio hipodenso, con áreas de hiperdensidad en su interior lo que sugiere un hematoma aórtico crónico agudizado con sangrado activo.

Tomografía de abdomen con contraste.

Aorta abdominal elongada con un aneurisma de 8,5 cms de diámetro transversal que se extiende de manera fusiforme por todo su recorrido, alcanzando a nivel de arterias renales un diámetro de 4 cms y extendiéndose hasta la salida de tronco celíaco y extendiéndose hasta el inicio de las arterias ilíacas.

Impresión diagnóstica.

Dissección aórtica.

Hematoma aórtico intramural crónico agudizado.

Aneurisma de aorta abdominal.

4 Discusión-Conclusión

El síndrome aórtico abarca distintas formas de afectación de la arteria aorta con distintas presentaciones que varían según el caso por su gravedad y mortalidad, siendo la mayoría de los casos muy elevada. Por esta causa es importante que se conozca su historia natural y las diferentes formas que tiene de presentarse para reconocerlas en el servicio de urgencias por el dolor torácico, dorsal, abdominal o lumbar entre otros.

Dentro de los numerosos factores de riesgo, la hipertensión arterial es uno de los factores más importantes y frecuentes pero también son el sexo masculino, mayor de 60 años, hipertensión arterial, historia de cardiopatía, tabaquismo y antecedentes familiares de aneurisma de la aorta entre otros.

5 Bibliografía

1. Hiratzka LF, et al. 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM guidelines for the diagnosis aaccf/aha/aats/acr/asa/sca/scai/sir/sts/svm guidelines for the diagnosis and management of patients with thoracic aortic disease: a report of the american college of cardiology foundation/ american management of patients with Thoracic Aortic Disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice

Guidelines, American Association for Thoracic Surgery, American College of Radiology, American Stroke Association, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of Thoracic Surgeons, and Society for Vascular Medicine. *Circulation*. 2010; 121(13): e266–369.2.

2. Neschis DG, Scalea TM, Flinn WR, et al. Blunt aortic injury. *N Engl J Med* 2008; 359:1708-16.3.

3. Mussa F et al. Acute Aortic Dissection and Intramural Hematoma. A Systematic Review. *JAMA*. 2016; 316(7):754-763.4.

Capítulo 110

TCAE- TIPOS DE DOLOR

CATALINA PAZ MARTÍNEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La consulta médica más frecuente es por el dolor, identificar, localizar y diagnosticar su procedencia es primordial para facilitar un tratamiento paliativo adecuado al paciente.

Según la (IASP) Asociación Internacional para el estudio del dolor:

“El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”.

El dolor es una alarma que nos indica que algo anómalo está ocurriendo en nuestro organismo. Debemos tratarlo como un síntoma porque es subjetivo, hay que recabar información en la anamnesis para encontrar la causa.

Fisiológicamente, cuando el dolor supera un nivel mínimo en el umbral, la señal dolorosa que transmiten las fibras nerviosas (nociceptores) se dirigen hacia el sistema nervioso central a través de los nervios periféricos en dirección al cerebro, médula espinal y entran por las raíces dorsales y desde allí hasta el tálamo, donde se hace consciente la sensación del dolor, su intensidad y su localización.

No todo el cuerpo duele, por ejemplo, no duele los líquidos, la sangre, la orina, los pulmones, los huesos, el cerebro, el hígado; si duele la piel, músculos en general, nervios, meninges, pleura.

También hay dolores como el funcional o psicógeno que son de origen psíquico o mental o el dolor somático dolor superficial y dolor profundo que se refiere al visceral, dolor diferido que es el dolor diferente a la zona donde se origina y el dolor fantasma, cuando hay una amputación y el miembro ya no existe.

La clasificación del dolor según su duración:

- Agudo: duración limitada, desaparece con la causa que lo ha producido, se suele controlar con analgésicos y puede estar acompañado de otros signos como sudoración, aumento frecuencia cardíaca, palidez, presión arterial.
- Crónico: típico de los pacientes con cáncer, enfermedades neurológicas, pueden llegar a generar depresión, ira, frustración, cambio de vida en el paciente por su larga duración. Estos dolores son tratados con medicación específica.
- Recurrente: dolores que aparecen y desaparecen tras las crisis (migrañas).

2 Objetivos

Exponer el dolor en la valoración de un paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 de Google Académico, Google, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una vez diagnosticado el dolor, se hace una planificación de cuidados, la realización de estos y una evaluación (PAE), el TCAE colabora en estos.

La valoración si el paciente está consciente se puede hacer a través de un cuestionario:

¿Dónde le duele?

¿Cómo es el dolor?

¿Hacia dónde se dirige el dolor?

¿Desde cuándo le duele?

¿Cuándo le duele?

¿Cuánto le duele?

Las escalas que clasifican el dolor pueden ser:

Verbales : ausente, ligero, moderado, intenso, insoportable.

Visuales: el paciente señala en una recta desde ausencia hasta máximo dolor. Una variante de asocia los números del 1 al 10.

En niños escala de caras (Wong-Baker), en ancianos y pacientes con trastornos mentales Support Team Assessment Schedule (STAS), valoración del dolor del 0 al 4 (no hay dolor, dolor ocasional o leve, molestia moderada, dolor intenso, dolor insoportable), en estos pacientes es difícil determinar el dolor a causa de sus trastorno mental, emocional y físico.

Los fármacos que se administran para aliviar el dolor son los analgésicos como: Paracetamol, dolor moderado, leve y antipirético (puede ser tóxicos pacientes con insuficiencia hepática).

Ácido acetilsalicílico, actúa sobre el dolor, inflamación y antipirético (puede producir irritación gastrointestinal, efecto anticoagulante).

(AINE) Antiinflamatorios no esteroides, analgésicos y antipirético (puede producir toxicidad gastrointestinal y renal).

Opioides (narcóticos) débiles, similar a la morfina, analgésico que actúa en el sistema nervioso central para inhibir el dolor (Codeína, Dihidrocodeína, Tramadol), pueden producir efectos secundarios como estreñimiento, náuseas, vómitos, somnolencia, entre otros.

Opioides (narcóticos) potentes, dolor moderado e intenso. Morfina (cautela con pacientes con problemas renales y hepáticos), Fentanilo (acción potente e inmediata), Metadona (respuesta óptima al dolor neuropático).

Coanalgésicos que se utilizan junto a los analgésicos como, Corticoides (disminuyen la inflamación, dolor neuropático, somático o visceral), Antidepresivos (tratamiento para la depresión, dolor neuropático), Benzodiacepinas (relajante muscular, disminuye la ansiedad, ayudan a conciliar el sueño), Anticonvulsivantes (convulsiones pacientes epilepsia, dolor neuropático), Neurolépticos (analgésico, dolor rectal), Bifosfonatos (disminuyen la destrucción ósea, indicado para el dolor de la metástasis ósea).

Los objetivos del TCAE son mantener el bienestar del paciente como aumentar la comodidad, evitar que se produzca más dolor (mantener limpia y estirada la cama), observar si tiene muy apretado un vendaje, mantener una escucha activa para que el paciente se sienta confiado para informar de un dolor, bien sea de modo físico o visual.

Ofrecer técnicas para distraer la atención cómo utilizar la imaginación, contar objetos, leer, ver la televisión, escuchar música, cantar, conversaciones agradables, abrazar, acariciar la mano, deambular, ejercicios de respiración, cambios posturales, realizar juegos de mesa, ordenador, etc.

Conseguir un ambiente relajado, iluminación, temperatura adecuada, evitar ruidos ayuda a la ansiedad, anima al descanso y fomenta el sueño.

Ofrecer ayuda de fisioterapia (masajes, estimulación), profesionales en psicológica, psiquiátrica.

El TCAE puede ayudar a entender al paciente la causa del dolor, la duración, las pruebas diagnósticas que se le puedan realizar, efectos secundarios que puede producir la medicación, informar sobre las dudas que la familia que tenga sobre el dolor.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente no se han conseguido tratamientos para muchos tipos de dolor. Los especialistas intentan que el dolor no sobrepase al paciente, para que este pueda seguir haciendo una vida normal para si mismo y los que le rodean.

En algunos casos se necesitan especialistas del dolor para las personas con dolor crónico y pueden llegar a necesitar de “unidades del dolor” en las cuales serán atendidos y tratados por equipos multidisciplinares (anestesiólogos, psicólogos, médicos especialistas, enfermeros, TCAE) que le ayudarán a vivir con el dolor de una forma activa si no existe un tratamiento para resolver el dolor.

También existen terapias complementarias para paliar el dolor, osteópatas, quiroprácticos, acupuntura. Mantener la actividad física y mental, actividad social con amigos y familiares, aprender a relajarse pueden también ayudar a controlar el dolor.

6 Bibliografía

1. <https://scielo.isciii.es>
2. <https://www.dolor.com>

Capítulo 111

ABORDAJE DEL PERSONAL SANITARIO EN LA INCONTINENCIA URINARIA

NAZARET DE SOUSA GARCÍA

AITOR ECHEZARRETA ORTIZ

JESÚS JAVIER CASTRO MENÉNDEZ

ANAMARIA MERCA

MARTA PÉREZ SANJURJO

1 Introducción

Podemos definir la incontinencia urinaria como la pérdida del control de la vejiga o la incapacidad de controlar la micción (orinar). Es una afección muy común en las personas y que puede variar desde un problema de menor importancia hasta algo que puede afectar en gran medida a su vida cotidiana. En cualquier caso, puede mejorar con un tratamiento adecuado. Esa pérdida involuntaria de orina supone un problema social e higiénico para el individuo, y a pesar de no ser un problema grave de salud tienen repercusiones en la calidad de vida de los pacientes que la sufren.

Según los estudios, su prevalencia es mayor en las mujeres que en los hombres y su incidencia aumenta proporcionalmente a medida que aumenta la edad.

En cuanto a los síntomas de la incontinencia urinaria la podemos clasificar en:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo: es la forma más común en ancianos y en mujeres de menos de 75 años y se debe a la pérdida de orina de forma involuntaria cuando se hace un esfuerzo que provoca un aumento de la presión abdominal.
- Incontinencia urinaria de urgencia: es más común entre la población mayor de 75 años y se debe a la pérdida de orina que se acompaña de un deseo de eliminación de forma urgente y de aparición súbita.
- Incontinencia mixta: es más común en mujeres jóvenes y durante la post menopausia. Se trata de la suma de los síntomas de las dos anteriores.

2 Objetivos

Identificar las principales intervenciones del personal sanitario en el abordaje de la incontinencia urinaria tanto en el paciente adulto como en el anciano, así como distinguir los tipos de incontinencia urinaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para ello se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando los diferentes artículos científicos que tenían contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Hoy en día, la incontinencia urinaria se ha convertido en un problema de salud muy frecuente en la población de avanzada edad, llegando a considerarse como un síndrome geriátrico, tanto por prevalencia tan elevada en este tipo de población como por las consecuencias que les genera, ya que esa incontinencia urinaria está directamente relacionada con un mayor riesgo de sufrir úlceras por presión en zonas sacra y perianal o incluso riesgo elevado de padecer una sepsis. Por todo ello el personal sanitario debe de realizar un plan de cuidados teniendo en cuenta el tipo de incontinencia que padece, así como los factores de riesgo y las capacidades que dicho paciente posee para su autocuidado.

Sería muy interesante, por parte de los profesionales sanitarios, prevenir la aparición de esos riesgos a través de una detección precoz de los problemas de salud

y de este modo establecer cuáles son los diagnósticos más adecuados y, seguidamente, llevar un plan de cuidados individual y personalizado para cada paciente.

Entre las acciones a llevar a cabo por el personal sanitario, destacan las siguientes en función del tipo de incontinencia que tengan:

Incontinencia urinaria de esfuerzo: Las acciones se deberían centrar en fortalecer la musculatura del suelo pélvico, utilizando, por ejemplo, los ejercicios de Kegel y evitar el consumo de sustancias excitantes (café, té).

Incontinencia urinaria de emergencia: los cuidados a realizar serían la realización de un calendario miccional, donde el paciente tomará nota de la frecuencia con la que surgen los episodios de incontinencia, anotar la ingesta de líquidos, utilizar ropa cómoda y que no le aprete con el propósito de que en el momento en el que surja el episodio de incontinencia el paciente pueda quitársela con mayor facilidad. También deben evitar o disminuir el consumo de sustancia excitantes.

5 Discusión-Conclusión

Tras lo visto en los apartados anteriores y como conclusión final podemos concluir que la incontinencia urinaria a pesar de no ser una enfermedad grave, supone un problema que pone en riesgo la vida de la persona, y que con el paso del tiempo afecta a la calidad de vida tanto del paciente como de su entorno familiar.

Esta patología supone un lastre para el paciente afectando negativamente a sus relaciones sociales, sexuales y psicológicas, afectando de forma negativa a su calidad de vida.

Aunque esta patología afecta a todas las etapas de la vida y a ambos sexos, se da mayormente en mujeres y en personas mayores. En hombres, la incontinencia de urgencia es el tipo más prevalente, mientras que en mujeres jóvenes es la incontinencia por estrés y en mujeres de mayor edad es la incontinencia mixta.

6 Bibliografía

1. Mazariegos, S. T. (2013). Diagnóstico y abordaje de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(606), 307-312.
2. Martín Tuda, C., & Carnero Fernández, M. P. (2020). Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. *Enfermería*

Global, 19(57), 390-412.

3. Campillos-Cañete, M., González-Tamajón, R. M., Berlango-Jiménez, J., & Crespo-Montero, R. (2021). Incontinencia urinaria: causas y cuidados de enfermería. Una revisión bibliográfica. *Enfermería Nefrológica*, 24(1), 25-37.

Capítulo 112

LA ETAPA DEPRESIVA DEL ANCIANO EN ATENCIÓN PRIMARIA

PRADO ZAPATA RETAMOSA

ALICIA MEDINA FERNÁNDEZ

FRANCISCA CERRATO SAMPABLO

MARIA ISABEL RODRÍGUEZ MORENO

VANESA ÚBEDA VENDRELL

1 Introducción

La depresión en los ancianos es uno de los trastornos más frecuentes y difíciles de detectar, debido a que el elevado número de enfermedades que suelen padecer lleva emparejado un decaimiento en el estado de ánimo, que puede desembocar en una depresión.

La incapacidad física que sufren muchos mayores, junto a la dependencia de familiares, y en muchas ocasiones la pérdida de éstos y la poca vida social, son factores de riesgo demostrado del desequilibrio emocional y el inicio de la enfermedad depresiva. Es común que estos pacientes se aislen de su familia y de sus amistades y de su entorno social, lo que hace que se encuentren depresivos y sientan solos y aislados, provocando situaciones de tristeza, ira y frustración, que pueden durar semanas, meses, o incluso años.

Esta depresión en los ancianos es uno de los problemas generalizados con más tentativas de suicidio en comparación con otras enfermedades y con otros rangos de edad, teniendo un pronóstico más desfavorable y con muchas más recaídas que en pacientes más jóvenes con la misma patología.

Asimismo, suelen asistir al servicio de salud de atención primaria con más asiduidad que el resto de ancianos que no sufren esta patología, lo que conlleva una mayor dedicación de recursos hacia ellos, y un mayor coste para el sistema de salud.

Independientemente del incremento de atención médica, un elevado número de estos pacientes no es diagnosticado.

2 Objetivos

Exponer la etapa depresiva del anciano en atención primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En el anciano existen múltiples causas que pueden desencadenar una depresión, como la pérdida de su cónyuge o de amistades cercanas, la disminución de su independencia como consecuencia de una falta o reducción de la movilidad, la soledad, la bajada de ánimo como consecuencia de enfermedades propias de la edad, o incluso el internamiento en residencias para la tercera edad.

Todo esto provoca estados de ansiedad, fatiga, falta de interés, pérdida de la autoestima, así como sentimientos de culpa, los cuales pueden desembocar en una situación de depresión, la cual, una vez que se produce puede durar semanas, meses, o incluso años.

En este tipo de pacientes es de importancia el diagnóstico lo más temprano posible de la enfermedad por lo que deben observarse indicios como tristeza, falta de expresividad, aislamiento, demanda de atención excesiva, cambios de conducta o de hábitos como abuso del alcohol u otras sustancias, irritabilidad, e incluso falta de memoria, que frecuentemente suele asociarse a un posible deterioro cognitivo, pero que puede ser un signo indicativo del inicio de una fase depresiva.

Una vez diagnosticada la enfermedad el tratamiento puede ser bien con psicoterapias que le permitan enfrentarse a los problemas que han desencadenado la enfermedad, como con tratamientos farmacológicos que faciliten el proceso antidepressivo consiguiendo una mejora en la salud y en la calidad de vida de este tipo de pacientes.

Para mejorar la salud mental del paciente hay que tener en cuenta otros factores que puedan desencadenar este trastorno como pueden ser; mantener al anciano en un óptimo estado de salud, conseguir una buena calidad del sueño, procurar una buena movilidad, evitar el estrés, mejorar el estado de ánimo, y evitarle el aislamiento social.

Como complemento a la terapia con psicofármacos y la psicoterapia en el tratamiento de la depresión en ancianos, también se recomienda realizar actividades físicas como caminar o ejercicios físicos adecuados a su edad.

5 Discusión-Conclusión

La depresión del anciano se engloba dentro de las enfermedades mentales comunes en las que el anciano pasa por una situación difícil de aceptar, por lo que hay que estudiar y observar sus síntomas llegando a un diagnóstico precoz, para lo que existen escalas que ayudan a valorar la evolución del paciente y posteriormente poder establecer un plan de cuidados.

La mejora de la movilidad física es uno de los factores positivos que pueden ayudar a disminuir la depresión del anciano. Y en cuanto al tratamiento, aparte de los fármacos psicofármacos, existen terapias físicas, como la terapia electroconvulsiva (TEC) o psicoterapias, con las que se consiguen muy buenos resultados.

6 Bibliografía

1. "Plan de cuidados para ancianos con depresión: a propósito de un caso". Gómez Conde Rosana y Cases Jordán Cristina. www.scielo.es (Scientific Electronic Library Online).
2. "Depresión en el anciano", www.quironsalud.es blog.
3. "Depresión en el anciano", Gómez Ayala Adela Emilia, www.elsevier.es.
4. "Depresión en ancianos, Revista de la Facultad de Medicina de Bogotá". Peña Solano Diana Marcela, Herazo Dilson María Isabel, Calvo Gómez José Manuel.
5. "El tcae cuidando la depresión en la vejez", Conca Delgado Mª Jesús, Sánchez López Inés, González Molina Yolanda, www.scielo.iscii.es.
6. "Tratamiento de la depresión en el anciano", Hidalgo Pulpeiro Carolina, Agudín Barrero Noelia, www.npunto.es.

Capítulo 113

LA ODONTOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

PRADO ZAPATA RETAMOSA

ALICIA MEDINA FERNÁNDEZ

FRANCISCA CERRATO SAMPABLO

MARIA ISABEL RODRÍGUEZ MORENO

VANESA ÚBEDA VENDRELL

1 Introducción

La odontología estudia el diagnóstico, prevención y el tratamiento de todas las enfermedades relacionadas con el aparato estomatológico, donde se incluyen los dientes, el tejido periodontal, las encías, las articulaciones mandibulares, y los dos maxilares.

La odontología se divide en varias especialidades, como son:

- La conservadora que engloba empastes, selladores, endodoncias, implantes, limpiezas bucales, etc.
- La cirugía oral que es la parte encargada de las extracciones quirúrgicas, como los cordales incluidos, y otras patologías como el cáncer oral.
- La ortodoncia que es la encargada de tratar los casos de labio leporino, así como de los traumatismos bucales y paladar ojival entre otras cosas.

Las patologías más frecuentes son las caries, que afectan a una gran mayoría de la población, junto con la periodoncia que es una de las más graves y más presentes

en el mundo. Junto a estas patologías están también el mal aliento, las tinciones, las erosiones dentales, el cáncer oral, la mala oclusión, o el bruxismo.

La OMS define la salud bucodental como “la ausencia de dolor bucal o facial, de infecciones o llagas bucales, de enfermedades de las encías, caries o pérdida de dientes u otras patologías, o trastornos que delimiten la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, que repercutan en el bien está psicosocial”.

2 Objetivos

Conseguir que se conozcan las principales causas de las enfermedades bucales para poder evitarlas con una correcta higiene de la boca y los dientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La higiene bucal es muy importante desde los primeros años de vida, es fundamental que los padres hagan un seguimiento del cuidado de los dientes en la edad infantil, inculcando buenos hábitos para conservar en buen estado de los dientes de los niños, evitando el abuso de dulces y siguiendo una buena dieta, para que su dentición llegue sana a la edad adulta. Si en la dentadura temporal hay caries, probablemente en la de adulto también las habrá, y, por lo tanto, se producirán dolores e infección, por lo que es aconsejable durante la edad infantil el uso de fluoruros, aplicar selladores, realizar una revisión por parte del dentista cada 6 o 12 meses y eliminar la placa bacteriana mediante buena higiene bucal desde que sale el primer diente en los primeros meses de vida, frotando los dientes y las encías con una gasa húmeda.

También es importante durante la alimentación en los bebés, no añadir al biberón o al chupete sustancias edulcorantes como azúcar o miel, ya que puede provocar en el futuro la aparición de caries.

En los adultos un método sencillo y eficaz es la eliminación de placa mediante un buen cepillado dental, con una frecuencia de al menos tres veces al día, acompañado del uso de seda dental, revelador de placa, colutorios orales y limpiador lingual, evitando así la caries y la enfermedad periodontal.

Y desde el punto de vista asistencial el TCAE tiene como función asistir al odontólogo y al bienestar del paciente.

- Acomodando al paciente.
- Limpiando filtros, escupideras, aspiradores y demás material.
- Esterilizado del material.
- Desinfectar las superficies.
- Observar al paciente por si sufre mareos, sudoración o palidez.
- Trasladar pautas de higiene bucodental para una mejora y prevención.
- Debe conocer todo el material para proporcionárselo al odontólogo cuando lo necesite en cada momento.

5 Discusión-Conclusión

- Hay que hacer hincapié en una buena salud bucodental desde los primeros meses de vida para tener una boca sana y poder conservar la dentición, siendo aconsejable realizar tres cepillados diarios, así como enjuagues con colutorios orales preferiblemente sin alcohol.
- Se debe tener una buena alimentación y evitar el consumo de azúcares, café y tabaco.
- En la edad infantil se aconseja la colocación de selladores dentales para evitar la aparición de caries y la aplicación de flúor, que debe realizarse en clínicas especializadas.
- Por último, es recomendable visitar al odontólogo cada seis meses o, al menos, una vez al año.

6 Bibliografía

1. www.Kenpharma.com
2. www.consejodontistas.es
3. www.esproden.com
4. “Técnicas de ayuda a la odontología y estomatología” de Macmillan Profesional
5. www.wikipedia.es

6. www.quironsaluddental.es.

Capítulo 114

LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE OBESO

PRADO ZAPATA RETAMOSA

ALICIA MEDINA FERNÁNDEZ

FRANCISCA CERRATO SAMPABLO

MARIA ISABEL RODRÍGUEZ MORENO

VANESA ÚBEDA VENDRELL

1 Introducción

La obesidad es una enfermedad basada en la tenencia de una gran cantidad de grasa corporal. Esta enfermedad no solo afecta al aspecto físico de la persona, sino que también es un problema médico que lleva a un aumento del riesgo de enfermedades y otros problemas como la presión arterial, diabetes, enfermedades cardíacas, colesterol alto, apneas del sueño, y algunos cánceres, e incluso problemas de higiene.

Para identificar estos problemas y poder hacer un diagnóstico, hay que hacer un examen médico, teniendo en cuenta si hay antecedentes familiares de obesidad, conocer hábitos del paciente como la dieta, si hace ejercicio o lleva una vida sedentaria.

La obesidad afecta a una gran parte de la población incluyendo a los niños, por eso la prevención es muy importante desde los primeros años de vida, inculcando

a los niños buenos hábitos alimenticios, evitando grasas saturadas, azúcares, fomentar prácticas deportivas evitando así el sedentarismo, siendo esto una de las causas principales en nuestro país, triplicándose desde 1975 en todo el mundo y en consecuencia el aumento del coste sanitario.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define:

- “Sobrepeso = IMC igual o superior a 25”.
- “Obesidad = IMC igual o superior a 30”.
- “En el caso de los niños hay que tener en cuenta la edad para definir el sobrepeso o la obesidad”.

2 Objetivos

Conocer el paciente obeso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Índice de masa corporal según grupos de edad y periodo *.

Unidades: porcentaje de población de 18 y más años.

De los datos del cuadro inferior podemos deducir los resultados siguientes:

- Los casos de obesidad son generalmente superiores en hombres que en mujeres.
- A mayor edad se producen más casos de obesidad en general, tanto en mujeres como en hombres.
- Se observa un incremento de casos de obesidad en hombres frente a las mujeres en la franja de edad de 55 a 74 años, y a partir de los 75 años se invierte la tendencia, siendo mayores los casos de obesidad en mujeres que en hombres.
- El pico más alto en hombres se da entre los rangos de edad de 55 a 64 años, y de 65 a 74 años, y los picos más bajos en los rangos de edad de 18 a 24 años y de 25 a 34 años.

- El pico más alto en mujeres se da entre los rangos de edad de 65 a 74 años, y de 75 a 84 años, y los picos más bajos en los rangos de edad de 18 a 24 años y de 25 a 34 años.
- En los picos más altos el paciente tiene obesidad extrema, lo que quiere decir que tiene un IMC de 30 o más.
- Cuando el IMC es de 35 o 39,9 se considera una situación grave que puede producir enfermedades como presión arterial alta, diabetes, etc, que suelen estar relacionadas con el peso, por lo que es aconsejable que el paciente cambie su estilo de vida haciendo ejercicio diario, dejando a un lado el sedentarismo y realizando una dieta adecuada.

	E. Europea de Salud 2020		E. Nacional de Salud 2017	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Obesidad ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$)				
Total	16,5	15,5	18,2	16,7
De 18 a 24 años	4,6	4,7	8,4	7,9
De 25 a 34 años	9,5	10,3	11,1	10,6
De 35 a 44 años	15,8	13,1	16,2	12,9
De 45 a 54 años	18,9	15,3	20,5	15,7
De 55 a 64 años	23,2	18,6	25,2	18,8
De 65 a 74 años	22,4	21,9	24,7	26,3
De 75 a 84 años	17,5	23,5	18,1	28,0
De 85 y más años	12,7	20,5	14,0	20,6

* Datos obtenidos de la página del Instituto Nacional de Estadística

5 Discusión-Conclusión

La obesidad es un problema cada vez más generalizado en la población, debido principalmente a los malos hábitos alimenticios y al sedentarismo, así como que no se percibe como una causa que puede provocar diversas enfermedades graves como diabetes y tensión arterial alta.

Con una dieta equilibrada y la práctica periódica de ejercicio puede conseguirse una reducción de peso, lo que conlleva una mejor calidad de vida y una disminución del sobrepeso o de la obesidad.

Por ello, desde la infancia debe enseñarse a los niños unas buenas pautas de alimentación, así como fomentar la práctica de deportes y vida activa, que pueda invertir el incipiente aumento de sobrepeso que se ha producido en estos dos últimos años como consecuencia del confinamiento a causa de la pandemia.

6 Bibliografía

1. www.estatista.com.
2. www.mayoclinic.org.
3. www.semergen.es.
4. who.int/es.
5. Libro en técnicas básicas de enfermería, Macmillan Profesional, Carlos Galindo, Regina Cardelus, Agustín García, Manuela Heredia, Concepción Ramos y Juan Ángel Muños.

Capítulo 115

ACOMPañAMIENTO E IMPORTANCIA DE LA PERSONA CON MOVILIDAD REDUCIDA

PILAR LUIS JAMBRINA

1 Introducción

A lo largo de nuestras vidas podemos pasar por situaciones de movilidad reducida y necesitamos que nuestro entorno esté accesible. No estaría de más que arquitectos, ingenieros, etc. pensarán en que es necesario que haya un entorno sin barreras para todas las personas, para así poder ser los más autónomos posible, si nos encontráramos con este tipo de situaciones por razones diversas.

Hay diferentes tipos o criterios que debemos saber para el acompañamiento de una persona con movilidad reducida:

1. Capacidad para caminar (acompañamiento guiado al lado de ella), suelen ser personas con un grado de movilidad alto.
2. caminar con muletas o provistos de un bastón (para este tipo de personas su movilidad es inestable) sería suficiente ir al lado de ellas.
3. Camina con andador (la persona puede desplazarse y ser autónoma, pero tiene la capacidad disminuida)
4. Para poder desplazarse necesita silla de ruedas (aquí su desplazamiento a pie es inexistente) dependiendo si esta es con motor o no, necesitará la ayuda de otra persona.

En función de los casos referidos anteriormente, hay técnicas que son muy útiles para poder ayudar a estas personas dependiendo de qué caso y qué grado de

movilidad posea.

2 Objetivos

Describir las técnicas que debemos usar para el buen acompañamiento de personas con movilidad reducida.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Movilidad está relacionado con el movimiento físico. Existen baremos para valorar el grado de capacidad motriz (condición física de la persona).

Muchas personas se ven restadas en su capacidad de desplazarse, pérdida de equilibrio, miedo y riesgo a caídas. Por ello se sienten más protegidas si son acompañados por otra persona o tienen en su poder algo genere cierto control y seguridad.

Actuaremos en función de las necesidades de cada persona:

Marcha guiada:

- Nos colocaremos al lado de ella un poco adelantado.
- En todo momento nos tiene que contemplar.
- Para que se sienta más protegido nos cogerá del antebrazo.

Acompañamiento con bastón:

- Nuestra posición será al lado de él o ella.
- Una de nuestras manos se pondrá en la parte baja de la espalda.

Para la marcha con andador:

- Siempre estaremos en su campo visual.
- Es aconsejable guiar el movimiento del andador coordinándolo con los pasos.

Silla de ruedas:

- Cuando subamos escaleras podrá hacerse de dos maneras de frente o de espaldas (en este caso se realizará cuando haya muchos escalones y es necesaria la colaboración de dos personas)

- Por el contrario cuando bajemos las escaleras se realizará también con la ayuda de otra persona y se hará de cara para poder así repartir el esfuerzo.

Aquellas personas que tienen movilidad reducida existen riesgos provocados de la misma como:

Pérdida de autoestima (ve que su vida puede cambiar, que en ocasiones puede necesitar la ayuda de otra persona y que no serán capaces de valerse por sí mismos).

Disminuye la tolerancia al esfuerzo.

Favorece la trombosis, respiratorio, trastornos en la piel, cardiovascular,

Los mayores problemas de inmovilidad reducida o total generalmente ocurre en edades avanzadas.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo de sufrir algún tipo de inmovilidad aumenta con la edad y el sexo, en las mujeres el porcentaje es más alto que en los hombres.

Cuando sufrimos algún tipo de inmovilidad bien sea una caída que será un tiempo limitado o, por otro lado, personas que definitivamente su pérdida de movilidad será para el resto de su vida. Sabemos que provocará tanto a la persona afectada como a su entorno un cambio importante en su calidad de vida. Por eso debemos en la medida que nos sea posible ser pacientes en lo que nos depara la nueva situación e intentar ser positivos porque eso será beneficioso para ambos.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

1. Santas.es .
2. Cuidado mayoresmalaga.org.
3. Ortoweb.com.

Capítulo 116

EFECTOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE LOS SANITARIOS

MARÍA TERESA VANESSA MARINERO CONDE

MARIA ERIKA VACA PAGADOR

MARÍA VANESSA BLANCO RAMOS

DANIELA GUTIERREZ ZULUAGA

1 Introducción

El Coronavirus conocido por Covid-19, es una enfermedad infecciosa provocada por el virus SARS-COV2. Esta enfermedad se identificó por primera vez en diciembre de 2019 en Wuhan (China), la pandemia mundial se declaró el 11 de marzo de 2020. Se propagó por todo el mundo causando una enfermedad respiratoria aguda. Los síntomas comunes de Covid-19 son: fiebre, tos y dificultad para respirar.

El SARS-COV2 se contagia de persona a persona entre contactos estrechos (dentro de 2 metros) a través de gotitas respiratorias cuando una persona está infectada tose o estornuda. El covid-19 se extiende por todo el mundo, los hospitales se ven muy afectados por la gran afluencia de pacientes contagiados, los gobiernos deciden imponer cuarentenas y prohibiciones para intentar frenar los contagios, llegando a declararse el Estado de alarma en España. El personal sanitario tras vivir altos niveles de estrés por la situación y sobrecarga de trabajo se ha visto

afectada su salud mental, generando síntomas de estrés, depresión, ansiedad e insomnio. Los profesionales sanitarios tras estar en primera línea y estar expuesto directamente al virus el impacto emocional del covid-19 se ve afectado. Los sanitarios se enfrentan a una situación de estrés muy intensa, se han visto en tareas en las que no estaban preparados.

2 Objetivos

- Exponer los efectos que ha derivado la pandemia por Covid-19 a los sanitarios.
- Destacar los efectos del Covid-19 en la salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El covid-19 es una enfermedad infecciosa provocada por el virus SARS-Cov-2. La gran mayoría de las personas que se contagia por covid-19 sufren síntomas de intensidad leve a moderada, en otras personas desarrollan casos graves y necesitan atención sanitaria. Las personas de la tercera edad y personas con otras patologías previas que los hacen más vulnerables se han visto más afectadas. Los principales síntomas son: fiebre, tos, cansancio, pérdida del gusto o del olfato entre otros, el virus puede propagarse desde la boca o la nariz de una persona infectada en pequeñas partículas líquidas que expulsan cuando tose, estornuda, habla o respira, e incluso si tocamos una superficie contaminada y acto seguido nos tocamos los ojos la nariz o la boca. Por su facilidad de contagio los centros hospitalarios se han visto afectados y, por lo tanto, se han colapsado en varias ocasiones, el personal sanitario ha sufrido las consecuencias, especialmente los que se encontraban en primera línea contra el Covid-19 sufriendo problemas de ansiedad, depresión, preocupación no solo por ellos mismos sino también por los suyos. Esta situación de estrés, pone en riesgo tanto la salud física como la salud mental, aparecen síntomas de ansiedad o depresión derivada por la compasión

hacia los pacientes que se atienden y su estado, otro motivo por el que la salud de los sanitarios se ha visto afectada es los problemas de insomnio por la sobrecarga de trabajo. En la actualidad los casos confirmados por covid-19 asciende a 5.339.992 personas en España, en Europa 89.212.745 y en el mundo 269.468.311 datos confirmados por la OMS en la actualidad diciembre 2021. Los datos de la vacunación en la actualidad: dosis administradas 80.647.211 números de personas con la pauta completa 37.721.347

5 Discusión-Conclusión

La Covid-19 repercute negativamente sobre la salud mental de las personas, de la población en general, en particular en los grupos más vulnerables. El confinamiento, las restricciones, la alteración de las costumbres y las rutinas diarias, han afectado a la actividad personal, laboral, educativa, económica y social entre otras.

El miedo a la enfermedad y preocupación sobre la propia seguridad y la de los seres queridos, ya que puede llegar a ser muy grave, incluso mortal. El sufrimiento que ha causado la soledad de personas hospitalizadas o ingresadas en residencias de mayores.

Las emociones y pensamientos negativos se extienden amenazando la salud mental de la población y los sanitarios, según la experiencia de pasadas epidemias y pandemias.

6 Bibliografía

1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <http://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 117

ESTRÉS DEL CUIDADOR

INMACULADA CARREÑO ALONSO

1 Introducción

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. 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. Los cuidadores se verían muy beneficiados por programas de intervención dirigidos a enseñarles a manejar la situación de estrés con la que han de enfrentarse al asumir ese papel. Sin embargo, hasta la fecha se han desarrollado pocas acciones en esta dirección y en la mayoría de los casos no se ha valorado de manera fehaciente la eficacia de las propuestas.

Así, pues, la mayoría de los cuidadores son familiares y gran parte de las personas que necesitan ayuda son personas mayores. Ciertamente, el cuidado formal, es decir, el cuidado profesional de los mayores, de iniciativa pública o privada, va aumentando cada vez más su presencia en nuestro país. Cada vez hay más profesionales remunerados que atienden a los mayores cuando lo necesitan. Pero, hoy por hoy, el cuidado informal además de ser el más numeroso, contribuye no solo a rellenar las lagunas de los servicios profesionales proporcionados por las entidades sociosanitarias, sino que además mantiene el bienestar del mayor, así como su calidad de vida y su seguridad.

2 Objetivos

Conocer la sobrecarga sentida por los cuidadores y las repercusiones que este rol representa sobre su calidad de vida, su salud en las esferas física, psíquica y social y su necesidad de utilización de los recursos sanitarios signos y síntomas del cansancio del rol del cuidador.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática en diversas bases de datos (Dialnet, PubMed y Cuiden), utilizando como descriptores las siguientes palabras mencionadas: estrés, cansancio, cuidador, ayuda, paciente y necesidades. Además, se ha buscado información en otras fuentes como revistas científicas y libros.

4 Resultados

Cuidar es una tarea con una doble vertiente, en la que el cuidador primero debe conocer las necesidades de la persona mayor y después saber cómo satisfacer esas necesidades. En función de la naturaleza del problema, cuidar puede requerir una pequeña cantidad de trabajo o una gran tarea, puede ser algo breve o que no se sabe cuándo va a finalizar. Cuando es una gran tarea o se prolonga durante mucho tiempo puede ser una rutina diaria que ocupa gran parte de los recursos y de las energías del cuidador. De hecho, la vida del cuidador en la mayoría de las ocasiones se organiza en función del enfermo, y los cuidados atencionales tienen que hacerse compatibles con las actividades de la vida cotidiana. Incluso en ocasiones, especialmente en las enfermedades crónicas y degenerativas, no son las atenciones las que se adaptan al horario de los cuidadores, sino que todo el horario se adapta en función del enfermo al que se atiende: horario laboral, de comidas, de vacaciones. Llegando algunos cuidadores a tener que abandonar sus trabajos por la incompatibilidad que conlleva trabajar fuera de casa y atender a su familiar enfermo; o a trasladarse de su propio hogar al del familiar enfermo para poder atenderle mejor. Ofrecen cuidados silenciosos, muchas veces durante una gran cantidad de años, día tras día, noche tras noche; todo el tiempo que parezca preciso. En algunos casos los mayores necesitan ayuda para ciertas actividades concretas, pero en otros la ayuda no es tan mínima, ni tan concreta, sino que necesitan asistencia para realizar algunas o muchas de las actividades diarias básicas.

Los cuidadores, en la práctica totalidad de las ocasiones, además de una atención instrumental de mayor o menor intensidad, prestan una atención emocional al familiar mayor del que están pendientes: le hacen compañía, escuchan sus inquietudes, se encargan de supervisar que el mayor “se encuentre bien”, “a gusto”, “todo lo tranquilo que pueda”, etc.

Además de los problemas físicos y emocionales, el cuidador principal experimenta importantes conflictos y tensiones con el resto de familiares. Conflictos familiares que tienen que ver tanto con la manera de entender la enfermedad y las estrategias que se emplean para manejar al familiar, como con tensiones relacionadas respecto a los comportamientos y las actitudes que algunos familiares tienen hacia el mayor o hacia el propio cuidador que lo atiende.

Los problemas del cuidador principal con el resto de los familiares es una fuente de tensión no solo habitual, sino también muy importante, pues genera un gran malestar en la mayoría de las ocasiones. Tener un familiar mayor que necesita ayuda suele desencadenar antiguos conflictos familiares o crear otros nuevos. Muchos cuidadores se aíslan de la red social, viven solo y exclusivamente para el familiar al que cuidan, transformando la díada cuidador-mayor dependiente en un sistema cerrado.

Por todo lo dicho parece que el cuidado informal de una persona mayor dependiente se relaciona con la aparición de numerosos problemas de diversa índole. De hecho, la atención de un mayor dependiente condiciona al cuidador con tal intensidad que hace que se les llegue a denominar víctimas o pacientes ocultos. Unos cuidadores tan afectados que pueden llegar a experimentar en numerosas ocasiones un deseo creciente de institucionalizar a su familiar.

Ciertamente, los problemas de sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión, fueron los primeros que se investigaron, y son quizás unos de los problemas más habituales entre los cuidadores. Pero también es verdad que las dificultades que padecen pueden ser no solo de índole emocional sino también de índole física. Con todo hay que reconocer que la problemática física no solo ha sido menos estudiada, sino que también está muchas veces “escondida” por los propios cuidadores y tan solo aflora a través de indicadores de salud objetivos.

Los deseos de los cuidadores de tener una buena salud a veces es bien diferente, de hecho su salud física se encuentra en numerosas ocasiones deteriorada. Estos problemas están directamente relacionados con las principales cargas físicas de la situación en la que se encuentran no es extraño que aquellos cuidadores que no presentaban ningún problema de salud antes de cuidar a su familiar, califican su estado de salud en el momento de ser cuidadores como malo o muy malo.

Los problemas físicos son abundantes entre los cuidadores no lo son menos los

problemas emocionales. Cuidar a un mayor dependiente afecta a la estabilidad psicológica. Así por ejemplo los cuidadores presentan en muchas ocasiones altos niveles de depresión.

5 Discusión-Conclusión

Las exigencias emocionales y físicas que supone el cuidado de una persona pueden estresar incluso a la persona más resiliente.

El 80% de los cuidados de larga duración son proporcionados por cuidadores informales, mayoritariamente mujeres. De manera especial el cuidado de estas personas dependientes requiere un esfuerzo constante y un gran desgaste de energía, lo que supone un enorme impacto en la vida del cuidador, con consecuencias a nivel físico, social, emocional y económico, a menudo ignoradas por la sociedad y por los responsables de las políticas de salud.

El cuidado puede implicar satisfacer demandas complejas sin ningún tipo de capacitación o ayuda, para satisfacer todas las demandas, puede estar dejando de lado sus propias necesidades y sentimientos, lo que no es bueno para su salud.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 118

LA PIEL DE MARIPOSA: UNA PATOLOGÍA RARA DE DIFERENTES TIPOS Y CUIDADOS

ERMITAS ESTRELLA BOLAÑO GOMEZ

1 Introducción

La Epidermólisis bullosa o ampollosa, también comúnmente conocida como Piel de Mariposa, es una enfermedad denominada como rara, la cual pertenece al grupo heterogéneo de patologías mecanobulosas. Se trata de tipo de enfermedad genético e incurable hasta la actualidad. Se transmite de padres a hijos y afecta a ambos sexos por igual.

No se trata de una patología frecuente, aproximadamente hay 500 personas con piel de mariposa en España.

Los pacientes con esta enfermedad presentan una piel tan débil como las alas de una mariposa, esto se debe a la ausencia de un tipo de proteínas estructurales de este órgano que son las que permiten que este tenga unas características normales y sea resistente, esto produce ampollas y erosiones tan solo con lesiones y roces menores. Puede variar desde una formación leve que cursa con ampollas en piel y mucosas a una forma mortal que compromete a los diferentes órganos; ojos, boca, mucosas, tubo digestivo, tubo respiratorio, músculo esqueléticas, etc. Esta enfermedad cursa con mucho dolor, limitando las actividades de la vida diaria. Un simple roce con un trozo de comida puede hacer que se desarrollen heridas en la boca o esófago, dando lugar a complicaciones a la hora de ingerir alimentos, por este motivo es esencial establecer una dieta específica y suplementos nutricionales.

Incluso, se ha encontrado que algunos tipos de esta patología se encuentran asociados con el desarrollo de un carcinoma epidermoide, carcinoma basocelular y melanoma maligno; riesgo que se incrementaría con la edad, sobre todo a partir de la tercera década de vida.

2 Objetivos

Describir los diferentes tipos que existen sobre esta patología, así como los diferentes cuidados psicológicos que necesitan los pacientes que padecen la misma.

3 Metodología

Este trabajo trata de una revisión bibliográfica en la que se ha recaudado información de diferentes artículos relacionados con el tema tratado. Estos artículos se han encontrado en páginas de ámbito científico tales como Scielo, Sciendirect, Redalyc, Mediagraphic, etc. Dichas páginas se han encontrado mediante distintos buscadores como son Pubmed, Google académico o Cochrane. Se ha realizado una búsqueda de información en libros de ámbito sanitario relacionados con el tema del trabajo.

4 Resultados

1. Epidermólisis Bullosa Simple: son aquellas que desarrollan una ampolla a nivel intradérmico, en la parte superior de la capa basal y cicatrizan sin que se produzca pérdida de tejido. Este tipo es el menos grave y también el más común, representando el 70% de los casos.
2. Epidermólisis Bullosa juntural: en este caso, las ampollas se desarrollan en el interior de la membrana basal, a nivel de la lámina lúcida. Se da en el 5% de los casos y encontramos varios grados, desde una variedad que puede ser letal en la etapa neonatal hasta otra que mejora con el paso del tiempo.
3. Epidermólisis Bullosa distrófica: en este grupo, las ampollas se desarrollan en la parte superior de la epidermis, por debajo de la membrana basal. En este caso, cuando las heridas cicatrizan dan lugar a retracciones en las articulaciones, lo cual provoca dificultad en el movimiento, ya que las heridas acaban pegando la piel, por ejemplo, entre los dedos. También existe un alto riesgo de desarrollar formas agresivas de carcinoma de células escamosas en adultos de escasa edad. Representa una cuarta parte de los casos.

4. Epidermólisis Bullosa Síndrome de Kindler: es el grupo más reciente, y en este caso se forman las ampollas durante el periodo de la infancia y posteriormente se padece poiquilodermia y fotosensibilidad. También nos podemos encontrar con otro tipo muy raro de esta patología, llamado Epidermólisis Bullosa Adquirida, no hay muchos casos registrados de ésta, pero lo que sí se sabe es que no es de tipo hereditario, sino que es una enfermedad autoinmune y sus síntomas son similares al resto, solo que más tardías, a partir de los 40 años. Se trataría de una patología secundaria a la enfermedad de Crohn y el lupus.

Cuidados de tipo psicológico:

Dentro de los diferentes tipos de cuidados que los pacientes requieren al padecer esta patología encontramos los psicológicos, de tal manera que en cada etapa de la vida de dicha enfermedad se requiere unos cuidados distintos:

1. Infancia:

- Comprensión de la enfermedad: ¿Por qué yo me hago daño?.
- Miedo y ansiedad ante las curas.
- Integración escolar y social: limitaciones en las actividades físicas, evitar aislamiento.
- Fomento de las capacidades y autonomía: independencia.

2. Adolescencia:

- Evolución de la propia imagen: rechazo-aceptación.
- Visibilidad de la enfermedad: playa, piscina, campamentos, relaciones sociales.
- Autoestima y depresión.
- Sexualidad.

3. Madurez:

- Pareja, familia y trabajo.
- Acompañamiento desde el punto de vista de las limitaciones.

5 Discusión-Conclusión

Se ha comprobado que la calidad de vida de los pacientes se ve afectada por diversos aspectos de la sociedad, como son la discriminación, los estereotipos y los prejuicios tanto culturales como sociales, por lo que se debe educar a la población para que, en vez de empeorar la situación de nuestros pacientes, nos ayuden a mejorarla de forma clara y decidida.

El personal sanitario desempeña un papel fundamental en el cuidado diario de las personas con esta patología, proporcionando educación sanitaria tanto para los pacientes como para los familiares, con objeto que sepan manejar las distintas

situaciones en la que se pueden ver implicados por el desarrollo de la enfermedad, para así mejorar su calidad de vida o al menos, reducir las futuras complicaciones.

6 Bibliografía

1. FEDER: Federación Española de Enfermedades Raras. Las Enfermedades Raras en cifras. Madrid: FEDER [Internet]. 2009 [citado 10 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://www.enfermedades-raras.org/>.
2. DEBRA: Asociación de Epidermólisis Bullosa en España. Identificación de heridas infectadas en EB [Internet]. 2015 [citado 10 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://www.pieldemariposa.es/fotos/file/Archivos/Revista%20Estar%20Bien/Estar%20Bien%2046/Identificacion%20de%20Heridas%20en%20EB%20N46.pdf>.
3. Fine J-D, Bruckner-Tuderman L, Eady RAJ, Bauer EA, Bauer JW, Has C, et al. Inherited epidermolysis bullosa: updated recommendations on diagnosis and classification. J Am Acad Dermatol. [Internet]. 2014 [citado 12 de marzo de 2017]; 70(6):pp.1103-26. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24690439>.
4. Grocott P, Graham T, Blackwell R, Currie C, Pillay E, Clapham J, et al. Individualising wound care research: The Woundcare for Epidermolysis Bullosa Project [Internet]. 2013 [citado 15 de marzo de 2017]; 9(3):7. Disponible en <file:///C:/Users/HP/Desktop/TFG/CINAHL/individualising%20wound%20care.pdf>.

Capítulo 119

CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO Y DEL LACTANTE

ANA BELÉN FERNÁNDEZ MEDIERO

1 Introducción

Un recién nacido (RN) o neonato es un bebé que tiene menos de cuatro semanas de vida. A partir de entonces se les denomina lactantes. Lo más importante del periodo neonatal es la adaptación del ser a la vida extrauterina. Para observar el estado general del recién nacido en este nuevo ambiente se aplica el test de APGAR al minuto y a los cinco minutos de nacer. Es una prueba clínica que mide la vitalidad del recién nacido en sus primeros minutos de existencia. Lo que el neonatólogo evalúa son cinco valores del bebé: el tono muscular, el esfuerzo respiratorio, la frecuencia cardíaca, la respuesta a los estímulos externos y la coloración de la piel. El valor resultante dará una idea de su grado de adaptación. Las horas y días posteriores también es necesario realizar cuidados al recién nacido: baño, cuidado del cordón umbilical, limpieza de ojos y nariz, cambio frecuente de pañal, etcétera. Así mismo, es vital conocer cómo facilitarle el máximo confort y bienestar (postura, temperatura, necesidad de contacto piel con piel, tranquilidad). Saber proporcionar un buen cuidado y en especial propiciar que los padres lo hagan beneficiará enormemente al nuevo ser. Actualmente, se está poniendo mucho en valor la importancia de la lactancia materna.

2 Objetivos

- Conocer los principales cuidados del recién nacido y sus recomendaciones actualizadas.

- Saber qué es y qué mide el test de APGAR.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente del tema en cuestión. Se han realizado búsquedas sistemáticas en libros, textos y artículos así como en bases de datos tales como: Pubmed, Medline y Scielo extrayendo información académica actualizada y revisada.

4 Resultados

Con la llegada de un recién nacido la situación a nivel familiar cambia, son los padres los primeros que deben adaptarse a este cambio, es todo novedoso y en ocasiones el miedo a no hacerlo bien, a que algo falle está presente, son muchos los factores que contribuyen a ello, los horarios descontrolados, la falta de horas de dormir, el no saber bien el motivo por el que el bebé puede llorar, ambos deben implicarse y resultara más llevadero. Un recién nacido necesita cuidados, pero lo que más necesita es sentirse arropado, ir conociendo voces, olores...

Entre los cuidados se puede poner en primer lugar la alimentación, es primordial y aconsejable que durante los primeros meses la lactancia sea la materna, aporta al recién todo lo necesario para que sus defensas se desarrollen contra cualquier tipo de infección a la vez que favorece el contacto con la madre. El cordón umbilical necesita los cuidados básicos de mantenerlo seco, limpio y a no ser que se note que puede haber una infección por rojez o supuración, en este caso será el pediatra el encargado de valorarlo, si todo va bien en el término de una semana más o menos el cordón se desprende solo. Antiguamente, se tenía la creencia de que los recién nacidos debían estar muy tapados y abrigados, ahora es mejor no mantenerlos muy abrigados si la temperatura ambiente es agradable entre unos 22 -24 grados. La postura adecuada para dormir es siempre boca arriba evitando así (de ponerlo boca abajo), que se presione el pecho, ya que se asocia a esta postura la muerte súbita. El aseo general debe realizarse preferiblemente por la noche, antes de ir a dormir para un mejor descanso, es conveniente no usar jabones que puedan dañar la piel, debe secarse perfectamente para evitar que la humedad se mantengan en los pliegues y pueda ocasionar rojeces que resultan muy molestas.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, el cuidado posnatal inmediato tras el parto se basa en el contacto piel con piel madre/recién nacido. Se intenta que este se adapte al ambiente extrauterino en contacto con su madre, que es su ecosistema natural y al mismo tiempo se evitan las maniobras agresivas que le puedan desestabilizar.

A partir de ese momento, una regla simple nos ayudará a recordar las bases para un buen cuidado del recién nacido y el lactante: menos es más. Por ejemplo: menos implicación por parte del personal sanitario a la hora de proporcionar los cuidados y más por parte de los padres; menos cuna y más brazos (los beneficios del porteo son numerosos) o menos alcohol y más agua y jabón para el cuidado del cordón umbilical. Optar por lo natural y lo respetuoso es la opción más saludable.

Algunas de las recomendaciones más importantes son: enfocar los cuidados primando el bienestar del RN y velar por sus derechos, respetar las preferencias de los padres, mínima interferencia en la adaptación a la vida extrauterina, facilitar y promover la aparición del vínculo madre-hijo, no separar al RN de su madre, aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma.

6 Bibliografía

1. Sanidad . 2010. Ministerio de sanidad y política social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas
2. Keefer C. Cuidados del recién nacido sano. JP. Cloherthy , AR. Stark (eds). Manual de Cuidados Neonatales. Masson S.A. Barcelona. 1999; pp 71-78.
3. Doménech E, Rodríguez-Alarcón J, González N. Cuidados generales del recién nacido a término sano. En De Guardia en Neonatología: Protocolos Y Procedimientos de los Cuidados Neonatales. M. Moro y M. Vento (eds). 2a edición ER-GON. Madrid. 2008: pp 139-146.
4. Asociación española de Pediatría de Atención Primaria. Programa de Salud Infantil. Madrid: Ex Libris,2009.pps: 624.

Capítulo 120

SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD) Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANA BELÉN FERNÁNDEZ MEDIERO

1 Introducción

La ayuda a domicilio es un servicio dirigido a las personas o familias que presentan problemas para la realización de las actividades de la vida diaria, con este servicio se ayuda a realizar las tareas que por si solos no pueden hacer de manera que pueden permanecer en su domicilio sin tener que ir a una residencia y con unos cuidados completos. Se atienden situaciones a nivel doméstico, social, educativo, rehabilitador.

Es muy importante facilitar y fomentar que la persona pueda ser autónoma en su vida cotidiana y en el medio habitual (en el domicilio generalmente), evitando así un posible internamiento, que la persona se sienta acompañada es un aspecto de gran importancia. El servicio se presta a través de Auxiliares de Ayuda a Domicilio. Se ofrece atención doméstica (limpieza y organización del hogar, lavado, planchado, preparación de comidas y compras), atención personal (aseo completo, movilización y cambios posturales, cuidados sanitarios elementales, ayuda en rehabilitación, gestiones...), y atención psicosocial (orientación, hábitos, acompañamiento, ocio...).

El servicio SAD va dirigido a aquellas personas o grupos familiares que lo necesitan ante una situación de dependencia temporal o permanente. Las personas beneficiarias más comunes son: personas mayores con dificultades de autonomía

personal o que vivan solas y requieren apoyo para permanecer en su hogar, y personas con discapacidad, de cualquier edad, con limitaciones importantes de autonomía personal. En ocasiones el acceso al derecho de la ayuda a domicilio tarda muchos meses en resolverse.

2 Objetivos

Describir el concepto de SAD, sus funciones y perfil de personas que atienden, así como los trámites a realizar y las condiciones que se deben cumplir para tener derecho a la prestación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente del tema en cuestión. Se han realizado búsquedas sistemáticas en libros, textos y artículos así como en bases de datos tales como: Pubmed, Medline y Scielo extrayendo información académica actualizada y revisada.

4 Resultados

El Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) o ayuda a domicilio es una prestación contemplada dentro de la Ley de Dependencia destinada a aquellos usuarios que presentan una pérdida de autonomía que les impide realizar las tareas cotidianas de su día a día. Este servicio tiene un amplio abanico de demanda, va dirigido a personas mayores con una dependencia, normalmente mayores de 65 años y en caso de que exista una discapacidad el rango de edad baja todo aquello que fuera necesario. El Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia (TAPSD) será el encargado de ofrecer este tipo de servicios, desde tareas de acompañamiento en sus actividades diarias hasta asistenciales, como la higiene o la alimentación, deben ser personas empáticas y que generen al usuario la confianza necesaria para que el usuario lo acepte en su domicilio que a veces dependiendo de la situación no resulta fácil. Entre los usuarios que pueden optar a un servicio de ayuda a domicilio se encuentran personas con problemas de salud mental, enfermedades crónicas, diversidad funcional, enfermos geriátricos o usuarios que reciban cuidados paliativos. La asistencia domiciliaria tiene por objetivo principal conseguir que las personas dependientes logren alcanzar un determinado grado

de autonomía en su rutina diaria, aunque también pretende ofrecer compañía y apoyo psicosocial a aquellos que lo necesiten.

Los objetivos del servicio de ayuda a domicilio son varios, entre los más importantes podemos encontrar los siguientes: prevenir y evitar el internamiento innecesario de personas que, con una alternativa adecuada, puedan permanecer en su medio habitual; favorecer el desarrollo de las capacidades personales del usuario y ayudarle a desarrollar hábitos de vida saludables; atender situaciones de crisis personal o familiar que afecten a la autonomía de la persona usuaria en la vida de la comunidad; colaborar con las familias en la atención a las personas dependientes; potenciar las relaciones sociales y las actividades en el entorno comunitario paliando los posibles problemas de aislamiento y soledad; mejorar el equilibrio personal del individuo, de su familia y de su entorno mediante el refuerzo de los vínculos familiares, vecinales y de amistad, entre otros.

La duración del servicio es variable en función de la situación, de las necesidades de la persona en situación de dependencia y de la intensidad del servicio que corresponda a la persona según su grado de dependencia. Los cuidados pueden ser flexibles y están diseñados para adaptarse a las necesidades de los usuarios. Cada vez aumentan más las demandas de las ayudas a domicilio, esto viene en la mayoría de los casos por la vida laboral de los cuidadores principales.

5 Discusión-Conclusión

Aunque parezca un trabajo sencillo, detrás de él existe un equipo humano cuya voluntad es la de ayudar a aquellas personas que aún no siendo totalmente dependientes necesitan ayuda en las tareas rutinarias.

Las personas que trabajan en Ayuda a Domicilio, resultan muy importantes tanto para la persona dependiente a la que van a ayudar como para su entorno, ya que les desconecta durante un rato de las tareas de cuidador que absorben buena parte de la vida personal de esas personas que dedican su tiempo a atender a familiares con necesidades. Por otro lado, necesitan hacer uso de la empatía y la comprensión con la persona atendida, observando y entendiendo que en ocasiones pueden no entender que una persona extraña se encuentre en su domicilio. Sería necesario o más bien imprescindible que los y las trabajadoras de ayuda a domicilio recibieran formación sobre cómo desarrollar bien su trabajo y que tuvieran conocimiento específico de las situaciones que se dan en torno a cada domicilio al que tiene que acudir.

6 Bibliografía

1. DBK (2009): Servicios asistenciales a domicilio, 5a ed., Madrid, DBK, serie Informe Especial.
2. García Herrero, G. (redactor) [2010]: El servicio de ayuda a domicilio en la encrucijada, Madrid, Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales/Consejo
3. General de Trabajadores Sociales. Sociales/Consejo General de Trabajadores Sociales.
4. Ramírez Navarro, J. M.; y Barriga, L. A. (2009): financiación y costes de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Síntesis del estudio, Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales [disponible en <<http://www.inforesidencias.com/geriateca/>>].

Capítulo 121

LA HIGIENE DE MANOS Y SUS PROCEDIMIENTOS. PILAR FUNDAMENTAL QUE EVITA LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES

LAURA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Se entiende por higiene de manos el procedimiento que elimina restos de suciedad, grasas, microorganismos o sustancias que pueden resultar dañinas para nuestra salud.

El primero en constatar la importancia de la higiene de manos fue el médico y cirujano húngaro Ignaz Semmelweis en el año 1847. Demostró que mediante el lavado de manos se evitaba la muerte de muchos pacientes.

Opinaba que la falta de higiene en las manos daba lugar a enfermedades que podían incluso causar la muerte y lo demostró obligando al personal con el que trabajaba a realizar la higiene de manos utilizando una solución clorada entre la atención de cada paciente. De esta forma se percató de que descendía drásticamente la mortalidad por sepsis pueral que a mediados del siglo XIX provocaba un desenlace fatal en las personas que la padecían. Resultando fallecidas una cifra muy significativa de personas.

En la actualidad se pueden encontrar cuatro tipos diferentes de lavados de manos: el lavado de manos higiénico, el lavado de manos por fricción, el lavado de manos antiséptico y el lavado de manos quirúrgico. Estos tipos de lavados de manos realizados correctamente pueden evitar la transmisión de muchas enfermedades.

Lavarse las manos correctamente es fundamental tanto en la vida diaria como a nivel profesional, sobre todo en ámbito como el sanitario.

2 Objetivos

Exponer los principales procedimientos de higiene de manos empleados en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo sobre la higiene de manos, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas existentes.

4 Resultados

En el ámbito hospitalario la primera medida preventiva de higiene es el lavado de manos, evita la transmisión de enfermedades como las infectocontagiosas o las nosocomiales.

Se van a desarrollar los principales procedimientos de higiene de manos pero previamente se definirán los conceptos de enfermedades infectocontagiosas y nosocomiales.

Las enfermedades infectocontagiosas son aquellas que se contraen por exposición a bacterias, virus, hongos o parásitos y que se introducen en el organismo.

Las enfermedades nosocomiales son aquellas adquiridas durante la estancia del paciente en el hospital que no se manifiestan ni están en periodo de incubación mientras el paciente se encuentra ingresado.

Los tipos de lavados de manos que se pueden encontrar son: lavado de manos higiénico o habitual, lavado de manos por fricción, lavado de manos antiséptico y lavado de manos quirúrgico.

Lavado de manos higiénico: es el que se realiza con agua y jabón para eliminar la contaminación de las manos evitando así que se transmitan microorganismo.

Debe realizarse:

- Al inicio y fin de la jornada de trabajo.
- Antes y después del contacto con el paciente.

- Antes y después de las comidas.
- Antes y después de ir al baño.
- Cuando se toquen objetos o superficies contaminadas.
- Siempre que así lo indique un aislamiento.
- Después de toser, estornudar.

Se realizará durante 30 segundos aproximadamente y antes de comenzar se quitarán el reloj y las joyas.

Lavado de manos por fricción: este procedimiento sustituye al lavado de manos convencional y se realizará con una solución de base alcohólica. Es el más rápido y eficaz para evitar transmisiones entre paciente y paciente.

Para realizar este lavado, las manos no pueden estar sucias o contaminadas y se realizará durante 20-30 segundos. Se aplicará:

- Antes de realizar procedimientos invasivos como sondajes, colocación de catéteres centrales, punciones lumbares, etc.
- Al estar en contacto con pacientes inmunodeprimidos o pacientes que están en aislamiento por estar infectados con microorganismos que tienen interés epidemiológico.

Lavado de manos quirúrgico: se realiza cuando se precisan condiciones de asepsia especiales. Debe durar 5 minutos y se realizará:

- Antes de intervenciones quirúrgicas.
- En la UCI antes de prestar cuidados a pacientes.
- En unidades de diálisis.

Los materiales que se empleen deben ser estériles. Se usarán jabones antisépticos como la povidona yodada al 7,5% o la clorhexidina al 4%, toallitas o paños desechables y cepillos de uñas.

5 Discusión-Conclusión

La higiene de manos es una tarea sencilla que se nos inculca desde pequeños y es fundamental tanto en nuestra vida diaria como en el ámbito hospitalario. Con un buen lavado de manos en momentos concretos del día evitamos la transmisión de enfermedades.

Lo tenemos más presente que nunca estos últimos años, en los que hemos tenido que hacer frente día tras día al Covid-19. El lavado frecuente de manos ha sido una de las medidas higiénicas básicas que nos ha ayudado a protegernos en nuestra vida diaria, tanto en nuestros hogares como en nuestro ámbito laboral.

En el ámbito sanitario, la higiene de manos realizada de la forma adecuada y en el momento oportuno ayuda a protegerse a los propios sanitarios y a los pacientes. De esta forma se evita la transmisión de múltiples enfermedades o incluso la muerte del paciente.

6 Bibliografía

1. La sucia historia del lavado de manos. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/historiayvida/historia-contemporanea/20200324/4858912578/higiene-lavar-manos-coronavirus-semmelweis.html>.
2. Higiene de manos en el ámbito hospitalario. Disponible en: <https://revistamedica.com/higiene-de-manos-ambito-hospitalario/amp/>.
3. Importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27120/importancia-de-la-higiene-de-manos-en-el-ambito-sanitario/>.
4. Manual técnico de referencia para la higiene de manos. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102537/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf.

Capítulo 122

LA ALIMENTACION EN LAS PERSONAS MAYORES

BEATRIZ TEDÍN VEGA

1 Introducción

El hacerse mayor puede traer consigo algunos problemas relacionados con la nutrición. Se ha puesto de manifiesto que la malnutrición es más frecuente a edades más avanzadas y que sus consecuencias son realmente malas, empeorando así el estado de salud general del anciano, los problemas neurológicos e impidiendo la recuperación y cicatrización de diferentes enfermedades y heridas respectivamente.

Hay diferentes factores que influyen a la hora de que las personas mayores cada vez sean más dependientes de terceras personas en cuanto a la alimentación se refiere, los problemas propios de salud pueden no jugar a su favor a la hora de salir a comprar o de prepararse la comida. La depresión, la cual puede derivar en una dieta pobre debido a la desgana o inapetencia que la enfermedad produce. La falta de ingresos hace que uno de los recortes a los que se vean obligados sea tristemente el de la alimentación, también los problemas gastrointestinales como puedan ser el estreñimiento, los gases o la hinchazón abdominal, a los que ellos piensan que pueden hacer frente sin recomendaciones médicas algunas, provocando que dejen de comer algunos alimentos que son básicos en su dieta, pero el anciano piense que ese es el detonante de su malestar, o incluso los problemas con las prótesis dentarias, su falta o mal ajuste imposibilita una correcta masticación de alimentos que quizás son más duros pero más ricos en fibras y proteínas, optando así por no introducirlos en su dieta.

2 Objetivos

- Nombrar y explicar brevemente las necesidades nutritivas dentro de este grupo de edad.
- Describir cuáles son las recomendaciones básicas alimentarias en diferentes situaciones.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado un minucioso estudio basado en la búsqueda de información en varias plataformas, libros y páginas web, así como artículos publicados en bases de datos de referencia como puede ser pubmed, medlineplus.

4 Resultados

Los ancianos, al igual que el resto de los seres vivos tienen unas necesidades nutritivas las cuales se van variando o modificando según lo hace su gasto calórico, pues es sabido que los mayores tienden al sedentarismo y con ello su gasto energético es menor, es por ello que la dieta no puede ser generalizada para todos igual, sino que es individual, en función de las necesidades que presente cada individuo. Aunque si se recomienda en rasgos generales disminuir la ingesta de grasas saturadas y dulces, y aumentar las frutas, verduras y cereales, así como las carnes con poca grasa.

En cuanto a las proteínas está recomendado aumentar ligeramente su consumo, pero solo ligeramente pues un consumo excesivo puede favorecer la aparición de osteoporosis, lo que conlleva a tener que aumentar de manera imperativa el consumo de calcio, pues puede ayudar a retrasar la pérdida de masa ósea y los problemas que esta conlleva. En general es frecuente tener que aumentar en cuanto a minerales se refiere la ingesta de magnesio, potasio (ambos suelen estar en déficit por el uso de algunos medicamentos, los cuales disminuyen las reservas de estos minerales), hierro, fibra y sobre todo de agua, el único mineral que recomiendan bajar es el sodio, pues hay un gran porcentaje de pacientes (ancianos) con hipertensión.

En términos generales se recomienda tener una dieta variada, sin cambios bruscos, hacer varias comidas al día (5-6) con pocas cantidades y de fácil digestión, y una gran ingesta de agua, zumos, etc. restringiendo el consumo de bebidas alcohólicas. Por el contrario si profundizamos en algunas patologías propias de la

edad avanzada, si lo que se sufre es de estreñimiento, se recomienda el consumo abundante de líquidos, así como una dieta rica en fibra. Ante la dificultad para masticar se ha de optar por alimentos triturados, líquidos y alimentos blandos como puede ser la tortilla, el queso fresco o plátanos.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación en las personas mayores en general no es diferente de la del resto de la población, ha de ser variada y equilibrada sin restringir ningún grupo o alimento siempre que sea posible o esa sea la recomendación médica. El sedentarismo no es un factor que juegue a favor de los ancianos, ya que al disminuir el gasto calórico las necesidades nutritivas varían, así como las enfermedades propias de la tercera edad, las cuales, nos piden una mayor o menor ingesta de uno u otro alimento o grupo alimenticio como puede ser el aumento en el consumo de alimentos ricos en proteínas, o en diferentes minerales que dependiendo de las patologías o la medicación que se esté tomando deben aumentar o disminuir alguno de ellos. No menos importante es la forma de ingerirlos, ha de tenerse en cuenta las dificultades en la masticación muy comunes en estas edades.

6 Bibliografía

1. Pérez de la Plaza, E., Fernández Espinosa, A.M. (2017) "Técnicas básicas de enfermería" Madrid: Mc Graw-Hill.

Capítulo 123

LA PRESENCIA DEL TÉCNICO EN PROCESOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN ATENCIÓN PRIMARIA O CENTRO DE SALUD

PAULA SALILLAS

1 Introducción

El reto de la atención primaria en este campo es, en consecuencia, conseguir ese bienestar para nuestros pacientes oncológicos terminales, para lo cual hemos de implicarnos más activamente en su asistencia. Pero también, siguiendo a Callahan, tenemos un compromiso, fundamental por la posición que ocupamos en la atención a estos pacientes, de investigación en los factores necesarios para lograr una muerte en paz.

El reto de la atención primaria en este campo es, en consecuencia, conseguir ese bienestar para nuestros pacientes oncológicos terminales, para lo cual hemos de implicarnos más activamente en su asistencia. Pero también, siguiendo a Callahan, tenemos un compromiso, importante por la posición que ocupamos en la atención a estos pacientes, de investigación en los factores necesarios para lograr una muerte en paz.

La Atención Primaria de Salud representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, brindando una atención ambulatoria, a través de: Centros de Salud (CES). Centros de Salud Familiar (CESFAM).

Se inicia en la República Dominicana, es el 8 de marzo de 2001 cuando la promulgación de la Ley General de Salud No. 42-01 introduce la atención primaria como

eje considerable del sistema. Este instrumento regula las acciones que permiten al Estado hacer efectivo el derecho a la salud de la población.

2 Objetivos

Objetivo principal

- Describir composición de la Atención Primaria en España.

Objetivos secundarios:

- Exponer papel del TCAE en Atención Primaria.
- Garantizar a las personas una atención integral de calidad desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos lo más cerca posible de sus lugares habituales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La atención primaria tiene como función ofrecer servicios dependiendo de las necesidades, e intentar en la mayoría de lo posible solucionar todo tipo de problema.

Es importante que desde nuestra propia práctica clínica, donde surgen nuestros interrogantes, nos planteemos la búsqueda de las mejores respuestas para aplicar a nuestros pacientes. Además, existe inquietud por el progreso y existe cantera para la investigación:

Existe inquietud: los profesionales de atención primaria son un colectivo joven, abierto a las aportaciones de la ciencia, que realiza esfuerzos formativos continuos para la incorporación de nuevos conocimientos o nuevas evidencias a la práctica asistencial. Las iniciativas de investigación son relativamente frecuentes, como se refleja en las masivas aportaciones a los congresos y reuniones científicas de atención primaria o en las revistas del ámbito. Muchos de estos proyectos

son estudios descriptivos y puntuales, que con el apoyo adecuado podrían dar lugar a líneas de investigación de calidad.

Existe incertidumbre: tenemos un gran número de interrogantes pendientes de respuesta, y existe una gran variabilidad en la práctica clínica, en gran parte difícil de justificar ante la sociedad. Trabajamos en condiciones de incertidumbre, surgen frecuentes dudas en los momentos de toma de decisiones, y esto genera desasosiego. Para enriquecer la práctica asistencial son elementos clave la adquisición de conocimientos y habilidades a través de formación continuada, y la reflexión científica que lleva a la producción de conocimiento científico relevante a través de la investigación.

Sabemos que la base del progreso es la acumulación continua de conocimientos fundamentados en hechos, y la atención primaria no puede constituir una excepción. Algunas de las funciones que puede realizar el TCAE en atención primaria pueden ser las siguientes:

Su labor consiste en prestar cuidados básicos al paciente, en aspectos relacionados con la alimentación, el aseo y la movilidad, así como colaborar con enfermeras, médicos y otros profesionales sanitarios en sus tareas. También están capacitadas para desempeñar labores de administración e investigación en Enfermería.

5 Discusión-Conclusión

La atención primaria en salud es un sistema de atención de salud cuya orientación depende de cada país, adecuándose a sus problemáticas de determinación social asociados al proceso salud/enfermedad. Por otro lado, no existe una definición universal de la atención primaria en salud.

Para ser más prácticos, la Atención Primaria constituye la puerta de entrada al sistema de salud; gracias a la accesibilidad a este primer escalón, los pacientes pueden ser atendidos por un médico en el mismo día en que le está sucediendo algo que afecte a su salud.

Las Unidades de Atención Primarias ofrecen una cartera de servicios de salud en tu comunidad.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 124

EL TRASTORNO DEL SUEÑO

VANESSA GONZALEZ MARTINEZ

1 Introducción

El americano William Charles Dement, fue de los primeros en profundizar el estudio en la medicina del sueño, incidió mucho en el estudio de la privación del sueño, el diagnóstico y el tratamiento de trastornos del sueño, como puede ser la apnea del sueño o la narcolepsia.

Los trastornos del sueño son dificultades o problemas para conciliar el sueño en el momento de dormir. Los principales trastornos para conciliar el sueño son: el insomnio, somnolencia diurna, problemas para mantenerse despierto, problemática para la conciliación del sueño, el ritmo o dificultades para llevar un horario regular y los comportamientos que interfieren en el sueño.

Los problemas del sueño son considerados por la organización mundial de la salud (OMS) epidemia de salud pública.

La OMS advierte que este tipo de trastorno pueden acabar en trastornos neurológicos.

Las personas que padecen estos trastornos tienen problemas con la memoria, la coordinación, y las emociones. Las principales organizaciones de prevención en el trabajo, advierten que el riesgo de sufrir un accidente laboral por este trastorno es muy habitual.

Los especialistas también ponen en el punto de mira a las personas mayores, ya que cuanto más mayor es la edad del individuo, menor es la actividad física, lo que conlleva que la conciliación del sueño sea más difícil todavía.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar, como afecta al paciente un trastorno del sueño.

Objetivos secundarios:

- Desarrollar los pasos a seguir en caso de padecerlo.
- Enumerar los tipos y clasificación de los trastornos del sueño.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

A veces los trastornos del sueño pueden aparecer de otra enfermedad médica o de una enfermedad mental. Dichos trastornos pueden ir desapareciendo poco a poco una vez que estemos llevando un tratamiento adecuado, para subsanar esta enfermedad.

Cuando los trastornos del sueño son el motivo de otra afección el tratamiento que puede recetar el especialista sería una combinación de tratamientos médicos y cambios de costumbre de vida.

Cuando se han pasado cuatro o cinco noches seguidas sin poder conciliar en sueño, menos de seis horas al día, durante dos o tres semanas, habría que acudir al especialista en trastorno del sueño.

Sería recomendable acudir al médico antes de la tercera semana para que el trastorno no se convierta en crónico. Es verdaderamente importante tener un diagnóstico y un tratamiento si la persona cree que tiene algún problema del sueño, las consecuencias de no hacerlo pueden ser muy negativas para nuestra salud.

Las causas de los trastornos del sueño pueden ser varias, por ejemplo:

Alergias, problemas respiratorios, micción frecuente, dolor crónico, estrés y ansiedad.

Un tratamiento recibido por un especialista en trastorno del sueño puede ser la administración de: píldoras para dormir, suplementos de melatonina, medicación para alergias, un protector dental (rechinado de los dientes) y cirugía o solución para la apnea del sueño.

El cambio de nuestro estilo de vida sería muy importante para la mejoría y solución del trastorno del sueño. Por ejemplo: Reducción de azúcar, aumentar el consumo de verduras y pescado en nuestra dieta, tener menos estrés, tener un horario regular a la hora de acostarse, tomar menos agua antes de dormir, reducir la cafeína, alcohol, y consumir comidas bajas en carbohidratos antes de irse a la cama.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los primeros pasos que hará el médico especialista sería un examen físico, si la causa no se conoce. Una evaluación de los hábitos del sueño (el médico le manda hacer un cuestionario) para saber sus patrones del sueño y vigilia y también puede pedirle que haga un seguimiento y apunte los datos más importantes sobre tu sueño durante dos semanas. En el caso de persistir y no encontrar cuál es la causa del trastorno, el especialista te haría un estudio del sueño, este estudio consiste en pasar toda una noche durmiendo, en un centro donde te pueden monitorizar y analizar el comportamiento de tu cuerpo durante toda la noche donde se tomarían datos de tu respiración, latidos del corazón, movimiento de ojos. Una vez analizado todo esto el especialista procederá a ponerle un tratamiento adecuado para el tipo de trastorno que tiene.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 125

PROTECCIÓN DE DATOS Y SECRETO PROFESIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA YOLANDA ALONSO SORIA

ANDREA GARCIA FERNANADEZ

REBECA LEBREDO NOVAS

1 Introducción

En los tiempos actuales con el auge que están tomando las redes sociales y cualquier trámite que se realiza a través de internet, necesita el aporte como poco nombre apellidos y DNI, es, por tanto, que nuestros datos personales circulan sin un estricto control, si esto lo trasladamos al ámbito sanitario, donde todo trabajador conoce aparte de datos personales de los pacientes y usuarios, es conocedor también de cuestiones mucho más sensibles referentes generalmente a la patología que padecen; toda persona tiene derecho a que se guarde estricto sigilo y confidencialidad sobre su persona a que respeten su intimidad, dignidad, confidencialidad, información asistencial y consentimiento informado, documentación clínica, voluntades anticipadas, eutanasia, libre elección de médico y derecho a una segunda opinión médica. En todos los centros sanitarios existe un servicio de atención a pacientes y usuarios donde todo aquel que considere que se han vulnerado su derecho podrá poner una queja, es un derecho. El no respetar este protocolo de confidencialidad y protección de datos puede

conllevar sanciones que oscilan entre leves o muy graves, pudiendo incluso en algunos casos y dependiendo de la información filtrada, puede acabar en un delito penal para cualquier trabajador de la sanidad que no acate su responsabilidad en el tema de secreto profesional.

2 Objetivos

- Describir los derechos de pacientes y usuarios en cuanto a la reserva de la intimidad de sus datos.
- Dar a conocer los procedimientos a su alcance para denunciar la situación de vulnerabilidad de sus derechos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, 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 reconocen dichos derechos del paciente en tres ámbitos:

Ante la enfermedad:

El paciente o usuario tiene derecho a recibir información comprensible y veraz acerca de ella. Se limita el dar la información al paciente o a quien él designe, no pudiendo hacerse a terceros, sin su autorización y emitir un documento de Instrucciones Previas. También tiene derecho a decidir que pruebas hacerse para establecer el diagnóstico y los tratamientos que debe seguir, así como a elegir médico de Atención Primaria, especialista u Hospital que le atiendan.

En el Hospital:

El paciente o usuario tiene derecho a un trato digno, a que se respete su intimidad y privacidad así como su voluntad y también derecho a reclamar. Se debe de proporcionar una comunicación clara con el médico respetando sus creencias y costumbres y garantizar la confidencialidad.

En cuanto a la Historia Clínica:

Tiene derecho a acceder a la documentación de la Historia Clínica, así como a obtener copia de los datos que figuran en ella pudiendo hacerlo por representación debidamente acreditada. Asimismo se puede negar o permitir que sus datos sean utilizados para otros fines distintos para los que se obtuvieron y también limitar el acceso a esos datos en caso de fallecimiento.

Las obligaciones del Personal del Centro Sanitario serán:

Ante la enfermedad:

Informar con veracidad tanto del diagnóstico como del tratamiento. Solicitar su consentimiento sobre las actuaciones relativas a su enfermedad, respetar los valores del paciente y conocer el Documento de Instrucciones Previas.

En el Hospital deberá:

Proteger la información recibida, evitando que trascienda a medios públicos, de esta manera como evitar comentarios en lugares públicos sobre los pacientes.

En cuanto a la Historia Clínica:

Recoger los datos clínicos de manera adecuada, pedir consentimiento para uso no asistencial de datos e imágenes y garantizar la confidencialidad de la circulación de sus datos.

5 Discusión-Conclusión

El paciente o usuario debe poder confiar en el personal que le asista durante su estancia en el centro hospitalario o centro de salud, tanto sanitario como no sanitario. La Confidencialidad es un bien protegido por Ley, por tanto, el está obligado por Ley a mantener y guardar dicha confidencialidad. Esta garantía se lleva a cabo mediante un grupo de reglas que limitan el acceso a esa información. La diferencia que existe entre privacidad y confidencialidad es: “el derecho a la privacidad” se refiere a estar libre de intrusiones o perturbaciones en la vida privada o en los asuntos personales, se refiere al individuo o sujeto, en este caso paciente o usuario. Mientras que la Confidencialidad se refiere a las acciones del investigador y las obligaciones que adquiere con los datos resultantes de dichas investigaciones y el uso que haga de ellos.

6 Bibliografía

1. Ley General de Sanidad 25 de abril 1986.
2. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

Capítulo 126

EL PERSONAL SANITARIO ANTE EL HIPERTIROIDISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

IRENE CASTAÑON ORDIZ

RODRIGO GONZÁLEZ CAMEAN

SONIA MARIA MARTÍNEZ RUBIO

AURORA MENÉNDEZ GARCÍA

LAURA VILLABRILLE GÓMEZ

1 Introducción

El hipertiroidismo es una enfermedad que se caracteriza por el aumento de la actividad funcional de la glándula tiroides y el exceso de secreción de hormonas tiroideas provocando bocio, hiperactividad, taquicardia y ojos saltones, además de otros síntomas. Esta patología tiroidea es muy común en las consultas de atención primaria y tiene diferentes variantes que constituyen un trastorno muy común. Estas enfermedades tiroideas poseen una elevada prevalencia en todos los grupos de edad, pero aparecen con más frecuencia en el sexo femenino. En el caso del hipertiroidismo o tiroides hiperactiva, es un trastorno funcional del tiroides que se caracteriza por una secreción y, por consiguiente, el paso a la sangre de grandes cantidades de hormonas tiroideas. El hipertiroidismo puede acelerar el metabolismo del cuerpo, lo cual causa una pérdida de peso involuntaria y

latidos rápidos o irregulares. Existen varios tratamientos para el hipertiroidismo, los cuales veremos en otro apartado más adelante. En cuanto a las manifestaciones clínicas que padece el paciente son de aparición lenta, con muchas variaciones y en muchas ocasiones es difícil el diagnóstico por parte del médico. Esas manifestaciones clínicas son el nerviosismo excesivo, insomnio, palpitaciones, cansancio inexplicable, sudoración fácil, mala tolerancia al calor, temblor de manos, pérdida de peso a pesar de coexistir con apetito aumentado y diarreas son manifestaciones clásicas de hipertiroidismo.

2 Objetivos

Describir las manifestaciones clínicas del hipertiroidismo, así como, los diferentes tratamientos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para ello se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando los diferentes artículos científicos que tenían contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para entender el hipertiroidismo y sus diversas características es fundamental definir lo que es la glándula tiroidea: es una glándula bastante pequeña en forma de mariposa, en la base frontal del cuello, debajo de la nuez de Adán. Las hormonas que produce la glándula tiroidea, triyodotironina (T3) y tiroxina (T4), causando gran impacto en tu salud y afectando a diversos procesos metabólicos. Es fundamental que el hipertiroidismo se trate y no cause problemas de salud graves, entre los que destacan los siguientes: Latido cardíaco irregular que puede ocasionar coágulos de sangre, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, y demás problemas cardíacos. El hipotiroidismo es un trastorno común que puede causar una variedad de síntomas: fatiga, aumento de peso, sensación de frío, problemas con el cabello, la piel, los músculos, la memoria o el estado de ánimo, etc... Existen diversas acciones y pautas que nos ayudaran al organismo

frente al hipertiroidismo, un ejemplo de ello serían los alimentos que se deben ingerir: repollo, coliflor, brócoli, rábano y coles de Bruselas, carnes de ternera, pollo, pavo y pescado ricos en selenio, huevos, frutas frescas, sobre todo, melón, ciruela, limón y naranjas. Con respecto a los alimentos que no se pueden o deben comer destacan los siguientes: sal, grano, cereales, algún tipo de pan, pescado, marisco, el pollo, leche y otros productos lácteos, es decir, las fundamentales fuentes de Yodo. Uno de los síntomas de la tiroiditis subaguda es un dolor en el cuello, que viene ocasionado por la glándula tiroidea que se hincha o se inflama. En algunas ocasiones, el dolor puede diseminarse (irradiarse) a la mandíbula y a los oídos. La glándula tiroidea puede llegar a estar con dolor semanas y en algunos casos meses.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, tras lo visto en apartados anteriores, el hipertiroidismo en Atención Primaria es una patología menos usual y por esta razón se debe fomentar la formación sobre su tratamiento, los efectos secundarios y las reacciones adversas del mismo, las cuales son más complicadas de ajustar. Las afectaciones a nivel de la glándula tiroidea son la patología más frecuente en la consulta del médico de atención primaria por detrás de la diabetes.

Es muy importante que el personal sanitario aplique y conciencie al paciente y su entorno los tratamientos adecuados para llevar a cabo un buen seguimiento de estos pacientes y posterior derivación al servicio de endocrinología para su seguimiento y ajuste de tratamiento y pruebas complementarias necesarias según la causa del hipertiroidismo.

6 Bibliografía

1. Gómez, S. O., Alcaina, M. B., & García-Algar, O. (2009, January). Hipotiroidismo congénito diagnosticado tardíamente. In *Anales de Pediatría* (Vol. 70, No. 1, pp. 93-94). Elsevier Doyma.
2. Serna Arnáiz, M., Galván Santiago, L., Gascó Eguiluz, E., Manrique Manrique, M., Foix Oña, M., & Martín Gracia, E. (2003). Estimación de la prevalencia de hipotiroidismo en Lleida a partir de la prescripción de hormonas tiroideas. *Revista española de salud pública*, 77(3), 405-410.
3. Unanua, M. P., Pascual, C. M., González, Y. M., Begué, M. R., & Inclán, N. O. (2008). Manejo de la patología tiroidea en Atención Primaria I. Cribado de

patología tiroidea. Hipotiroidismo. SEMERGEN-Medicina de Familia, 34(9), 450-454.

Capítulo 127

CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE LOS PRIMEROS AUXILIOS

ROCIO HEVIA GONZALEZ

MARIA CALVO PÉREZ

LAURA CASTRO MENENDEZ

CINTHIA CAROLINA CAÑETE ROMERO

VIRGINIA ÁLVAREZ PELÁEZ

1 Introducción

Los primeros auxilios son las medidas que se toman ante una persona lesionada, que esta enferma o inconsciente, hasta la llegada del equipo sanitario. Es una ayuda que se aporta en situaciones de riesgo. Los primeros auxilios se brindan principalmente en casos como: asfixia, fracturas, hemorragias, traumatismos, etc. Existen 7 pasos básicos de primeros auxilios:

1. Contrólate.
2. Seguridad personal.
3. Evaluar a la persona lesionada.
4. Evaluar signos vitales.
5. Si hubiera asfixia, y la persona no puede respirar se deberá intentar hacer que salga lo que está obstruyendo las vías.
6. Si no hay respiración se procederá a la respiración de salvamento.
7. Reanimación cardio pulmonar (RCP).

En el día a día nos podemos encontrar ante estas situaciones y es fundamental tener unos conocimientos básicos de los primeros auxilios. Es primordial saber lo que se tiene que hacer y lo que no en las diferentes situaciones que puedan ocurrir, manteniendo siempre la calma y entendiendo hasta donde podemos llegar. Si hacemos las cosas bien y llevamos los primeros auxilios de forma correcta a la práctica podemos salvar la vida de una persona. Y si hacemos las cosas mal y no tenemos conocimiento de las limitaciones que tenemos podemos causar la muerte de la persona. Por eso ante una situación así es muy difícil actuar. En la actualidad existen muchos cursos y talleres sobre los primeros auxilios.

2 Objetivos

Describir el procedimiento para ejecutar los primeros auxilios a una persona que los requiera.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo hemos realizado una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos, artículos expuestos sobre este tema entre los años 2018-2020. También hemos usado palabras clave como: primeros auxilios, proteger, socorrer, auxiliar, conocimientos básicos de enfermería, etc.

4 Resultados

Es importante que todas las personas tengan unos conceptos mínimos de cómo realizar unos primeros auxilios, independientemente de que sean profesionales de la salud. Estos conocimientos mínimos deberían ir encaminados a conocer aspectos como: la reanimación cardiopulmonar o RCP, cómo actuar en caso de ahogamiento o asfixia, cómo tratar las quemaduras, el manejo y el tratamiento de heridas abiertas, así como la forma de actuar frente a una hemorragia.

En el caso del personal sanitario se han de llevar a cabo los primeros auxilios y sus actuaciones deben estar basadas siempre en la conducta que denominados P.A.S: proteger a la víctima y al conjunto de personas que forman parte del entorno. Alertar al personal sanitario cuando se esté ante una situación grave. Socorrer a la víctima hasta que acudan los servicios sanitarios. En el caso de que la persona responda a estímulos debe dejarla donde está, ayudarla y estar con la víctima hasta la llegada del personal sanitario.

Como personal sanitario debemos tener en cuenta las siguientes reglas:

1. Identificar los potenciales peligros en el lugar del accidente y atender a la víctima en una zona segura.
2. Aflojar la ropa y controlar que no haya otras lesiones bajo la misma, por lo que se ha de revisar de cabeza a los pies y de frente y de espalda.
3. No realizar movimientos innecesarios del accidentado.
4. Tapar al lesionado con una manta para mantenerle la temperatura corporal.
5. No debemos realizar comentarios sobre el estado de salud del lesionado, sobre todo si se encuentra inconsciente.
6. Buscar ayuda entre los presentes si tienen si tienen conocimientos en primeros auxilios.
7. En el caso de que existan varios accidentados se ha de priorizar la atención de la siguiente forma:
 - Accidentados que sangran profundamente.
 - Aquellos que no presentan señales de vida (muerte aparente).
 - Accidentados con quemaduras graves.
 - Fracturados.
 - Heridas leves.

5 Discusión-Conclusión

Tras lo visto en los apartados anteriores y como conclusión final podemos decir que a diario existen todo tipos de accidentes que ocurren en nuestro entorno y que, desafortunadamente, provocan lesiones o heridas que en algunos casos ocurren a nuestros seres queridos sin que podamos hacer nada. Por esta razón es importante que toda persona, sanitario o no, tenga unas nociones básicas sobre la asistencia de primeros auxilios a aquellas personas accidentadas. Estos primeros auxilios son vitales para la salud de las víctimas porque pueden desempeñar un papel fundamental en accidentes graves e incluso salvar vidas; además, el conocimiento de las acciones para realizar los primeros auxilios a través de cursos aporta la destreza necesaria para manejarse en situaciones complejas.

6 Bibliografía

1. Tenorio, D., Escobar, J. M., Stid Garzón, E., Castaño, C., & Acevedo, A. (2009). Efectividad de intervenciones educativas en primeros auxilios.

2. Izquierdo, J. L. (2019). Propuesta de un proyecto interdisciplinar para el fomento del aprendizaje de los primeros auxilios en educación física. *EmásF: revista digital de educación física*, (60), 91-105.
3. Guillamás, C., Gutiérrez, E., Hernando, A., Méndez, M. J., Sánchez-Cascado, G., & Tordesillas, L. (2017). *Primeros auxilios II (Técnicas básicas de enfermería)*. Editex.

Capítulo 128

LAVADO GÁSTRICO

M^a ELENA FERNANDEZ GONZALEZ

ALEJANDRA PÉREZ DE LA FUENTE

MARTA TARDON LOPEZ

ANA MARIA FERNANDEZ LLENIN

1 Introducción

El lavado gástrico es una técnica que nos permite vaciar el contenido del estómago para evitar que pase al resto del tubo digestivo y sea absorbido por este. Para ello se introduce una sonda a través de la nariz o la boca, y se extiende a través del esófago hasta llegar al estómago.

El lavado gástrico está indicado únicamente, en aquellas intoxicaciones que sean especialmente graves y pongan en serio peligro la vida del paciente, su máxima eficacia está indicada una hora posteriormente a la ingesta, pero con algunas medicaciones pueden ser hasta cuatro horas posteriormente a la ingesta medicamentosa.

Nunca se introducirán más de 250 mililitros de agua al estómago, de lo contrario podríamos provocar una distensión abdominal al paciente.

El agua tiene que ser siempre templada, de lo contrario le podríamos provocar al paciente una hipotermia.

Durante el lavado gástrico, se colocará al paciente en decúbito supino, con la cabeza a 10° o 15° más baja que el cuerpo (en posición Trendelenburg), ya que así se favorece el vaciado gástrico.

Si el paciente estuviera inconsciente se tendría que intubar previamente para evitar posibles broncoaspiraciones.

El material necesario para el lavado gástrico será, abrebocas, bolsa de irrigación, bolsa de vaciado, sonda orogástrica, jeringa de 50 ml, carbón activo y una palan-gana, por si el paciente vomita.

2 Objetivos

Describir el procedimiento de un lavado gástrico en un paciente con una ingesta medicamentosa, tanto voluntaria como intento aerolítico del paciente.

3 Caso clínico

Paciente de cuarenta y seis años, que llega al hospital Universitario de Cabueñes, en su vehículo propio, acompañada de un familiar, tras encontrarla en el dormitorio de su vivienda bastante adormilada y la paciente contarle que ha ingerido varios blísteres de Lexatín de 3 miligramos, a su llegada a triaje refieren ingesta de varios medicamentos, así como la toma de su tratamiento habitual de Mio-cardis plus 85 mg para su hipertensión y Metformina para la diabetes tipo 2 que padece, la paciente es fumadora de diez u once cigarrillos al día y un vino con las comidas, satura a 96 % con tensiones de 120/80, temperatura de 36´5 grados, frecuencia respiratoria de 70, se le realiza un electrocardiograma y una analítica de urgencia, el electrocardiograma es normal, lo mismo que la analítica, se procede a realizarle el lavado gástrico siendo para ello necesario el kit de lavado, que consta de un abrebocas, una sonda orogástrica, bolsa de irrigación y bolsa de vaciado, también necesitaremos agua templada y carbón activo.

Se colocará a la paciente en posición decúbito súpito, y se le introducirá la sonda por la boca hasta el estómago, se procederá después a la introducción de pequeñas cantidades de agua, que después saldrán a la bolsa de vaciado arrastrando con ella trozos del medicamento ingerido, cuando ya no se aprecian medicamentos expulsados en la sonda, se introducirá el carbón activo, (que se prepara echándole agua hasta la marca indicada en el recipiente del carbón y agitando para que se disuelva bien, repitiendo la operación su fuera necesario, ya que el proceso químico que se produce al mezclarse el agua con el carbón hace que se absorba más agua) para que haga de barrera y no deje que se absorban los posibles restos de pastillas que quedan en el estómago.

4 Discusión-Conclusión

Después de estabilizarla y realizarle el lavado gástrico la paciente pasara a una zona donde le colocaran un monitor para ver en todo momento su evolución cardiaca, respiratoria y saturación la espera de su bajada al box de observación donde estará entre 24 y 48 horas en observación, repitiéndole controles analíticos, y será derivada al área de psiquiatría donde será tratada después.

El lavado gástrico nunca se usará como castigo a los pacientes por ingesta de alcohol, ni en caso de ingesta de productos cáusticos, ya que el producto dañaría durante la ingesta y se correría riesgo de que volviera a dañar si se produjera un vómito por la paciente.

5 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 129

EL PACIENTE CON LA ENFERMEDAD LLAMADA FIBROMIALGIA

MARÍA AMELIA HERES MENÉNDEZ

1 Introducción

La Fibromialgia y el Síndrome de fatiga Crónica son enfermedades de gran impacto social y humano. Su alta prevalencia, la relación estrecha con el sexo femenino y la agregación familiar demostrada, son indicadores de la existencia de una predisposición genética como un factor significativo en el desarrollo de las mismas.

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos de la Fundación de Afectados/as de Fibromialgia y S. Fatiga Crónica (Fundación FF), es el de promocionar el desarrollo de líneas de investigación en estas enfermedades que puedan mejorar el conocimiento de sus mecanismos fisiopatológicos, su Comité científico ha creído necesario potenciar el desarrollo de un Banco de DNA de pacientes afectados de estas enfermedades y de sus familiares de primer grado, con las máximas garantías en la identificación y definición de las características de los pacientes, familiares y controles de los que se obtendrán las muestras, rigurosidad en la obtención y almacenamiento del DNA genómico y seguridad en el cumplimiento de las normas éticas y legales para llevar a cabo dicho proceso.

Dos razones estadísticas justifican y reafirman la oportunidad y necesidad del Banco. Como se ha dicho anteriormente, hay evidencia de una predisposición genética a padecer los síntomas y que está ligado al género (el 95% de los pacientes son mujeres), y también existe evidencia clara de que hay agregación familiar, ya que el riesgo de padecerla al tener un familiar de primer grado afectado es 8 veces mayor. A pesar de ello aún no están identificados los genes claves

para el desarrollo de la enfermedad. Además, el análisis genético tiene que ayudar también a descubrir nuevas moléculas como dianas terapéuticas que ataquen la fisiopatología de las enfermedades.

2 Objetivos

El objetivo general de esta enfermedad es revisar los factores que influyen en la elección del tratamiento y las posibilidades terapéuticas actuales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El procesamiento del dolor es una de las principales funciones fisiológicas que se ven modificadas en la FM. Los pacientes con FM presentan hiperalgesia, aumento de la sensibilidad dolorosa, y alodinia, sensación de dolor ante estímulos que no deberían provocarla. Su umbral es inferior al de las personas sanas y la duración del estímulo suele ser mayor.

El aumento de la actividad cerebral en las áreas de percepción del dolor y las modificaciones en los niveles de distintos neurotransmisores parece que podrían ser responsables. Un ejemplo de estos cambios lo constituyen los bajos niveles cerebrales de

N-acetil-aspartato (NAA) que se han podido observar mediante estudios de neuroimagen.

Sin embargo, no se ha podido determinar si la disminución de NAA desencadena la aparición de dolor crónico, si es al revés o si se desarrollan simultáneamente. Existen otros neurotransmisores tanto de carácter excitador como inhibidor en los que se han detectado alteraciones.

Distintos exámenes de Resonancia Magnética de protón (RMN-H) mostraron que se producían alteraciones en los niveles de glutamato en el cerebro, ante la evocación de dolor por presión. Éstos iban acompañados de modificaciones en la

respuesta cerebral. Lo que sustenta la hipótesis de que la actividad glutamatérgica podría participar en el procesamiento del dolor a nivel central. No obstante, existen algunas dudas en cuanto a estas conclusiones. Las funciones del glutamato en el cerebro no son solo de neurotransmisión sino también metabólicas y las elevaciones del neurotransmisor no se sabe si se produce en el lugar de la sinapsis. Además del aumento de los niveles de glutamato, a nivel excitador, parece que el incremento en los niveles de la sustancia P en este trabajo tiene una finalidad docente. La Facultad de Farmacia no se hace responsable de la información contenida en el mismo. Los pacientes con FM puede ser responsable también de la alteración en el procesamiento del dolor.

5 Discusión-Conclusión

La mayor eficacia terapéutica se consigue con un abordaje multidisciplinar que incluya la información del paciente, el ejercicio físico, las estrategias de intervención cognitivo conductual y la terapia farmacológica.

Hasta el momento no se han podido definir los mecanismos fisiopatológicos que producen las alteraciones presentes en la FM. Aunque uno de los factores que parece más útil como diana terapéutica es la modulación de los niveles de serotonina y adrenalina. Es necesario seguir investigando en este sentido para poder desarrollar medicamentos que actúen sobre las causas etiológicas.

Debido a la ausencia de fármacos que incidan sobre la causa de la enfermedad, el tratamiento es sintomático. La elevada comorbilidad hace que sea de suma importancia realizar un diagnóstico exhaustivo y preciso, que identifique las enfermedades responsables de las alteraciones, para tratarlas adecuadamente.

Finalmente, cabe destacar la esencial función del farmacéutico como persona que goza de un trato directo con el paciente y puede ayudar en la detección de la enfermedad, la resolución de dudas y el control del adecuado seguimiento y efecto del tratamiento.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 130

PROTOCOLO DEL TCAE EN LA HIGIENE DE NEONATOS

RAQUEL CEA RODRIGUEZ

LORENA CASTRO PULGAR

MARÍA REIS NUÑEZ

ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

El cuidado y la protección de la piel de los recién nacidos es un factor importante a tener en cuenta en la atención de la salud, por la transcendencia de este órgano como barrera frente a infecciones, protección de órganos internos, regulador de temperatura y como unión entre el recién nacido, el medio ambiente y los padres. La piel del recién nacido tiene un Ph neutro y está cubierta de vérnix caseosa, con propiedades aislantes, hidratantes, antioxidantes y antimicrobianas.

A día de hoy, no existe una norma fija para realizar el primer baño, ya que los criterios son diversos en cuanto a diferencias culturales y distintas prácticas hospitalarias. Independientemente, el baño debe regirse por un sumo cuidado del bebé, para poder protegerle ante cualquier infección externa y es muy importante tener un correcto aseo del cordón umbilical, ya que aún no está cicatrizado y puede infectarse fácilmente. Debemos tener todos los materiales para el baño bien sea nuevos o desinfectados correctamente para su uso y extremar la higiene de la ropa del recién nacido antes de ponérsela para poder, de este modo, prevenir cualquier tipo de enfermedad.

Tanto el enjabonado como el secado deben realizarse con sumo cuidado y con movimientos circulares muy suaves para no hacerle daño al bebé. Debemos tener muy en cuenta la hidratación de la piel para no crear rojeces ni grietas posteriores.

2 Objetivos

Describir funciones del TCAE en el procedimiento del baño de neonatos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La llegada de un recién nacido supone una responsabilidad para sus padres, los cuales deben cubrir una serie de necesidades que el bebé necesita, entre ellas, el cuidado del aseo corporal.

Los niños menores de un mes requieren unas necesidades de cuidado más costosas y específicas que los que ya han superado dicha edad.

Se harán baños diarios de forma regular, utilizando materiales personales o desechables; el aseo se realizará aunque no le haya caído el cordón umbilical, de este modo lograremos que no se infecte.

Se llenará la bañera de agua hasta cubrir solo una parte del bebé y se comprobará la temperatura antes de introducirlo, ya que debe estar entre 34 y 36 grados.

Para que el bebé se sienta tranquilo y seguro le colocaremos el brazo por detrás, siendo este un apoyo para él.

Realizaremos el baño con suaves masajes circulares de la cabeza hacia abajo, haciendo hincapié en zonas de pliegue para que no se enrojeczan posteriormente. Usaremos siempre gel con Ph neutro y evitaremos mojar la zona de los ojos para que no se le irriten.

No usaremos bastoncillos en ningún caso y cambiaremos la ropa diariamente tras cada baño.

Finalmente, lo secaremos cuidadosamente con suaves toques, aplicaremos crema hidratante en zonas en las que pueden aparecer rojeces y se pondrá el pañal. Para hacer un correcto lavado del cordón umbilical, se deben tomar medidas más específicas para evitar, de este modo, la infección del mismo. Debemos tener una correcta higiene de manos antes de realizarlo, limpiar la zona con agua y jabón con suaves masajes circulares, realizaremos un secado adecuado con cuidado y taparemos con gasas para que no se humedezca. En ciertos casos, se añade un poco de Betadine en las gasas para una mayor desinfección y un secado más rápido de la herida. El cordón debería desprenderse en 15 días, generalmente.

5 Discusión-Conclusión

Estos cuidados que hemos mencionado con anterioridad, proporcionarán baños óptimos y una buena higiene para el bebé y, por lo tanto, una buena salud.

Un recién nacido o neonato es aquel que tiene menos de 28 días de edad, estos días son los que corren mayor riesgo y, por lo tanto, un adecuado cuidado aumentará las posibilidades de sobrevivir del niño.

Debemos saber que lo más importante para el recién nacido es hacerle muy bien los cuidados de aseo, con sumo cuidado, movimientos suaves, geles con Ph neutro compatibles con su piel, puesto que aún la tienen muy sensible, y debemos tener en cuenta la importancia de la hidratación.

Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

Por último y no menos importante se debe de tratar al paciente como un ser particular, singular con sus características propias, es en este apartado donde entraría la capacidad de observación de la TCAE como persona implicada directamente en su cuidado.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 131

EL LAVADO DE MANOS. IMPORTANCIA PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SHEILA PARÍS GONZÁLEZ

1 Introducción

El lavado de manos comienza a cobrar importancia a mediados del siglo XIX, cuando el obstetra húngaro Ignaz Philip Semmelweis, observa que existe una mayor tasa de mortalidad entre las mujeres que dan a luz en los hospitales frente a las que tienen partos sin intervención médica en su propio hogar. Esto es debido a que el personal que trabajaba en los hospitales transmitía de parturienta a parturienta lo que se llamaban fiebres puerperales. Tras la implantación de la higiene de manos en el centro hospitalario vienés en el que Ignaz ejercía su profesión, se redujo significativamente la tasa de mortalidad de las mujeres tras el parto con asistencia médica.

En la actualidad la OMS nos dice que la higiene de manos es el acto de lavarse las manos de forma enérgica (frotando mano con mano), previamente enjabonadas y posteriormente aclaradas con abundante agua. Su propósito es eliminar la suciedad y materia orgánica que pudieran estar presentes en las manos, así como la flora transitoria y residente que en ellas se hallen. Se trata reducir e intentar evitar la propagación de los microorganismos de persona a persona. Esta definición cobra gran importancia en el ámbito hospitalario, ya que el personal sanitario y no

sanitario puede llegar a formar parte de la cadena epidemiológica transmitiendo microorganismos de paciente a paciente.

Vital importancia cobra en el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, ya que se encuentra en contacto directo con diferentes pacientes durante su jornada laboral y el lavado de manos se considera la primera barrera higiénica para impedir o minimizar la transferencia de la infección de unos a otros. Debido a su valor, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe conocer cuál es el lavado de manos adecuado en cada situación dependiendo de los procedimientos que se vayan a realizar y cuáles son los momentos imprescindibles en que la higiene de manos se debe llevar a cabo.

2 Objetivos

- Conocer los momentos en los que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe llevar a cabo el lavado de manos.
- Describir los tipos de lavado de manos.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática en diferentes páginas web, libros especializados y en las principales bases de datos: Google Académico, Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Como términos de búsqueda se emplearon las palabras clave: lavado de manos, desinfección, manos, transmisión, infección.

4 Resultados

Una correcta higiene de manos es importante en la vida diaria, pero aún más en las instituciones hospitalarias donde puede ser esencial para salvar vidas. El personal sanitario es el principal vehículo de transmisión de microorganismos entre personas, tanto entre profesionales como entre pacientes.

La OMS establece 5 momentos en los que el personal en contacto con el paciente debe realizar una correcta higiene de manos:

- Antes del contacto con el paciente.
- Antes de tocar o realizar tareas en superficies o zonas limpias o asépticas.
- Después de cualquier posible exposición a líquidos corporales.
- Después del contacto con el paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

Además de estos 5 momentos, también debe realizarse una correcta higiene de manos al comienzo de la jornada laboral y a la salida del hospital, después de estornudar o toser, después de utilizar el aseo, antes y después de comer, antes y después de servir las comidas. El uso de guantes no exime del lavado de manos, sino que hay que realizarlo de la forma correcta previamente y después de su uso.

Antes del lavado de manos se deben retirar anillos, pulseras y relojes, y además se deben tener las uñas cortas, ya que en ellas se pueden almacenar gran número de microorganismos.

Hay 3 tipos de lavado de manos:

- Lavado de rutina o higiénico: su objetivo es eliminar la suciedad, la materia orgánica y la flora transitoria que se pueda encontrar presente en las manos. Se lleva a cabo antes y después de tocar al paciente, después del contacto con superficies que puedan estar contaminadas y antes y después de quitarse los guantes. Procedimiento: mojarse las manos y muñecas con agua, si es posible templada, aplicar jabón con un dosificador, frotar de forma vigorosa palma con palma, sobre los dorsos de cada mano y muñecas. Se debe tener especial cuidado en los pulgares, zonas interdigitales y uñas. Este enjabonado debe durar unos 30 segundos. Aclarar con un chorro de agua abundante y secarse las manos con una toalla de papel desechándola tras cerrar el grifo con ella. En el caso de que el agua no sea accesible se puede utilizar soluciones hidroalcohólicas siempre que no haya suciedad visible.
- Lavado antiséptico: su objetivo es la eliminación de la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y parte de la flora resistente que se pueda encontrar presente en las manos. Se lleva a cabo antes de la realización de procedimientos invasivos, cuando se entra en contacto con un paciente del que se sospecha una infección epidemiológica grave y antes de entrar en contacto con pacientes inmunodeprimidos. Su procedimiento es igual que el del lavado higiénico, pero se diferencia en el tipo de jabón usado, ya que en este caso será un jabón líquido con antiséptico que puede ser clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%.
- Lavado quirúrgico: su objetivo es eliminar la flora transitoria y la flora resistente que se pueda encontrar presente en manos, muñecas y antebrazos. Se ll-

eva a cabo antes de cualquier intervención quirúrgica o procedimiento invasivo que requiera de un alto grado de asepsia. Procedimiento: se debe abrir el grifo con el sistema de pedal o codo, aplicar jabón antiséptico y frotar vigorosamente manos y antebrazos, frotando bajo las uñas con un cepillo desechable, aclarar con agua corriente abundante y repetir los dos pasos anteriores durante 2 minutos al menos, aclarar con agua abundante y secar dando toques, sin frotar con una toalla estéril, se empieza por los dedos y se va avanzando en dirección a los codos. Las manos se deben colocar más altas que los codos durante todo este procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

Ya desde mediados del siglo XIX se conoce la importancia de una correcta higiene de manos, pero en la actualidad cobra aún mayor relevancia, siendo un acto sencillo y eficaz para evitar la transmisión de virus como por ejemplo el Covid-19 u otros microorganismos que se encuentran presentes en nuestro entorno.

Un correcto lavado de manos es de vital importancia en el ámbito hospitalario, ya que con él se disminuirá en gran medida la transmisión de microorganismos tanto entre pacientes como entre estos y el personal sanitario, disminuyendo la aparición de enfermedades nosocomiales. Es esencial que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) conozca los momentos en los que se debe realizar una correcta higiene de manos, así como las diferentes recomendaciones adicionales que se dan a ello.

Asimismo, es importante que en su contacto directo con el paciente sepa reconocer el tipo de lavado de manos que ha de llevar a cabo según el procedimiento que se vaya a realizar en cada momento.

6 Bibliografía

1. www.revista.medica.com.
2. <https://scielo.isciii.es/scielo.php>.
3. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. Ginebra: OMS; 2005.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/informaciongeneral/calidad/lavado-higienico-manos>.

Capítulo 132

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

SARA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

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. 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.

Todas estas actividades, dirigidas a las personas, a familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinarios, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, de esta manera como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados.

La Atención Primaria debería ser considerada como un factor determinante en el sistema sanitario dado el papel fundamental que posee sobre los indicadores del nivel de salud de la comunidad y por su gran importancia en cuanto a la curación y prevención de enfermedades y promoción de la salud.

La Atención Primaria debe ofrecer servicios según la necesidad, y dar respuesta a la mayoría de los problemas.

Los atributos básicos de la atención primaria, la accesibilidad, la coordinación, la integralidad, la longitudinalidad y la calidad de la prestación, son los que marcan su calidad y eficiencia.

2 Objetivos

- El principal objetivo será conocer las Funciones que debe realizar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Atención Primaria.
- Valorar la importancia de los Técnicos en Cuidados Auxiliares en Enfermería en Atención Primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre las Funciones del TCAE en Atención Primaria. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es un eslabón más de la cadena que forma el equipo de personal sanitario y no sanitario del que se compone la Atención Primaria.

En cuanto a las funciones específicas del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de Atención Primaria podemos mencionar las siguientes:

- Colaborar en pruebas diagnósticas, supervisados por el personal de enfermería.
- El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe participar en la elaboración del diagnóstico de salud de la zona, colaborando en tareas de planificación, organización y evaluación de los programas de salud.
- Otra de sus funciones consiste en contribuir con los proyectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades que se realicen en el Centro de Salud.
- Realizar las tareas relacionadas con la higiene, vestir o desvestir al paciente y ayudarle siempre que sea preciso.
- Procesos de abastecimiento de medicación, de material fungible y de instrumental.

- Revisión y reposición de medicación, material fungible e instrumental de la sala de urgencias, sala de curas y consultas.
- Apoyar en las tareas que sean precisas al resto del personal sanitario, sobre todo trabajando codo con codo con enfermería.

Es importante por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería 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.

A su vez, es de vital importancia que el TCAE conozca el uso del material del carro de emergencias, y además una formación continua adecuada.

El Servicio de Atención Primaria, al igual que otros Servicios, está formado por equipos multidisciplinares, en los que todo el personal sanitario debe implicarse por el bien de la salud de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Cuando hablamos de Atención Primaria nos referimos al primer nivel del sistema de salud, que se caracteriza por prestar atención integral a la salud. Este sistema de atención tiene como principal objetivo atender a todas las personas en sus problemas de salud, así como también llevar adelante campañas preventivas y de rehabilitación.

Generalmente, el servicio de Atención Primaria está organizado en equipos de trabajo multidisciplinarios donde TCAE, Enfermeros y Médicos se complementan a fin de llevar a cabo sus tareas y funciones de prevención, curación y promoción de la salud.

Es necesario por parte del TCAE tener unos conocimientos para actuar ante cada tipo de emergencia: material, instrumental, medicación y todo lo que rodea una urgencia en el centro de salud.

Por lo tanto, el TCAE debe desarrollar sus funciones de forma coordinada con el resto de recursos humanos del Centro de Salud, para garantizar así, una mayor calidad asistencial del servicio.

6 Bibliografía

1. <https://www.aetesys.es/que-hace-la-técnico-en-Enfermería-en-atención-primaria/>.
2. https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud.
3. <https://www.fp-santagema.es/funciones-los-auxiliares-Enfermería-los-centros-salud-públicos/>.
4. Declaración de Alma-Ata http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.

Capítulo 133

LA ENFERMEDAD DE LA PIEL LLAMADA PSORIASIS

BEATRIZ MUÑIZ NOGUEIRA

1 Introducción

La psoriasis (AFI: [so'rja.sis], del griego ψώρα, picor) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel de origen autoinmunitario, que produce lesiones escamosas engrosadas e inflamadas, con una amplia variabilidad clínica y evolutiva. No es contagiosa, aunque sí puede ser hereditaria.

Puede afectar a cualquier parte de la piel, frecuentemente a las zonas de codos, rodillas, cuero cabelludo, abdomen, piernas y espalda. No es raro que produzca afectación de las uñas. Esto se conoce como psoriasis ungueal. Las uñas pueden ser la única zona afectada al principio de la psoriasis. En ocasiones produce complicaciones como la artritis psoriásica.

La clasificación más utilizada se organiza según los síntomas, los tipos de lesiones cutáneas y la gravedad general del cuadro. Es la clasificación más útil para la elección de su tratamiento y para el conocimiento del pronóstico de la enfermedad en cada paciente. La clasificación está detallada en el apartado Cuadro clínico. En la antigüedad era falsamente diagnosticada como lepra, debido a la similitud de sintomatología.

La clasificación más utilizada se organiza según los síntomas, los tipos de lesiones cutáneas y la gravedad general del cuadro. Es la clasificación más útil para la elección de su tratamiento y para el conocimiento del pronóstico de la enfermedad en cada paciente. La clasificación está detallada en el apartado Cuadro clínico. En

la antigüedad era falsamente diagnosticada como lepra, debido a la similitud de sintomatología.

2 Objetivos

Describir la enfermedad psoriasis, así como sus efectos secundarios y factores desencadenantes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La psoriasis es una enfermedad multifactorial compleja, de origen autoinmune, y su etiología exacta es en gran parte desconocida. Se ha demostrado una predisposición genética, la cual sin embargo no puede explicar completamente la patogénesis de la enfermedad. Además de la susceptibilidad genética, se suman factores ambientales, así como el género y la edad. Recientemente, ciertos desequilibrios en los mecanismos de regulación epigenéticos se indican como elementos causales en la psoriasis.

Existe una gran variedad de factores desencadenantes, tanto del episodio inicial como de empeoramientos o de reaparición después de remisiones aparentemente completas:

Infecciones: causadas por bacterias (*Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*), hongos (*Malassezia*, *Candida albicans*) o virus (papilomavirus, retrovirus, virus de la inmunodeficiencia humana).

Fármacos: tratamientos como las sales de litio, betabloqueantes, antimaláricos, anti-inflamatorios no esteroideos (AINE), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o la retirada de los tratamientos con corticosteroides.

Dieta y consumo de alcohol: factores dietéticos tales como el gluten y el alcohol.

Traumatismos: es muy frecuente que los pacientes psoriásicos presenten el fenómeno de Koebner, y las lesiones aparezcan en la piel inicialmente sana que recibe

un traumatismo, rasguño, cortaduras, rascado, quemaduras solares, etcétera, tras un período de incubación de entre 7 y 14 días.

Factores psicológicos: aunque no se asocia a ningún trastorno de la personalidad, el estrés emocional puede desencadenar o agravar la psoriasis.

Factores climáticos: los climas fríos se asocian a empeoramientos de la enfermedad y los calurosos a la mejora. En general, los pacientes mejoran con la exposición al sol; sólo entre el 5 y el 10 por ciento presentan psoriasis fotosensibles.

Factores endocrinos: no está clara la relación, aunque se evidencian picos de máxima incidencia en la pubertad y la menopausia, mejora con el embarazo y empeora tras el parto.

5 Discusión-Conclusión

En general, el diagnóstico de la enfermedad de la piel llamada psoriasis, se basa en la apariencia de la piel y suele ser suficiente con la realización de una buena historia clínica. Las analíticas sanguíneas no son herramientas valiosas para el diagnóstico de la psoriasis. No obstante, teniendo en cuenta las diversas presentaciones clínicas y su parecido con otras enfermedades de la piel papuloescamosas, puede ser difícil su diagnóstico para los médicos no dermatólogos. En caso de duda, se puede realizar una biopsia cutánea.

La psoriasis es una enfermedad común y de larga duración (crónica) que no tiene cura. Tiende a tener ciclos, con brotes que duran semanas o meses y que luego disminuyen o incluso entran en remisión. Existen tratamientos para ayudar a controlar estos síntomas.

6 Bibliografía

1. Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2021-12-01]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>.

ISSN 1024-9435.

2. Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED, Ciudad de La Habana, v. 13, n. 6, dic. 2005. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>.

accedido en 01 dic. 2021.

Capítulo 134

EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

AZUCENA ARNIELLA ALVAREZ

TATIANA ARGÜELLES FERNÁNDEZ

PABLO GARCIA SUAREZ

MARIA JOSEFA LOPEZ GANCEDO

NURIA BERNARDO SUÁREZ

1 Introducción

En los servicios de salud pública, todo el personal médico, como ninguna salud, este día durante el otro día, estamos tratando con muchos datos e información sobre personas, pacientes y otros usuarios acceden a servicios públicos.

Estamos accediendo constantemente a la información sobre su estado de salud y datos personales, por ejemplo, cuando realizamos el próximo préstamo y registro de su historial clínico en la fecha o prueba requeritiva de nuestro centro médico o hospitalario, cuando citamos un volante de una consulta y nosotros Advierte la fecha y la hora de la nueva cita, directamente al contador donde nos unimos, si la cita se establece por teléfono o cuando hacemos una cita usando la oficina de correos, cuando re-programamos citas. Y usamos una lista reordenada nuevamente y el anuncio se agrega a su historia clínica o al acuse de recibo de atención especializada durante la incautación de la puerta, salva el hospital, o simplemente en el transporte de transporte sanitario.

Para todos estos datos administrados continuamente a través de computadoras y planes de salud pública, trabajamos con los derechos de que el paciente tiene sus datos personales y procesos de apoyo similares parpadean con él. Identifique claramente las obligaciones que tenemos son un sistema de atención médica, sobre la base de nuestro conocimiento en las leyes que rigen nuestras obligaciones y en las que protegen los derechos del paciente y nuestros usuarios.

2 Objetivos

Determinar nuestros conocimientos en las leyes que regulan nuestras obligaciones y en las que protegen los derechos de nuestros pacientes y usuarios sobre la salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Reconoce el derecho de proteger la salud, la delegación de las agencias públicas a través de medidas preventivas, organizaciones y tutores de salud pública, servicios necesarios y beneficios de las leyes en nuestros derechos y obligaciones. Sobre este tema, Ley 14/1986 del 25 de abril, la salud general también reconoce los derechos del paciente y tiene la confidencialidad de la información sobre el proceso de atención, como el respeto por las personas, la dignidad y la privacidad, y aquellos que no están discriminados; estar informado de los servicios médicos que puede acceder y saber que tiene derecho a la seguridad de toda la información sobre su proceso. Ley 41/2002, en el 14 de noviembre, la regulación básica de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones de la información sobre la información y los documentos clínicos, las regulaciones, como el nombre y el paciente, muestran mi deseo y se les informa sobre la clínica de documentos que ocurre cada tiempo los centros médicos. Ley orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de protección de datos personales y derechos digitales garantizan la garantía de

adaptar la Ley del Reglamento (UE) 2016/679 El Departamento General de Protección de Datos y Derechos de Marcado y la obligación de que tenemos que completar son los ciudadanos en todo lo que Mencionar el manejo de datos personales. Nuestras obligaciones los identifican claramente definiendo claramente la ley del 55/2003 del 16 de diciembre del marco del personal del Servicio Médico bajo la ley. En el Capítulo IV, es de derechos y obligaciones y precisión en el artículo 19, nos dice los derechos que tenemos pacientes y usuarios, cómo debemos desempeñar nuestros trabajadores y obligaciones. En el Capítulo IV, es de derechos y obligaciones y precisión en el artículo 19, nos dice los derechos que tenemos pacientes y usuarios, cómo debemos desempeñar nuestros trabajadores y obligaciones.

5 Discusión-Conclusión

Al proteger los derechos de nuestros pacientes, les brindamos una atención médica de calidad y respetamos uno de sus derechos fundamentales, que es la salud. Lo que tenemos que tener en cuenta es que hay momentos en nuestra vida que todos pasamos como usuarios o contra pacientes en los que queremos ayuda médica y ellos se preocupan por nosotros en ese momento en que llegamos a un buen trato porque conocemos nuestros derechos y obligaciones como pacientes y usuarios sabiendo que existen leyes que nos protegen y abalan a todos los usuarios independientemente de quienes seamos y así es la protección de nuestra salud.

6 Bibliografía

1. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
2. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>
3. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
4. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>
5. Agencia de protección de datos. Guía para pacientes y usuarios de la sanidad. Noviembre 2019.
6. <https://www.aepd.es/media/guias/guia-pacientes-usuarios-sanidad.pdf>
7. Constitución Española. Artículo 43.
8. <https://www.boe.es/legislacion/documentos/Constitucioncastellano.pdf>

9. 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.
10. [https://www.boe.es/ buscar/pdf/2002/ BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf](https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf)

Capítulo 135

LA SEDACIÓN PALIATIVA COMO CAPÍTULO FINAL DE VIDA

ANA CRISTINA ALBEDRO CEBALLOS

1 Introducción

Como breve resumen definimos la sedación a aquel estado de calma o relajación que causan ciertos fármacos. Se puede usar la sedación para ayudar a suavizar la ansiedad durante los procedimientos médicos o quirúrgicos, o para ayudar a lidiar con ciertos acontecimientos que resultan muy estresantes. También pueden intercambiarse al mismo tiempo medicamentos que alivian el dolor existente.

La mitad de los pacientes terminales no reciben cuidados paliativos, esto significa que solo entre un 20 o 30% de dichos enfermos necesitan de una sedación cuando van a morir para estar en un estado aletargado y no sentir dolor, aunque desgraciadamente, no siempre se les ofrece. Por esto, en España, gran parte de la población sigue sin tener acceso a la sedación y muchos sujetos terminan falleciendo con un enorme dolor y una gran agonía.

La sedación paliativa, cuando es oportuna, es un deber del médico y por supuesto, un derecho del paciente.

Hay que saber, que la diferencia entre sedación paliativa y la eutanasia es clara y viene determinada por la intención, el procedimiento y el resultado.

En la sedación lo que se busca es mermar el nivel de consciencia, con la menor dosis necesaria de fármacos, evitando así, que el paciente perciba el síntoma contrario. En la eutanasia, sin embargo, se busca deliberadamente la muerte anticipada mediante el suministro de medicamentos en dosis letales, concluyendo así con el sufrimiento del paciente.

2 Objetivos

Describir la utilización de sedación paliativa para enfermos en la última etapa de la vida.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda en diferentes bases de datos, Google académico, Empendium, etc., utilizando palabras claves como sedación paliativa, eutanasia y fármacos. También se ha hecho una búsqueda sistemática en libros y consultado las principales bases de datos, seleccionando los principales artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para algunos enfermos, precisamente en la última etapa de su vida, la fuente del sufrimiento son síntomas muy pronunciados e imposibles de tratar. La sedación en cuidados paliativos es un procedimiento llamado de último recurso en casos de enfermedad crónica y progresiva en la etapa terminal, cuando el paciente especifica que el sufrimiento es insostenible, y a su vez cuando el personal sanitario ha acabado con todas las posibilidades terapéuticas disponibles para aplacarlo. En esos casos es un procedimiento éticamente aceptado, que consiste en inducir una sedación farmacológica deliberada, que reduce el nivel de conciencia o mantiene la inconciencia. En la toma de decisión sobre la sedación paliativa es importante la intención para la eliminación o alivio del sufrimiento, imposible de conseguir de otra manera, y no acortar/quitar la vida al paciente. Por estos motivos tanto la sedación paliativa, como la eutanasia y el suicidio asistido tienen nada en común.

En los enfermos terminales la estrategia terapéutica es paliativa, esto quiere decir que estamos hablando de dos conceptos y son sedación paliativa continua/intermitente; superficial/profunda; precisa consentimiento explícito, implícito o delegado) y sedación terminal (superficial/profunda; precisa consentimiento explícito, implícito o delegado; solicitado por 1/4 o 5 enfermos), en los que la administración de fármacos sedantes pretende conseguir el manejo de diversos problemas clínicos como, por ejemplo; ansiedad, disnea, insomnio, crisis de pánico, hemorragia, sedación previa a procedimientos dolorosos, etc

Respecto a cuánto tiempo puede durar una persona sedada cabe destacar en

primer lugar, que la sedación en sí no provoca la muerte del individuo, sino que la causa de esta será la enfermedad que tenga. Sin embargo, cuando se atribuye la sedación terminal es porque los médicos ya saben que no hay posibilidad de que el paciente pueda sobrevivir.

Debemos mencionar que los factores que afectan al tiempo que un paciente permanece sedado antes de morir son numerosos, como la fase en la que se encuentra la enfermedad o también influye el estado físico que presente en el momento de la sedación. Debido a estos factores la persona puede llegar a sobrevivir desde unas pocas horas, días o incluso semanas.

5 Discusión-Conclusión

Cabe destacar que la sedación paliativa no es eutanasia y las diferencias que existen entre ambas se debe al objetivo, al proceso y a el resultado.

La sedación paliativa es un procedimiento terapéutico marcado por el médico destinado para mitigar los síntomas opuestos que pueden surgir en el contexto del enfermo al final de la vida. Los motivos más frecuentes son delirio, dolor y disnea, en la mayoría de los casos los síntomas son concurrentes. Se deben cumplir los siguientes requisitos: síntoma refractario, enfermedad terminal y consentimiento, y en lo posible estar avalada por una segunda opinión médica. Diremos que es un artificio relativamente frecuente y constituye una buena práctica cuando está indicada. Se debe registrar siempre el proceso monitorizado y a su vez deberá archiversse en la historia clínica; esto constituye la mejor garantía ética. Por último, se debe estar atento y disponible para acompañar a la familia en el momento que necesite.

6 Bibliografía

1. <https://www.cancer.gov/>
2. <https://www.elconfidencial.com/>
3. <https://paliativossinfronteras.org/>
4. <https://empendium.com/>
5. <https://www.humanizar.es/>
6. <https://www.20minutos.es/>
7. <http://www.scielo.edu.uy>
7. <http://www.medicosypacientes.com/>

Capítulo 136

EL ÓRGANO QUE NOS PROTEGE APODADO PIEL

ANA CRISTINA ALBEDRO CEBALLOS

1 Introducción

Llamamos piel al órgano más extenso de nuestro cuerpo. Esta junto con sus derivados como el cabello, las uñas y las glándulas sebáceas y sudoríparas, forman el sistema tegumentario. Debido a una de sus principales funciones denominada protección, nuestro organismo está a salvo de cualquier factor externo como son sustancias químicas, bacterias y temperatura.

Destacaremos también otra función de suma importancia referente a la piel como es la termorregulación corporal. La piel es un órgano extraordinario, ya que, nos va a proteger de cualquier agente externo que esté dispuesto a invadir nuestro cuerpo.

Representa casi 1/6 de nuestro peso corporal pudiendo así llegar a pesar hasta 10 kilos y tiene una extensión superior a 2 metros cuadrados. Sin ella los músculos, órganos y huesos nos colgarían por todas partes. Está formada por varias capas denominadas epidermis, dermis e hipodermis.

Nuestra piel es vital para nuestra salud y bienestar general. Una piel sana mantiene el equilibrio de líquidos, a su vez contribuye en la regulación de la temperatura corporal y actúa como primera línea de defensa en nuestro organismo frente a virus y bacterias.

Es un órgano muy sensible y reconoce el toque más suave así como el dolor.

Según sea el estado que la piel tenga puede ejercer un impacto significativo sobre nuestra autoestima.

2 Objetivos

Describir la piel como órgano protector destacando su importancia.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de libros y revistas científicas relacionadas con las ciencias de la salud, así como también se analizaron documentos de orden científico. Consultando además artículos en las principales bases de datos como Medlineplus, Medicoplus, Wikipedia, etc.

4 Resultados

El cutis, otro apodo de la piel, es el órgano más grande que tiene el cuerpo, ya que es el encargado de cubrirlo completamente actuando a su vez como barrera protectora. También es uno de los principales órganos sensoriales debido a las terminaciones nerviosas captadoras de tacto, dolor, presión y temperatura. Este órgano también lo forman varias estructuras llamadas las faneras y son el pelo, uñas, glándulas sebáceas y sudoríparas.

La piel tiene diferentes funciones como son protección, termorregulación, sensibilidad, absorción y excreción de sustancias y sintetizar la vitamina D.

Ahora hablaremos un poco sobre las capas de la piel y sus funciones.

Empezaremos por la epidermis ya que es la capa más exterior. Es también la más fina, a excepción de la planta de los pies, que tiene más espesor. La función de esta capa es impedir la entrada de patógenos debido a su firmeza, como bacterias, virus, hongos y patógenos. La misión de la regeneración se encuentra en esta capa como también la de limitar la pérdida de agua, asegurándose de que cumpla todas sus funciones de protección y a su vez estar firme y flexible debido a su hidratación. Además de protegernos de los ataques procedentes de los patógenos y lesiones físicas, la epidermis es la capa que absorbe los golpes, llegando incluso a impedir que las quemaduras lleguen a las zonas más internas y sensibles que hay en nuestro cuerpo actuando como primera línea que está en defensiva.

La siguiente capa es la dermis y nos referiremos a ella como la más gruesa y pese a ser firme, sigue siendo elástica. Sus elementos principales son el colágeno, la elastina (dan fuerza, flexibilidad y firmeza a la piel para luzca sana, joven) y el ácido hialurónico (encargado de retener el agua). De esta forma los tres mantienen el volumen en el cutis. La dermis es la capa que mejor amortigua los golpes debido al contenido elevado de elastina y colágeno. El ácido hialurónico, al retener el agua, impide la formación de arrugas. A su vez, al disponer de irrigación sanguínea, nutre la epidermis enviándole todo el oxígeno y nutrientes recogiendo también, las sustancias desechables para proceder a su eliminación. La dermis al contener glándulas sebáceas es la encargada de liberar los lípidos hacia la capa más externa de nuestra piel. Por otro lado, esta capa tiene una de las funciones más importantes que es la regulación de la temperatura. Y ya, por último, la dermis nos permite el sentido del tacto, el dolor y la sensación de la temperatura debido que en ella se encuentran las terminaciones nerviosas.

De la última capa de la piel denominada hipodermis diremos que es la capa más interna de la piel. Está formada por unas células (adipocitos) que al estar compuestas casi en su totalidad por lípidos forman los tejidos grasos de nuestro cuerpo. Está compuesta también por numerosos vasos sanguíneos y unas fibras de colágeno que mantienen unidos los adipocitos entre sí. Esta capa no cumple con tantas funciones como las capas anteriores, pero es muy importante a nivel estructural. De las funciones de la hipodermis podemos decir que, al ser la capa con más grasa, funciona como aislante del cuerpo tanto para el frío como para el calor. La hipodermis nos amortigua los golpes debido al tejido graso y las fibras de colágeno. Y, para terminar, diremos que su principal función es servir como almacén de energía debido a los adipocitos, que en caso de necesitarlos servirían como fuente de grasa.

5 Discusión-Conclusión

El cuerpo humano, en este caso, nunca está desnudo debido a nuestra piel la cual nos aporta tantos beneficios incluido el placer, ayudándonos a su vez, a protegernos de los agentes dañinos que hay en el exterior. Es un órgano de inmunidad innata y extraordinario, debido a la capacidad que tiene para recuperarse y renovarse, ya que, a lo largo de nuestra vida parte de sus zonas están continuamente expuestas tanto al frío, calor, golpes, bacterias, etc.

Las dos tonalidades que tiene la piel como son tonalidad clara y tonalidad oscura han evolucionado de tal manera, que la clara promueve la producción de la

vitamina D y la oscura evita que la luz solar destruya el folato.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/>
2. <https://es.wikipedia.org/>
3. <https://medicoplus.com/>

Capítulo 137

MUERTE SÚBITA EN ADULTOS

ANA CRISTINA ALBEDRO CEBALLOS

1 Introducción

Resumiremos la muerte súbita como una parada cardíaca que se produce de modo improvisado y de forma brusca en personas que se supone gozan de una buena salud. Esta parada del corazón se produce inesperadamente, y si no se recibe atención sanitaria inmediatamente, el paciente terminará muriendo.

En España cada año existen alrededor de 30.000 muertes súbitas. La posibilidad de sobrevivir cuando se produce en la calle es baja, entre un 5 y un 10%. Dentro de los factores de riesgo que influyen en muerte súbita son la edad, el sexo y los factores de riesgo cardiovasculares clásicos. Aunque también influye la actividad física que se realice, así como la ingesta de fármacos y drogas.

Más del 50% de las muertes súbitas se debe a una de las representaciones más exageradas de la cardiopatía isquémica, la fibrilación ventricular. Además, más del 80% de los casos de muerte súbita en adultos son de origen cardíaco como es el caso de deportistas de élite que, a pesar de llevar una alimentación estrictamente equilibrada y una rutina diaria de entrenamiento, desgraciadamente cada vez se dan más casos de muerte súbita a edades más tempranas.

Un estudio realizado por un consorcio internacional de investigadores de diferentes centros demuestra que una anomalía en el nivel de la proteína KLF15, que controla a su vez el nivel de KChIP2, afecta a la repolarización de los miocitos cardíacos al alterar la corriente de potasio que los regula. Esta variabilidad en el nivel de KChIP2 es determinada por la hora del día.

2 Objetivos

Describir la muerte súbita en adultos y destacar la importancia de promover la educación en maniobras de reanimación cardiopulmonar como a su vez el uso de desfibriladores automáticos.

3 Metodología

Con el fin de encontrar la mejor información para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo un trabajo persuasivo y meticulado, basándose en búsquedas bibliográficas y consultando, a su vez, artículos en las principales bases de datos: Google académico, MedlinePlus, Scielo, topdoctors.

4 Resultados

Como describimos anteriormente, la muerte súbita es la aparición repentina e inesperada de una parada cardíaca que se produce en una persona aparentemente sana y en buen estado.

Podríamos decir que la principal causa de dicha muerte es una arritmia cardíaca, con la que el corazón pierde su capacidad de contraerse de forma organizada y deja de tener latido. La persona afectada primero pierde el pulso y, en pocos segundos, el conocimiento y la capacidad de respirar. Si por algún motivo dicha persona no recibiese atención inmediata, la consecuencia es la muerte en pocos minutos.

El único tratamiento en el momento de producirse dicha parada respiratoria es la desfibrilación y debe efectuarse inmediatamente. Por eso, en el caso de no tener a mano un desfibrilador, es importante iniciar rápidamente la reanimación cardiopulmonar. Además, debemos seguir ejecutando dicha reanimación hasta la llegada de los efectivos sanitarios.

Las personas que practiquen un deporte más extremo como triatlón, maratones o disciplinas semejantes deben ponerse en manos de un cardiólogo realizando un electrocardiograma y una prueba de esfuerzo exigente.

Los adultos con mayor riesgo de padecer una muerte súbita son aquellos que presentan enfermedades cardiovasculares, principalmente arterioesclerótica, asociadas a la edad, cargas genéticas y también depende si existe un estilo de vida

“desordenado” (alimentación pésima, poco ejercicio, tabaco, alcohol, etc.

Hablando sobre que se podría hacer a modo de prevención de la MS podríamos decir que la primera medida sería llevar una vida saludable como, por ejemplo, no fumar, controlar el peso y el tipo de alimentación y realizar algún ejercicio físico.

También resultaría de suma importancia que antes de empezar a practicar cualquier actividad física se realizara una revisión con el cardiólogo y repetir otra prueba cuando su médico lo crea conveniente. Con esto se podría detectar y prevenir alteraciones que puedan estallar en un episodio de muerte súbita.

Los estudios básicos y de carácter obligatorio que se realizan en un chequeo son electrocardiograma, ecocardiograma y ergometría. Estas pruebas son obligatorias para todas aquellas personas que van a practicar deportes cuyo nivel competitivo sea de alto rendimiento, ya que, cuando hacemos ejercicio liberamos adrenalina y ésta actúa como disparador de problemas cardíacos que hasta ese momento podrían estar en silencio.

5 Discusión-Conclusión

La muerte súbita es un “espectro” que se debe de afrontar con responsabilidad. Por ello, debemos darnos cuenta y llevar adelante una prevención integral que incluya unos hábitos saludables, consultar al médico regularmente, realizar revisiones previas a la práctica de algún deporte y, por otro lado, deberíamos tener nociones de entrenamiento en técnicas de reanimación cardiopulmonar.

A si mismo, en el caso de encontrar una persona fallecida, consideraremos muerte súbita si dicho individuo se ha visto vivo y en buen estado en las veinticuatro horas previas a dicha muerte.

Debemos recordar a las personas que van a realizar actividades físicas de impacto, la suma importancia que tiene el realizarse un reconocimiento médico antes.

6 Bibliografía

1. <https://www.topdoctors.es/>
2. <https://www.elperiodico.com/>
3. <https://fundacionsanrafael.org/>

4. <https://es.wikipedia.org/>
5. <https://www.hospitalaleman.org.ar/>

Capítulo 138

ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO POR EL PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS

CARMEN LUISA DÍAZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La violencia de género, el acoso sexual o por razón de género, tiene su definición como toda acción u omisión que afecte directa o indirectamente a la vida, la libertad la dignidad, integridad física, sexual o psicológica y emocional con actos dañinos. La violencia contra la mujer suele ser normalmente ejercida por su pareja por lo que la violencia sexual-constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres.

Es un grave problema que desgraciadamente en demasiadas ocasiones termina de forma trágica, en ocasiones las víctimas lo tienen tan interiorizado que les parece una situación normal, en otras toman la decisión de la denuncia, esto no ocurre siempre, y en otros casos intentan esconder la situación por vergüenza o por pensar que es algo pasajero y que con el tiempo desaparecerá nada más lejos de la realidad, las personas que piensan que la mujer es de su posesión y que pueden hacer con ellas lo que quieran y manejarlas a su antojo, no cambian, al contrario, van a peor, ya que cada vez se hacen más fuertes y siempre encontrarán excusas para intentar que la culpabilidad sea de la mujer por no cumplir las expectativas que se le imponen como exigencia.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Sensibilizar al personal sanitario del SNS sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres como problema de salud. Promover la capacitación de las mujeres que sufren maltrato para el reconocimiento de su situación y para la búsqueda de soluciones.

Objetivos secundarios:

- Contribuir desde el Sistema Nacional de Salud (SNS) a la sensibilización de la población general sobre este problema.
- Ofrecer orientaciones al personal sanitario del SNS para la atención integral (física, psicológica, emocional y social) a las mujeres que sufren violencia de género y que acuden a un centro sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Además del protocolo común, desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial, para ayudar a las personas, mujeres, niños...que sufren violencia. Normalmente las mujeres víctimas de violencia acuden con más regularidad a los centros sanitarios, normalmente Atención Primaria, Urgencias, Ginecología y Salud Mental.

El personal de los servicios sanitarios debería tener la suficiente base y preparación, para actuar con el debido protocolo, pues deben de ser conscientes de lo que está pasando, abordar e intentar resolver las consecuencias. Normalmente las víctimas no suelen hablar ni manifestar el problema de ahí la necesaria especialización de dichos profesionales para detectar el problema a la mayor brevedad posible. Pues por miedo, vergüenza, minimizan o excusan la peligrosidad de su situación.

Resulta difícil identificar situaciones de maltrato cuando no existen lesiones físicas. La detección de la situación de violencia por parte del personal sanitario dará lugar a la ruptura del silencio, lo que supone el primer paso para la comprensión y visualización del problema.

Como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe *Violencia contra las mujeres*. Un tema de salud prioritario, dirigiéndose al personal sanitario: «No tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa, con empatía y sin intención de valorar.. En realidad, muchas víctimas, están esperando silenciosamente que alguien les pregunte». El personal de centros sanitarios no está muy acostumbrado a ser capaz de determinar en muchas ocasiones si la mujer que acude al centro este sufriendo violencia de género, es cierto que los moratones las marcas dan un camino a seguir, pero hay otro acoso mas sigiloso que es el psicológico y que a la larga determinara que acabe en violencia física.

5 Discusión-Conclusión

Los equipos de atención primaria pueden actuar en la detección precoz y atención integral a las mujeres en situación de violencia de género. Las características de accesibilidad, contacto directo y continuado con las pacientes y el hecho de contar con equipos interdisciplinares, pueden facilitar. Respecto a la detección precoz, debe implantarse en cada centro sanitario u hospitalario una especialidad para que mediante un buen protocolo pueda el personal sanitario tener una actitud de alerta ante la presencia de conductas, síntomas o signos de sospecha. Es muy importante que el personal estuviera formado en aquellos aspectos que se deben observar cuando una mujer acude al centro y no es congruente en sus explicaciones.

6 Bibliografía

1. Osborne, Raquel (coord.). *La violencia contra las mujeres*. Realidad social y políticas públicas. Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2001.
2. Valcárcel, Amelia. *La política de las mujeres*. Madrid: Cátedra/Instituto de la Mujer/Valencia: Universitat de València, 1997.
3. Zurita Márquez, Evelina. *Del limbo al infierno*. La construcción social de la violencia en las parejas. Huelva, Diputación de Huelva, Área de Bienestar Social,

2008.

Capítulo 139

DIABETES GESTACIONAL

ELVIA MARIA GARCIA GARCIA

1 Introducción

La diabetes gestacional es una hiperglucemia (aumento de azúcar en la sangre), intolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable, puede surgir en mujeres que ya padecen diabetes tipo 1 o tipo 2 desde antes del embarazo ó se diagnostica por primera vez durante el embarazo. Se trata de una insuficiente adaptación a la insulino-resistencia que se produce en la embarazada de entre 24 y 28 semanas de gestación, y su comportamiento es similar a la diabetes mellitus tipo 2.

A diferencia de los otros tipos de diabetes, la gestacional no es causada por la carencia de insulina, sino por los efectos bloqueadores de las otras hormonas en la insulina producida, una condición denominada resistencia a la insulina, que se presenta generalmente a partir de las 20 semanas de gestación. La respuesta normal ante esta situación es un aumento de la secreción de insulina, cuando esto no ocurre se produce la diabetes gestacional. En muchos casos los niveles de glucosa en sangre retornan a la normalidad después del parto. Es la complicación más frecuente del embarazo y su frecuencia es variable. Su importancia radica en que aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas como ser el sufrimiento fetal, macrosomía y problemas neonatales, entre otros.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa la diabetes gestacional y cuales son los conceptos más fundamentales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las mujeres con diabetes gestacional no controlada corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto. Tanto ellas como los bebés corren mayor riesgo de padecer diabetes de tipo 2 en el futuro y obesidad si el azúcar en sangre no está bien controlado y pueden tener diferentes problemas.

- La diabetes gestacional sin tratar puede provocar la muerte del bebé antes o poco después del nacimiento.
- Un bebé demasiado grande (sobrealimentado) y crece demasiado suelen ser bebés de más de 4kg, tienen más probabilidades de quedar encajados en el canal de parto.
- Los bebés tienen un nivel bajo de glucosa sanguínea (hipoglucemia) poco después del nacimiento. Los episodios graves de hipoglucemia pueden causar convulsiones o accidentes cerebrovasculares en el bebé.
- A veces una correcta alimentación y una solución de glucosa intravenosa pueden hacer que el nivel de glucosa sanguínea del bebé vuelva a la normalidad.
- Además de causar incomodidades a la madre puede originar problemas durante el parto tanto para la mamá como para el bebé.
- Alta probabilidad de requerir una cesárea por tener diabetes mal controlada.
- Cuando una mujer embarazada tiene Presión arterial alta con proteína en la orina e inflamación de los dedos de las manos y pies puede ser que tenga preeclampsia.
- Los bebés que nacen prematuramente de madres con diabetes gestacional pueden tener el síndrome de dificultad respiratoria.
- Si la mamá padece diabetes gestacional, tiene mayor probabilidad de que vuelva a desarrollarla en un futuro embarazo.
- Si con dieta y ejercicio no se controla la diabetes se deberá iniciar tratamiento farmacológico.
- Acudir al médico frecuentemente sobre todo en los 3 últimos meses del embarazo para que supervise el nivel de glucosa sanguínea y la salud del bebé.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes gestacional genera mayor riesgo feto-neonatal. Es importante conocer los factores de riesgo para realizar la detección y diagnóstico y así administrar el correcto tratamiento y seguimiento de la mujer embarazada. Hay que seguir una serie de recomendaciones para controlar mejor la diabetes gestacional con dieta y ejercicio para mejorar los niveles de glucosa en sangre. Visitar al médico para llevar un control prenatal correcto y cuidar la salud y la del bebé. Debe controlar con frecuencia el azúcar en la sangre y tomar insulina si la necesita. Para confirmar una diabetes gestacional hay que realizar una prueba llamada test de O'Sullivan.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 140

LA HIGIENE Y EL LAVADO DE MANOS

SERGIO MARTIN ORTIZ

1 Introducción

El Lavado de manos con agua y jabón es el método más conocido y sencillo para evitar la transmisión de microorganismos entre personas. Esta práctica consiste en frotar vigorosamente las mismas, antes enjabonadas, y seguidamente aclarar con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica y microbios, y así evitar la transmisión de microorganismos de persona a persona.

En el ámbito sanitario es fundamental, ya que podemos definir infección hospitalaria como una enfermedad transmisible, aparecida dentro de un centro hospitalario, aparecida por cualquier mecanismo que afecte tanto al paciente como personal sanitario. Sigue constituyendo un problema sanitario y social de enorme trascendencia. A pesar de los recursos empleados para controlarlas, sigue provocando morbilidad, secuelas, y mortalidad elevada, prolongando los días forma global, la tasa de infección nosocomial resultó ser de 9,21 casos por cada 100 pacientes hospitalizados. Los hospitales con menos de 200 camas y más de 400, presentaron cifras de prevalencia por encima de la tasa global.as de hospitalización y generando costes extras. Para un correcto lavado se puede usar un desinfectante de manos que contenga al menos un 60 % de alcohol si no dispone de agua y jabón.

Si no dispone inmediatamente de agua y jabón, se puede usar un desinfectante de manos que contenga al menos un 60 % de alcohol. La forma de saber si el desinfectante contiene al menos 60% de alcohol es leyendo la etiqueta del producto. Los desinfectantes pueden reducir rápidamente la cantidad de microbios en las manos en muchas situaciones.

2 Objetivos

Mostrar de forma clara y concisa la higiene y el lavado de manos y cuales son sus conceptos más fundamentales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda en diferentes páginas web, en libros de enfermería básica y artículos científicos procedentes de publicaciones.

4 Resultados

Los microbios también pueden llegar a las manos, si las personas tocan cualquier objeto que contenga microbios debido a que alguien haya tosido o estornudado sobre él o haya entrado en contacto con algún otro objeto contaminado.

Varios ejemplos de enfermedades en las que la transmisión se puede reducir mediante el lavado de manos son los resfriados comunes, la gripe, algunas gastroenteritis, la hepatitis A, infecciones con microorganismos resistentes y no resistentes a antibióticos, herpes o tos ferina, entre otras.

Mantener las manos limpias es una de las medidas más importantes que podemos tomar para evitar enfermarnos y transmitir los microbios a otras personas. Muchas enfermedades y afecciones se propagan por no lavarse las manos con agua corriente limpia y jabón.

Entre los beneficios del lavado de mano se encuentran:

- Reducir casi a la mitad la incidencia de la diarrea.
- Disminuir la tasa de infecciones respiratorias.
- Minimizar la incidencia de enfermedades cutáneas, de infecciones a los ojos como tracoma y de infecciones intestinales parasitarias como ascariasis y trichuris. Estas complicaciones son causadas por la flora microbiana transitoria de la piel (completamente distinta a la flora residente no patógena) que contamina las manos por el contacto con los objetos cotidianos, secreciones y material fecal. Entre estos microorganismos patógenos se pueden mencionar a *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Clostridium perfringens*, *Giardia lamblia*, huevos de *Taenia*, Norovirus, virus de la hepatitis A, entre otros miles

de personas mueren a diario en todo el mundo a causa de infecciones contraídas mientras reciben atención sanitaria.

Un estudio de la OMS demostró que un promedio de 8,7% de los pacientes hospitalizados presentaban infecciones nosocomiales. Más de 1,4 millones de personas alrededor del mundo sufren complicaciones por infecciones contraídas en el hospital. No solo es importante el lavado de manos si no también la limpieza corporal del paciente y profesionales, mucosas externas, el mantenimiento correcto de los utensilios utilizados en prácticas sanitarias y la higiene ambiental en cualquier espacio, por ello se considera que todo lo que rodea al paciente debe ser sometida a una limpieza rigurosa.

Lavar las manos ayuda a combatir el aumento en la resistencia a los antibióticos.

Prevenir casos de enfermedad reduce la cantidad de antibióticos que usan las personas y la probabilidad de que se desarrolle resistencia a estos medicamentos. Lavar las manos puede prevenir alrededor del 30 % de las enfermedades relacionadas con la diarrea y cerca del 20 % de las infecciones respiratorias.

Pasos a seguir para conseguir el lavado de manos perfecto.

1. Aplicar jabón y frotar las palmas entre sí.
2. Frotar la palma de una mano contra el dorso de la otra, entrelazando los dedos.
3. Frotar las manos entrelazando los dedos.
4. Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta.
5. Rodear los pulgares con la palma y frotar con un movimiento de rotación.
6. Frotar la punta de los dedos contra la palma, haciendo un movimiento de rotación.
7. Frotar las muñecas.
8. Enjuagar con abundante agua y secar con una toalla de un solo uso.

5 Discusión-Conclusión

Tras este trabajo queda demostrado que la higiene de manos es muy importante para prevenir las infecciones y por parte del personal sanitario es una de las medidas más importantes para evitar la transmisión de infecciones nosocomiales en los centros de atención a la salud. Las manos actúan como vectores de transmisión de patógenos.

La mejora de la higiene de las manos constituye uno de los elementos más significativos para brindar una atención sanitaria segura y limpia, y proteger así a

los pacientes de los efectos adversos de las infecciones evitables, suponiendo en consecuencia una prioridad para todos los profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

1. <https://www.cdc.gov/handwashing/esp/why-handwashing.html>
2. <http://www.youtube-mp3.org/es>
3. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/los-pasos-para-una-tecnica-correcta-de-lavado-de-manos-segun-la-oms>.
4. <http://congreso enfermeria.es/libros/2016/sala4/4569.pdf>
5. <https://revistamedica.com/importancia-lavado-de-manos-ambito-sanitario/#Introduccion>.

Capítulo 141

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS

NOELIA PALOMINO CARRERA

1 Introducción

Una úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico localizada en la piel o tejidos subyacentes causada por la combinación de factores intrínsecos y extrínsecos como la presión, la fricción y el cizallamiento. Las UPP se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones o las caderas. El riesgo es mayor si se está inmovilizado en una cama, se utiliza una silla de ruedas o no se puede cambiar de posición. La población más afectada suelen ser ancianos inmovilizados por una patología aguda o por un déficit neurológico. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Además, existen factores que predisponen al individuo a desarrollarlas. Estos factores se pueden clasificar en intrínsecos, cuando dependen directamente de una afectación que sufre el paciente como un déficit neurológico, o extrínsecos, cuando dependen del ambiente en el que el paciente se encuentre como la humedad.

Una vez producida la lesión, se clasifica en cuatro grados según los tejidos afectados.

Las úlceras por presión son actualmente un gran problema sanitario, económico y social. En España más de 90.000 personas sufren al día algún tipo de úlcera por presión. A nivel hospitalario se estima que afecta a nueve de cada diez pacientes ingresados independientemente de su edad.

A nivel social, producen un deterioro significativo de la calidad de vida de los pacientes además de un gran impacto físico, social, psicológico y económico provocando una reducción de la esperanza de vida del paciente. Además, también se ve afectada la familia por la carga de trabajo que genera a los cuidadores. Incluso generan un gran impacto en los sistemas sanitarios, ya que su tratamiento supone coste.

Las úlceras por presión es la mejor forma de controlarlas dado que se evita el sufrimiento del paciente y se reduce el coste en el sistema sanitario. Además, algunos estudios evidencian que aplicar un protocolo de medidas de prevención disminuye la incidencia de úlceras por presión.

2 Objetivos

Indicar las mejores medidas para la prevención de las úlceras por presión en pacientes encamados relacionados con superficies de apoyo, la importancia de los cambios posturales adecuados la utilización de aceites grasos, ácidos hiperoxigenados, apósitos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 personas que permanecían más tiempo sentadas, en cama, silla o silla de ruedas tienen más dificultades para cambiar de postura ya que tiene más limitados sus movimientos por si misma. en el estudio también se observó que hay factores que incrementan un porcentaje elevado de aparición de úlceras por presión (upp) ya que aumenta la vulnerabilidad de la piel y las lesiones que pueda tener. los factores según la recopilación de datos son la humedad como factor importante ya que el sudor la orina las heces y los exudados irritan la piel. Fármacos o tratamientos inmunosupresores que disminuyen la respuesta inmunológica generan una atrofia cutánea lo que favorece la aparición de las upp.

Otros factores como la malnutrición y la escasa ingesta de líquidos también aparecen en el estudio como factor de riesgo ya que debilitan los tejidos así mismo como la enfermedades del sistema circulatorio y respiratorio.

Los estudios analizados encontraron también que el 90% de los pacientes con menos de 20 movimientos espontáneos durante la noche desarrollaban úlceras, que también son frecuentes pacientes que no pueden ser autónomos, es decir no pueden levantarse de la cama ni de la silla de ruedas por si solos. En un 55% los sondajes y vías vasculares disminuyen la movilidad por lo tanto muchos pacientes por miedo a perder la vía o el sondajes permanecen en un estado de poca movilidad en cama o en sedestación lo que provoca la aparición de las úlceras. Existen otros factores menos comunes pero no por ello menos importante que son las lesiones que se producen por una movilización inadecuada del paciente tanto por arrastre o por deslizamiento.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados establecen que los ácidos grasos tiene la misma eficacia que los aceites para la prevención de la úlceras por presión al igual que no se encuentra eficacia en la administración de complementos nutricionales. La evidencia de la posibilidad de evitar las upp en los siguientes es muy alta. Revisar la piel tenerla limpia e hidratada evita que se ulcere la piel al igual que el control de incontinencia evitando la humedad en la piel y utilizando ropa con tejidos naturales. El paciente debe de tener una dieta equilibrada u con un buen aporte de líquidos. Estimular la actividad haciendo cambios posturales, utilizando colchones anti-escaras para reducir presión, taloneras y otras protecciones.

6 Bibliografía

1. Delgado Fernández, Ramón [et al.]. Manual de prevención y tratamiento de ulceras por presión: guía para el cuidador – úlceras por presión. Santiago de Compostela: Servei Gallec de Salut, 2005. <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/enfermedades-mayores/factores-riesgo-ulceras-por-presionn/>

Capítulo 142

ASEO E HIGIENE DIARIO DEL PACIENTE ENCAMADO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA VICTORIA GARCIA TEJEDOR

MARIA DE LOS ÁNGELES RAMOS MÉNDEZ

VERONICA FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

ISABEL ÁLVAREZ MORILLA

DIANA MENÉNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La higiene diaria de los pacientes es fundamental y más aún cuando están encamados y no lo pueden hacer por ellos mismos.

Dentro de las funciones que hacemos las auxiliares de enfermería está el aseo del paciente, conservando y previniendo diversas enfermedades e infecciones en el paciente. Es muy importante y gran labor del auxiliar al asear al paciente el control de la piel, siendo muy importante para así reducir la aparición de posibles úlceras por presión. La higiene pertenece a la pirámide de la de las necesidades fisiológicas de Maslow. La higiene es muy importante para el paciente ya que mejora el bienestar del paciente y de su entorno. Normalmente el aseo lo hace el paciente y si no puede recibe el apoyo del auxiliar de enfermería.

Bien es cierto que la higiene o aseo puede realizar una persona por sí misma, pero al estar ingresada como paciente en un centro sanitario puede ocurrir que dicho hábito tenga que recibir el apoyo como bien decía Orem por parte del personal sanitario. Por otra parte, al vivir en sociedad, el aseo forma parte de las normas comunitarias. El personal auxiliar de enfermería es el encargado de llevar el bienestar al paciente, para así llevar a su mejoría.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Saber cuales son los beneficios de la higiene en la persona encamada.

Objetivos secundarios:

- Diferenciar los distintos materiales que se usan el aseo del paciente encamado.
- Identificar los posibles riesgos y las precauciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Está claro que el aseo y la higiene personal del paciente hospitalizado es fundamental y repercute en la salud del mismo proporcionando una serie de beneficios que logra mantener la piel integra para que pueda cumplir la opción de barrera, y la persona que realiza esa higiene (TCAE en este caso) puede hacer una valoración del estado de la piel, así como de observar precozmente y corregir las diferentes complicaciones que puedan surgir. También es capaz de mejorar la autoestima del paciente, ya que el enfermo irá viendo como se cumplen y se realizan sus necesidades básicas a la vez que se consigue un estado de bienestar lo que hace que en su entorno social sea más valorado y apoyado.

El TCAE debe tener claro que la higiene o el aseo del paciente es un momento muy íntimo del mismo por lo que debemos permitir, en la medida de lo posible, que el paciente participe en el mismo. Para este aseo el TCAE deberá utilizar los

siguientes utensilios: guantes desechables, dos palanganas con agua caliente o fría según la temperatura del paciente y el objetivo a alcanzar. En las unidades de cuidados intensivos este objeto desaparece por su riesgo como fómite, esponjas desechables, jabón neutro, suero fisiológico, gasas, tijeras de punta roma, toallas, empapadores, ropa de cama, peine, crema hidratante y aceites grasos hiperoxigenados, pijama o camisión en las unidades de cuidados intensivos este material no se utiliza, bolsas y carro para la ropa sucia siempre fuera de la unidad del paciente, bolsa para residuos adecuada a la patología infecciosa o no del usuario. Para realizar el aseo se debe tener en cuenta la intimidad del paciente y preparar con anterioridad la temperatura de la habitación y la del agua, así como evitar corrientes, todo ello siguiendo protocolos como evitar la desconexión de sondas o sueros.

5 Discusión-Conclusión

Tras lo visto en apartados anteriores y como conclusión final podemos decir que es básico el aseo e higiene del paciente porque le protege y evita la entrada de microorganismos y favorece la inserción del paciente en el medio social pese a sus limitaciones. Con ese aseo diario la persona que está ingresada siente una sensación de bienestar que hace que mejore su calidad de vida, para ello éste debe realizarse correctamente y el TCAE debe enseñar a realizarlo en el domicilio del paciente también. A menudo, el personal sanitario debe realizar una atención integral al paciente donde se tenga en cuenta el aseo y la higiene como base de esa integridad en los cuidados.

La técnica del aseo del paciente encamado debe realizarse entre dos o tres personas dependiendo del estado del paciente.

6 Bibliografía

1. Ortiz Ortiz, J. (2018). Importancia de la higiene en el paciente encamado: Revisión bibliográfica.
2. Rocío Elizabeth, S. A. (2020). Aplicación del protocolo de higiene corporal con toallas de clorhexidina de los profesionales de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de una clínica privada de Lima, 2020.
3. Campos, A. R. Protocolo de higiene del paciente adulto.

Capítulo 143

ACTUACIONES DEL PERSONAL SANITARIO ANTE LAS COMPLICACIONES DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

RAQUEL CABELLO BLANCO

EKATERINA FIRSOVA

M^a PILAR MENÉNDEZ ARIAS

ESTEFANIA MARTÍNEZ GARCÍA

SONIA BARROS NION

1 Introducción

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y diferentes organizaciones científicas recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y la continuación de la misma, con introducción gradual de los alimentos complementarios, hasta el segundo año de vida y más, si fuera posible. De esta forma se obtiene los siguientes beneficios: se generan anticuerpos que protegen de enfermedades prevalentes de la infancia como: diarrea, alergias, asma y las infecciones respiratorias. También disminuye el riesgo de enfermedades prevalentes en la infancia como: diarreas, asma, neumonía, alergias, entre otras. Esa lactancia materna contiene todos los nutrientes que el bebé necesita en cada momento, es

de fácil digestión y se produce en la cantidad exacta que se necesita. Cuantas más veces mame el niño, más cantidad de leche se producirá, por eso es importante que sea a demanda, ofreciendo el pecho sin horarios ni limitaciones, siempre que él lo pida.

Si nos referimos a los beneficios que aporta a la madre, podemos decir que reduce el riesgo de sufrir depresión postparto, de sufrir cáncer de mamá y de útero, previene de la anemia y ayuda a prevenir otro tipo de enfermedades como la hipertensión, problemas cardíacos y osteoporosis, así como favorecer el vínculo entre la madre y su bebé.

2 Objetivos

Identificar los principales problemas que aparecen durante la lactancia materna e identificar las medidas más importantes de prevención y tratamiento de estos problemas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las complicaciones más frecuentes causadas por la lactancia materna incluyen:

- Congestión mamaria: es el llenado excesivo y doloroso de las mamas con leche.
- Dolor en los pezones
- Conductos de leche obstruidos, mastitis y ansiedad.
- Problemas psicosociales: en el amamantamiento, al igual que sucede durante el embarazo y el parto, se producen una serie de cambios en la mujer que pueden afectar a su salud mental. Estos cambios, añadidos a la adaptación de la madre a su nueva situación, la falta de apoyo, los problemas conyugales, económicos, etc. Provocan que se desencadenen una serie de problemas psicológicos, siendo la ansiedad y la depresión postparto, los que aparecen con mayor frecuencia. Por este motivo, es fundamental que dicha mujer tenga, además de una ayuda del

personal sanitario, un buen apoyo tanto familiar para que le ayuden a resolver todas las dudas y temores que le puedan ir surgiendo y que perjudiquen el éxito de la lactancia materna.

1. Problemas clínicos:

- Pezones doloridos y grietas: el amamantamiento no duele, pero en algunos casos las mujeres experimentan cierto dolor en la zona del pezón, con el comienzo (primeros días) de la lactancia. En cuanto a las grietas suelen estar producidas por la mala postura del bebé con respecto al pecho o anomalías anatómicas en el bebé, como puede ser el frenillo labial o lingual.
- Ingurgitación mamaria: la congestión o ingurgitación de las mamas es normal a partir del tercer día del parto, porque en esos días la producción de leche aumenta rápidamente y el bebé puede ser incapaz de extraerla toda. La ingurgitación es molesta, pero disminuye o desaparece hacia el final de la primera semana después del parto.
- Mastitis: se trata de la inflamación de los lóbulos mamarios por retención de leche no resuelta, acompañada o no de infección, generalmente bacteriana (*Staphylococcus aureus*).
- Dermatitis de pezón y areola por *Candida albicans*
- Obstrucción: se trata de un vaciado defectuoso de un lóbulo mamario, generalmente por mala técnica de lactancia o por utilizar sujetadores que producen compresión excesiva, manifestándose por un bulto doloroso y enrojecimiento de la piel de esa zona, sin fiebre ni síntomas generales.

5 Discusión-Conclusión

Tras lo visto en los apartados anteriores y, como conclusión final, podemos decir que son muchos los beneficios que aporta la lactancia materna tanto para el recién nacido como para la madre, tanto a corto como a largo plazo, tal es así que algunas organizaciones científicas recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y la continuación de la misma, con introducción gradual de los alimentos complementarios, hasta el segundo año de vida y más, si fuera posible. Es de gran importancia, por parte del personal sanitario, la educación sanitaria durante el embarazo, para que la madre conozca de antemano las complicaciones que pueden surgir y saber tratarlas.

6 Bibliografía

1. Sánchez, R. G. (2012). Efectividad de intervenciones educativas postnatales en la duración de la lactancia materna. *Reduca (Enfermería, fisioterapia y podología)*, 4(5).
2. Maldonado, J. A. (Ed.). (2001). *La lactancia materna* (Vol. 52). Universidad de Sevilla.
3. Navarro Guerrero, F. J. (2015). Principales problemas durante la lactancia materna, métodos de prevención y tratamiento (Bachelor's thesis).

Capítulo 144

LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

SANDRA GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los trastornos alimenticios o trastornos de la conducta alimentaria (TCA) engloban varias enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal, aunque hay ciertos trastornos alimentarios que hacen que una persona ingiera excesivamente los alimentos.

En los últimos 30 años, los TCA surgieron como enfermedades cada vez más frecuentes, sobre todo en los adolescentes. Los estudios sobre la frecuencia de estos trastornos muestran un aumento preocupante, principalmente en la población de mujeres jóvenes. Se ha encontrado que entre 1 y 2 % de las mujeres padecen de anorexia nerviosa (AN), y entre 1 y 3% padecen bulimia nerviosa (BN). Estos trastornos se presentan en una proporción de 10 a 1 en las mujeres con respecto a los varones, aunque en los últimos años se ha incrementado el número de varones que los padecen. Generalmente el inicio de los trastornos de la conducta alimentaria es de los 14 años hasta los 20.

En México se han llevado a cabo diversos estudios para detectar dichas manifestaciones conductuales. Los hallazgos en muestras representativas de estudiantes de entre 14 y 24 años de edad han indicado que 1.1 % de varones y 5 % de mujeres en el estado de Morelos y 3.4 % de varones y 9.6 % de mujeres en la Ciudad de México refieren dichas conductas.

2 Objetivos

El objetivo general de estas enfermedades o trastornos es conocer los signos y síntomas que pueden causar los diferentes trastornos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La persona con bulimia experimenta ataques de voracidad que vendrán seguidos por ayunos o vómitos para contrarrestar la ingesta excesiva, uso o abuso de laxantes para facilitar la evacuación, preocupación excesiva por la imagen corporal y sentimientos de depresión, ansiedad y culpabilidad por no tener autocontrol. Las personas que padecen dicha enfermedad llegan a tener hasta 15 episodios por semana. Afecta principalmente a individuos jóvenes, en su mayoría son mujeres; también afecta a personas que han padecido anorexia o han realizado dietas sin control. Intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales.

En el sistema de clasificación DSM-IV-TR se reconocían dos tipos:

Bulimia purgativa: después de los periodos de atracones, el enfermo usa laxantes, diuréticos o se provoca el vómito como método compensatorio.

Bulimia no purgativa: para contrarrestar los atracones, hace ejercicio en exceso, dietas restrictivas o incluso ayunos.

La anorexia se caracteriza por un profundo miedo a engordar, el cual provoca que la persona evite comer, lo haga en cantidades muy pequeñas o ayune de forma persistente, esto en la mayoría de casos es acompañado por el seguimiento de dietas extremadamente restrictivas y el empleo de conductas purgativas (vómitos, ejercicio físico en exceso). Estas personas presentan una alteración de su imagen corporal sobrestimando el tamaño de cualquier parte de su cuerpo.

En muchos casos estas conductas provocan una pérdida de peso que puede afectar a la salud de la persona, principalmente en las ocasiones en las que causa que esta se sitúe por debajo del peso recomendado.

Existen dos tipos:

Anorexia nerviosa restrictiva: el enfermo apenas come y en muchos casos realiza ejercicio en exceso.

Anorexia nerviosa purgativa: el enfermo utiliza métodos purgativos tales como vómitos, diuréticos o laxantes después de haber ingerido cantidades ínfimas de comida.

5 Discusión-Conclusión

Observamos todas aquellas leyes que llevan a cabo conocimiento de nuestro proyecto, el control que se puede obtener al sufrir alguna enfermedad por causa de los malos hábitos alimenticios.

Un trastorno alimenticio es una de las varias enfermedades crónicas y progresivas que a pesar que se manifiestan a través de la cantidad alimenticia en realidad consiste en una gama muy compleja de síntomas en los que prevalece una alteración o distorsión de la auto imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal.

En caso de una mujer que padece de trastornos alimenticios sufre alteraciones del ciclo menstrual, hay imposibilidad y muchas limitaciones para la ovulación. Las personas que tienen un trastorno alimenticio tardan mucho para su recuperación y están propensas a recaer frente a cualquier situación que se le presente.

6 Bibliografía

1. Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2021-12-06]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1024-9435.

2. Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED, Ciudad de La Habana, v. 13, n. 6, dic. 2005. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. accedido en 06 dic. 2021.

Capítulo 145

CONSTANTES VITALES: TENSIÓN ARTERIAL

CARMEN LUISA DÍAZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las constantes vitales son los parámetros que tiene el organismo del cuerpo humano para hacer ver que el estado de salud es bueno, los principales son la frecuencia cardíaca, también denominada pulso, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial y la temperatura, cualquier alteración que se desvíe del lo estipulado como normal, hace ver que una parte del organismo no está funcionando como debiera; concretamente este capítulo se centrara en la tensión arterial.

La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a su cuerpo. El rango establecido como normal es por debajo de 140/90 siendo éste un límite ya rozando alguna patología, lo ideal es por debajo de 120/88; una tensión arterial por encima de estos valores se denomina hipertensión y muy por debajo hipotensión, cualquiera de las situaciones debe alertar de que algo puede estar funcionando mal. Dolores de cabeza, palpitaciones, mareos son signos de que la tensión puede estar alterada; bien es cierto que según se avanza en edad sufre variaciones que pueden no ser por patología pero que necesitan tratamiento para evitar problemas cardiovasculares a corto o largo plazo. Por ejemplo un problema renal se manifiesta con un aumento de la tensión muy significativo.

2 Objetivos

Concretar como unos valores de tensión arterial elevados o muy bajos pueden afectar negativamente al organismo y explicar formas de prevención y solución del problema.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las lecturas de la presión arterial generalmente se dan como dos números. El número superior se denomina presión arterial sistólica. El número inferior se llama presión arterial diastólica. Por ejemplo, 120 sobre 80 (escrito como 120/80 mm Hg). Uno o ambos números pueden ser demasiado alto, tomando siempre como referencia a una persona sana y que no toma ningún tipo de medicación. Una presión arterial normal es cuando la presión arterial es menor a 120/80 mm Hg la mayoría de las veces. Una presión arterial alta (hipertensión) es cuando uno o ambos números de la presión arterial son mayores de 130/80 mm Hg la mayoría de las veces. Si el valor del número superior de su presión arterial es entre 120 y 130 mm Hg y el valor del número inferior es menor a 80 mm Hg, se denomina presión arterial elevada. Si tiene problemas cardíacos o renales, o si tuvo un accidente cerebrovascular, es posible que el médico le recomiende que su presión arterial sea incluso más baja que la de las personas que no padecen estas afecciones. Muchos factores pueden afectar la presión arterial: la cantidad de agua y de sal que usted tiene en el cuerpo, el estado de los riñones, el sistema nervioso o los vasos sanguíneos, niveles hormonales. Se es más propenso a tener presión arterial alta a medida que envejece; se debe a que los vasos sanguíneos se vuelven más rígidos con la edad. Cuando esto sucede, la presión arterial se eleva. La hipertensión arterial aumenta la probabilidad de sufrir un accidente cerebrovascular, un ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal o muerte prematura.

El riesgo de sufrir hipertensión arterial aumenta con: la obesidad, el estrés, ansiedad, tomar demasiado alcohol, consumir demasiada sal, tener un antecedente familiar de hipertensión arterial, tener diabetes, fumar.

5 Discusión-Conclusión

La hipertensión, puede ser una de las enfermedades letales cuya tasa de mortalidad ha crecido más en los últimos años.

En muchas ocasiones, su falta de sintomatología, dificulta su diagnóstico a pesar de su fácil detección, las dificultades que entraña un buen tratamiento al no haber un control adecuado, y la importancia que sobre la HTA tienen los hábitos de vida.

Se hace preciso promover un buen programa de prevención que disminuya el riesgo de padecerla. Además de la edad y el sexo, el sobrepeso, el tabaco, el alcohol, los excitantes, y la falta de actividad física, contribuyen directamente a elevar la PA, por lo que la recomendación de mantener hábitos de vida saludables se ha convertido en la piedra angular de los programas de prevención de la HTA.

6 Bibliografía

1. <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/2140-conclusion-seccion-hipertension-arterial-2008>.
2. <https://www.diagnosticomaipu.com/informaci%C3%B3n-para-la-salud/item/274-como-prevenir-la-presion-arterial-alta-o-hipertension.html>.
3. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.

Capítulo 146

EL TCAE Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MIREN LÓPEZ REDONDO

SARA URCERA FUENTES

ESTEFANIA GIL FONSECA

MARÍA JESÚS GONZALEZ GARCÍA

1 Introducción

En estos últimos años, se está detectando un aumento de los casos de determinadas enfermedades crónicas, unido al envejecimiento progresivo de nuestra población. Gracias a los avances logrados en el estudio y tratamiento específico del Cáncer, se ha logrado un aumento muy notorio sobre la calidad de vida y la supervivencia de estos enfermos. También en la actualidad, algunas enfermedades como el SIDA se han mostrado en nuestra sociedad solicitando una respuesta sanitaria válida y competente. Sin embargo, a pesar de dichos logros, un número importante de personas enfermas morirán a causa del cáncer en nuestro país.

La práctica en el tratamiento del uso de analgésicos opioides es otra medida vital y sumamente importante para mejorar la atención al paciente, y una medida que es recomendada por todos los expertos y la Organización Mundial de la Salud al unísono.

El primer paso al comenzar a tratar a un paciente terminal al que prestamos cuidados paliativos es perderle miedo a la muerte y verla como una etapa más del ciclo natural de las personas. A parte de esta medida, los profesionales sanitarios tienen que desarrollar y establecer una buena y gran comunicación entre el enfermo y la familia, ya que esta medida hará que aumente determinantemente la autoestima del paciente.

Para prestar una atención de calidad al enfermo, debemos añadir que los cuidados paliativos para pacientes terminales son administrados por un equipo interdisciplinar, entre los que se encuentran médicos, enfermeras, trabajadores sociales, consejeros, Tcaes, celadores, el clero y terapeutas. El equipo de trabajo que se ocupa del paciente debe colaborar entre sí para aportar al paciente y a la familia el apoyo y consuelo que necesiten, así como desarrollar su labor de la manera más eficiente posible.

2 Objetivos

- Describir las diferentes funciones del TCAE en el servicio de cuidados paliativos de un hospital.
- Establecer la importancia del TCAE durante su labor con los pacientes terminales.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados paliativos, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: cuidados paliativos, funciones del TCAE, paciente terminal.

4 Resultados

Entre las funciones que desarrolla el TCAE en estas situaciones toma especial relevancia que se consiga el bienestar y la confortabilidad del paciente, este es un factor determinante en cualquier proceso asistencial que se realice. El objetivo es mejorar la calidad de vida del enfermo, hay que conseguir disminuir el sufrimiento del enfermo y de sus familiares, conservar la autonomía del mismo, la dignidad de las personas y su capacidad de decisión, tomando parte activa

en la toma de decisiones durante todo el proceso asistencial, cuando se estén prestando los cuidados paliativos sobre todo en pacientes con una enfermedad terminal, cuyo pronóstico de vida sea igual o inferior a 6 meses.

También hay que proporcionar una atención integral, considerando al paciente y su familia como una unidad, administrándoles una atención integral, continuada e individualizada que refleje las necesidades que todos ellos pudieran tener a todos los niveles: emocionales, físicos, y espirituales.

Siempre que se esté tratando a un paciente de estas características se llevará a cabo una atención y unos cuidados más específicos y un seguimiento continuado, reforzándose el objetivo terapéutico, haciendo hincapié en proporcionar el máximo nivel de comodidad y bienestar al paciente y familiares durante los días próximos a la muerte.

Las medidas a tomar al respecto pueden ser, entre otras, aumentar el apoyo emocional a la familia y paciente, intentar sobrellevar los síntomas que se presenten más angustiantes y siempre reconsiderar nuestra estrategia acerca de los cuidados que prestamos diariamente.

Entre las funciones que desarrolla el TCAE en el cuidado y la asistencia al paciente terminal en el ámbito hospitalario se encuentran:

La higiene del paciente, que normalmente se encuentra encamado. Hay que preservar la intimidad del mismo en todo momento y mantener un entorno adecuado que genere bienestar a la persona. Se realizará frecuentemente la limpieza de los ojos con gasa impregnada en solución salina para evitar acumulación de secreciones y sequedad de las córneas. Después seguiremos el orden de aseo habitual realizando el aseo de la zona genital en último lugar.

Es fundamental mantener la piel bien hidratada empleando para ello lociones hidratantes o aceites corporales, al igual que permanecer la boca húmeda y labios hidratados.

Cuando tenga lugar la alimentación del paciente hay que valorar el grado de tolerancia al mismo, para que resulte óptima deberemos adaptarnos a lo que prefiera y nunca forzaremos la ingesta. Deberemos disminuir las cantidades ofrecidas y mostraremos alimentos apetecibles colocando al paciente siempre en una posición cómoda que facilite la ingesta. Al finalizar la comida deberemos realizar la higiene oral del paciente.

Es bastante habitual en estos pacientes a causa de la medicación y a la inmovilidad que se haga costosa la eliminación- evacuación y se produzca el es-

treñimiento, por ello intentaremos aumentar de ingesta de líquidos y se administrarán enemas y laxantes bajo prescripción médica.

Otros problemas derivados de la enfermedad son las náuseas y los vómitos, para intentar reducirlos se intentará seguir las siguientes pautas: evitar olores fuertes y desagradables durante las comidas, respirar profundamente para intentar disminuir el reflejo nauseoso y colocar al paciente en decúbito lateral cuando se produzca el vómito para evitar la aspiración siempre que sea posible.

Para mejorar el descanso del enfermo, puede realizar pequeñas siestas durante el día, así como llevar a cabo el protocolo de cambios posturales cada 2-3 horas y si es posible se aplicarán masajes u otras medidas para aumentar la relajación y bienestar del paciente.

Respecto al manejo del dolor, siempre seguiremos las pautas prescritas por el personal facultativo y nos aseguraremos de que éste recibe los cuidados analgésicos necesarios. Para complementar esta acción podremos enseñar al paciente técnicas no farmacológicas, de relajación, terapia musical o similares para aumentar su bienestar y mejorar su estado.

Los cuidados paliativos se pueden prestar desde el momento del diagnóstico y durante el tratamiento que se lleve a cabo para la enfermedad, si el enfermo no va a superar la misma de forma expresa, se empezará a prestar la atención a pacientes terminales después de que se suspenda el tratamiento.

Otros problemas que enfrenta el TCAE son los que padecen tanto pacientes como familia, que son emocionales, sociales y de afrontamiento, el estrés, miedo, ansiedad o desesperanza que aporta la enfermedad a menudo son soportados a la vez que otros trabajos o deberes por la parte familiar.

Una cuestión fundamental sobre los cuidados paliativos consiste en hablar sobre su diagnóstico, tratamiento y posibles necesidades con todas las partes, ya que estas conversaciones ayudan a todos los implicados a entender lo que desea y espera de los tratamientos y de la atención que se le presta. Los cuidados paliativos se vuelven mejores cuando el equipo de profesionales sanitarios, familia y paciente trabajan en conjunto.

Para llevar a cabo una mejora de los cuidados paliativos a enfermos en fase avanzada y terminal hay que aumentar los recursos específicos, mejorar los ya existentes, como centros de atención primaria, hospitales, etc., y la formación continua de profesionales y voluntarios.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) es un componente fundamental en el equipo multidisciplinar, entre los que se encuentran enfermeros y facultativos que trabajan para que el paciente se encuentre en un ambiente cómodo y agradable que le permita conseguir su bienestar en sus últimos momentos de vida.

Se refleja que estos profesionales sanitarios deberán poseer capacidades y actitudes para enfrentarse a éstas y otras situaciones difíciles que se puedan presentar con el propio paciente y su entorno más cercano, ya que son las personas que van a controlar sus emociones y estados de ánimo, por lo que la formación específica y continua toma especial relevancia.

De entre las capacidades del TCAE que se mencionan, una de las más importantes es la de conocer el lenguaje no verbal en estos pacientes, interpretar cualquier anomalía que se presente y notificarlo a la mayor brevedad al personal de Enfermería o Facultativo para tomar las medidas oportunas al respecto.

6 Bibliografía

1. Biblioteca guía- cuidados-paliativos-1. <https://www.secpal.com/>.
2. Sanz Ortiz, J. Principios y Práctica de los Cuidados Paliativos (Editorial) Medicina Clínica (Barcelona) 1989; 92: 143-145.
3. Gómez- Sancho, M. Control de Síntomas en el Enfermo de Cáncer Terminal. Ed. ASTA Médica. 1992.

Capítulo 147

NODULOS DE HEBERDEN

VANESSA GONZALEZ MARTINEZ

1 Introducción

Los nódulos de Heberden son protuberancias o crecimientos óseos que se encuentran o se producen en las articulaciones interfalángicas distales de los dedos. Los cartílagos se degeneran progresivamente y va perdiendo grosor.

Dichas protuberancias suelen pasar, a la vez, en ambas manos, y hacen que se limite la extensión de la articulación de la mano, puede aparecer rigidez articular y dolor. Más o menos un 6% de la población tiene o padece artrosis en las manos. Estas deformaciones suelen ser más corrientes en mujeres.

En la artrosis de manos vemos diferentes tipos: los más destacados son la artrosis nodal y la artrosis erosiva de manos, la diferencia entre ellas es principalmente la afectación ósea.

Según estudios genéticos realizados, la artrosis es muy heterogénea y las causas primarias por lo que aparecen, son diversas y desconocidas.

Se podría decir, que los pacientes que la padecen, puede ser debido por antecedentes familiares o por tener una actividad manual diaria durante su vida.

Dicha enfermedad suele iniciarse durante la década de los 50 y/o 60 años de vida, siendo más frecuente en mujeres, sin saber el motivo de la aparición en el sexo femenino.

A día de hoy no existe ningún estudio o tratamiento para la prevención en las artrosis en las manos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer cómo se manifiestan los nódulos de Heberden.

Objetivos secundarios:

- Explicar cómo aliviar el dolor en las articulaciones.
- Observar cómo afecta a la vida diaria los nódulos de Heberden.

3 Metodología

Se ha revisado en distintas páginas de internet y enciclopedias médicas palabras utilizadas para búsqueda: nódulos de Heberden; dolor manos; bultos en los dedos, inflamación dedos. También se preguntó a pacientes-familiares que padecen la enfermedad de artrosis, especialmente con nódulos de Heberden

4 Resultados

El diagnóstico de esta patología de los dedos es fundamentalmente clínico, el médico revisará en cada dedo, buscando deformidades y nódulos y valorando la movilidad de cada uno, para comprobar si está afectada la articulación. Seguidamente el especialista nos hará una radiografía de las manos, que le permitirá saber qué articulación está dañada y el grado en el que se encuentra. El especialista nos dirá que nos hagamos un análisis de sangre para descartar otras patologías.

Los fisioterapeutas de las manos aconsejan baños de las manos con parafina en agua tibia, para poder paliar o aliviar un poco las articulaciones y así poder mantener el movimiento del dedo o dedos afectados.

Sería muy bueno realizar ejercicios para proteger las articulaciones. Y no realizar actividades que puedan dañar la articulación.

Otra opción, para reducir el dolor de las articulaciones es con la toma de medicamentos antiinflamatorios o inyectando esteroides en la articulación. Hay que tener en cuenta que ninguna de estas dos opciones hace desaparecer los nódulos, simplemente puede reducir el dolor por un tiempo.

Cuando los antiinflamatorios o la inyección no dieran con el resultado previsto, se podría apostar por la cirugía para poder solucionar la falta de movimiento en

la articulación y reducir en lo posible el dolor.

Habría dos tipos de cirugía: la fusión articular o la reconstrucción articular. En la primera cirugía mencionaba, se reduciría el cartílago afectado y se juntarían los huesos, con la consecuencia que la articulación quedará inmóvil, aunque el dolor desaparecerá. La segunda cirugía citada, sería la reconstrucción articular, que consiste en extraer la superficie articular afectada y se trataría por un implante.

Dependiendo de las articulaciones involucradas y con el consejo de su cirujano especialista podrá decidir que operación de cirugía le interesaría más al paciente, para continuar con la rutina diaria en las mejores condiciones.

5 Discusión-Conclusión

Visitar al médico una vez cada 9 o 10 meses para comprobar la evolución del proceso.

El tratamiento que se debe de llevar es realizar ejercicios de movilidad en agua templada para controlar y rebajar el dolor y así manteniendo las articulaciones flexibles. En el caso, que el dolor continúe, se tomarían analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos para rebajar la inflamación y el dolor.

Se podría llegar a realizar infiltraciones de corticosteroides intraarticulares.

Para la artrosis de la mano, el tratamiento quirúrgico se realiza para quitar el dolor o intentar restaurar el movimiento. Los tratamientos más recomendados son la artrodesis o fijación de la articulación y las prótesis articulares.

6 Bibliografía

1. Cirugíamanovalencia.com.
2. www.msd.manuals.com.
3. elsevier.es.
4. Español.arthritis.org.
5. Assh.org (American Society).

Capítulo 148

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN

MARÍA JESÚS GONZALEZ GARCÍA

MIREN LÓPEZ REDONDO

ESTEFANIA GIL FONSECA

SARA URCERA FUENTES

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son trastornos o lesiones de la integridad de la piel que se presentan como zonas delimitadas de necrosis isquémica.; suelen aparecer en los tejidos que cubren prominencias óseas como los tobillos, los talones y las caderas o en zonas de apoyo prolongado del paciente. A nivel mundial constituyen un importante problema de salud que disminuye considerablemente la calidad de vida del paciente y suelen darse en pacientes con largas estancias hospitalarias sobre todo en personas dependientes, con movilidad reducida o ancianos. La incidencia de la UPP cambia dependiendo del entorno de la atención sanitaria, llegando a alcanzar casi 40% en la estancia hospitalaria de larga duración según el Panel Asesor Nacional de Úlceras por Presión (NPUAP). Conviene señalar que las UPP pueden ser un indicador de mortalidad porque, aunque la úlcera no es el

motivo directo de la muerte suelen hacer su aparición después de un progresivo deterioro de la salud del paciente.

Las úlceras son un problema grave de importancia social y económica porque su desarrollo no solo conduce a un deterioro en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, sino que también provoca un aumento de los gastos en la atención y los servicios médicos. Así como un potenciador en el consumo de productos farmacéuticos.

2 Objetivos

- Exponer las causas y los grados de las UPP.
- Destacar la necesidad de las TCAE de realizar los cambios posturales en pacientes encamados, así como la importancia de la realización diaria de la higiene del paciente.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos Google Académico, Pubmed, Scielo, Cochrane, Cuiden y Dialnet. Se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de Úlceras Por Presión. Se utilizaron descripciones con las palabras clave: Hospitalización, Úlceras Por Presión, prevención.

4 Resultados

Como se indica a través de los resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica, la aparición de las UPP no solo se trata de un motivo principal, sino que se debe a un conjunto de factores entre los que se encuentran las condiciones fisiopatológicas del paciente, así como una serie de factores externos que las favorecen. La isquemia tisular generada por una presión externa aplicada de forma continuada sobre el tejido da lugar a la aparición de las UPP. También se predispone a la aparición de la lesión cuando existe una alteración del sistema linfático. Esto hace que aumente el líquido intersticial y la acumulación de desechos en la zona afectada debido a la presión ejercida sobre ella.

Como anteriormente se ha expuesto, la isquemia se origina debido a la presión y esta suele manifestarse más fácilmente en zonas con protuberancias óseas, espe-

cialmente si entran en contacto durante un tiempo prolongado con una superficie.

Como consecuencia de estas causas es fácil de entender que el peligro de aparición de las UPP se dispara de manera vertiginosa en aquellos pacientes que han sido intervenidos a cirugías de larga duración, pacientes de movilidad reducida, como pacientes que han sufrido accidentes cardiovasculares o están intubados, o en ancianos con grado de dependencia moderada y alta. En el desarrollo de las UPP también pueden influir otros factores como el estado mental del paciente, la edad, la capacidad de controlar los esfínteres, tabaquismo, la desnutrición, estado de la piel y la inmovilización.

Todas las situaciones que comprometen el riego circulatorio potencian de manera importante el riesgo de lesión tisular como pueden ser; diabetes mellitus, la enfermedad vascular periférica, la sepsis o la hipotensión crónica.

Las UPP se pueden clasificar en cuatro grados:

- Grado I: Eritema que no desaparece al cesar la presión, puede ser dolorosa. Afecta a la dermis y a la epidermis.
- Grado II: pérdida de espesor y continuidad de la piel, aparecen vesículas o flictenas, úlcera abierta sin esfacelos y lecho rosado. Puede dar comienzo a la afectación hipodérmica.
- Grado III: lesión con aspecto de cráter más profunda, con pérdida total de la continuidad de la piel, escara con necrosis tisular.
- Grado IV: destrucción más extensa con pérdida de tejido, daño muscular, óseo o de otras estructuras. Necrosis tisular.

La formación de una UPP puede tardar en desarrollarse entre 2 y 6 horas, dependiendo de las circunstancias de riesgo que le precedan al enfermo, por lo que es necesario localizarlas para poder aplicar de manera efectiva las medidas de prevención adecuadas.

La aplicación de cambios posturales por parte de los TCAE es según los estudios consultados la mejor manera de tratar las UPP es su prevención y tratamiento.

Los cambios posturales no solo se deben usar como medida preventiva de las UPP, sino que también es necesario su ejecución procedimiento terapéutico cuando la úlcera ya ha aparecido. Ya que esta técnica ayuda a la cura de la úlcera favoreciendo y acelerando el proceso de curación.

El TCAE debe estar capacitado sobre cómo movilizar adecuadamente al paciente y evaluar la situación para prevenir la aparición de las UPP. Además de estar informado sobre principales medidas de prevención como son; cambios posturales, cuidado personal y mantenimiento de integridad de la piel, buena nutrición, el

uso de equipos especiales para Prevención de UPP como colchones anti-escaras.

5 Discusión-Conclusión

Las UPP (Úlceras Por Presión) son lesiones de la piel que pueden aparecer por muchos motivos como pueden ser; el estado físico del paciente, tener una edad avanzada con un alto grado de dependencia, así como también en pacientes con largos periodos de estancia hospitalaria.

La aparición de las UPP suele ser un buen indicador de la calidad de los cuidados que reciben los pacientes.

El papel del TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) es fundamental dentro del equipo hospitalario que participa en el cuidado de pacientes que tengan UPP o en aquellos que tengan el riesgo de desarrollarla, por lo que es muy importante que los TCAE posean una buena formación y conocimiento sobre las UPP, ya que suelen ser los encargados de realizar los cambios posturales de los pacientes que es una de las mejores maneras de prevenir la aparición de las Úlceras por presión.

Por tanto, se puede decir que la mejor forma de afrontar las UPP es prevenirlas.

6 Bibliografía

1. Santos CT, Almeida Mde A, Lucena Ade F. Rev Lat Am Enfermagem. 2016. 14;24. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27305182>.
2. Chancay Domenech Leiver, Ramírez Bonivento Eric, Guarquila Abril Estefanía, Latorre Segovia Susana, Arce Chariguaman Wellington, Manejo integral de las úlceras por presión en pacientes institucionalizados. Journal of American Health. 2021. 4 (2). Disponible en: <http://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/98>.
3. García Silva Douglas, Jara Sagñay Melysa, Loja Muzha Frank, Vasconez Chusino Andrea. Prevención de las úlceras por presión (UPP). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7066905>, Revista científica de la investigación y el conocimiento. 2019. 3 (3): 47-46.
4. Soldevilla-Agreda Javier, Verdú-Soriano José, López-Casanova Pablo, Berenguer-Pérez Miriam. Prevención de las úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134->

928X2018000200092&script=sci_arttext&tlng=pt

Capítulo 149

SALUD MENTAL EN ATENCION PRIMARIA

ELENA BLANCO CASIELLES

RAQUEL QUIRÓS

SUSANA MATA CIMA

NAGORE GUTIERREZ GARCIA

IRENE MARÍA SELA MENÉNDEZ

1 Introducción

En la actualidad, debido al impacto de los problemas de salud mental (PSM) a nivel individual, familiar y social y su impacto en el sistema de salud, la atención a los problemas de salud mental (PSM) ha aumentado significativamente a nivel mundial.

El punto de partida para las personas con algún tipo de problema de salud mental es la Atención Primaria, es por ello por lo que cobra tanta importancia el poder detectarlos de forma incipiente, puesto que en gran medida, de ello dependerá el poder buscar y plantear posibles soluciones a los mismos.

La evolución en las investigaciones epidemiológicas permite comprender el importante impacto de los problemas de salud mental a escala mundial, ya sea para las personas que padecen estas enfermedades, sus familias o la sociedad en su conjunto. Según investigaciones en Europa y América Latina, estos problemas

son muy comunes en la atención primaria, y son los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo más comunes en esta situación. La salud mental equivale a un estado de bienestar: un individuo (física y mentalmente) que sea consciente de sus propias habilidades y capacidades, así como de hacer frente a las presiones normales de la vida, y poder trabajar de una manera eficiente así como de poder contribuir a la comunidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Disponer de infraestructuras y recursos adecuados en los centros de Atención Primaria.

Objetivos secundarios:

- Mejorar los recursos sanitarios para ofrecer, por ejemplo, formación continuada a los profesionales.
- Conocer el punto de vista de los médicos de Atención Primaria con respecto a la prevalencia de los problemas de salud mental que se dan en los mismos.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Medline, Google Scholar y Pubmed, así mismo, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados sobre la salud mental en la Atención Primaria. Del mismo modo se han usado descriptores con palabras clave como pueden ser: salud mental, salud mental en Atención Primaria, problemas de salud mental en Atención Primaria.

4 Resultados

A través de diversos estudios, se ha podido verificar una serie de resultados que se basan en los puntos que a continuación se detallan:

- Un gran porcentaje de las personas que solicitan ayuda por temas relacionados con la salud mental, lo hacen a través de consultas realizadas en la Atención Primaria.
- En muchas ocasiones, los problemas de salud mental se pueden pasar por alto y no se tratan en el centro de Atención Primaria, muchas veces porque el propio paciente no sabe ni siquiera identificarlo como tal.

- La salud mental afecta a la salud del cuerpo y viceversa. Un claro ejemplo es que, los adultos mayores con afecciones médicas como enfermedades cardíacas tienen índices más altos de depresión que aquellos que no los tienen. Sin embargo, en el caso contrario, vivir con depresión y una enfermedad cardíaca no tratada en los ancianos puede empeorar la depresión.
- Aquellas personas que padecen enfermedades crónicas suelen tener una mayor cantidad de trastornos. Su salud mental o sus síntomas en particular, no afectan a su calidad de vida. Existen diferentes factores como pueden ser la edad, el diagnóstico, el pronóstico, la evolución y comorbilidad, así como la presencia o ausencia de una red de recursos sociales, sanitarios y familiares, los cuáles pueden determinar de manera sustancial los niveles de salud mental, bienestar y la manera en la que se es capaz de hacer frente a dicha enfermedad.

Por esto y muchas otras cosas tiene tanta importancia promover de manera activa, la participación, tanto de pacientes como sus familiares, así como aquellas organizaciones que están altamente involucradas con los derechos e integración en la sociedad de los grupos más vulnerables.

Así mismo es necesario mejorar la organización de los servicios para mejorar la rapidez y la calidad de la respuesta a los trastornos con más prevalencia, que a menudo provocan una gran presión asistencial, ya sea en Atención Primaria o en centros de salud mental.

La existencia de una buena coordinación entre los diferentes niveles y las mejoras organizativas internas son puntos primordiales para poder alcanzar estos objetivos.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, para que la población pueda llegar a recibir una asistencia médica en materia de salud mental en Atención primaria, lo ideal sería que ésta se rigiera por una serie de principios muy importantes como son por ejemplo:

- La existencia de una cobertura universal y equitativa.
- La integración en el Sistema Sanitario Público, que exista una buena coordinación entre instituciones y organizaciones, que se ofrezca una buena accesibilidad.
- La existencia de equipos multidisciplinares y atención integral.
- Disponer de una continua formación, docencia e investigación.
- Promover sobre todo la participación de la comunidad, así como la visualización

de la promoción de la salud mental, y contra el estigma que sufren este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

1. La salud mental y los adultos mayores (2017).(Internet). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
2. Plan de Salud Mental en Asturias (2019). 8internet). Disponible en: <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2019/01/Plan-salud-mental-Asturias-15-20.pdf>.
3. J.L. Tizón. Atención Primaria, 2000-core.ac.uk.

Capítulo 150

EL TRASTORNO DE LA DEPRESIÓN

VANESSA GONZALEZ MARTINEZ

1 Introducción

A finales del siglo XIX Emil Kraepelin en su tratado de enfermedades mentales clasifica los síndromes depresivos, fue el primero en considerar que la depresión y la manía forman parte de una misma enfermedad.

El trastorno de la depresión puede manifestarse en algunas personas si tienen un ambiente familiar y social negativo o en situaciones de mucho estrés, la depresión afecta a personas de todas las edades y situaciones económicas y razas aunque es más frecuente sobre todo en adolescentes, el trastorno de la depresión es un problema de salud mental con una importante repercusión en el ámbito social del individuo provoca un malestar significativo manifestándose con problemas en las relaciones interpersonales, sociales, laborales y en otras muchas situaciones.

La depresión representa una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial y se describe como encontrarse triste, infeliz, derrumbado, etc., la mayoría alguna vez en la vida nos sentimos así, pero por períodos cortos.

La depresión clínica es un estado anímico que interfiere en nuestra vida cotidiana durante largos periodos de tiempo y pueden surgir varios tipos de depresión: depresión mayor, trastorno depresivo persistente, depresión posparto, trastorno disfórico premenstrual, trastorno afectivo estacional, depresión mayor con características psicóticas, trastorno bipolar esto sucede cuando se mezcla con la manía.

2 Objetivos

Dar a conocer el trastorno de la depresión.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se han realizado una revisión bibliográfica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos de internet: Medline, scielo y mayo Clinic también como mi experiencia personal por tener un familiar con el trastorno de la depresión.

4 Resultados

El médico de atención primaria será el primero en atender al paciente y se hará una valoración mediante una entrevista facilitándole la información de cómo se siente el paciente.

El médico dispone de diferentes herramientas para determinar concretamente si el paciente tiene depresión para ello utiliza unas escalas y cuestionarios los más usados son la escala de depresión de Hamilton o la escala de depresión Montgomery asberg.

La escala de Hamilton consiste en una escala diseñada para pacientes que previamente han sido diagnosticados de depresión con el objetivo de cuantificar la gravedad de los síntomas y aclarar cambios.

La escala de Montgomery Jasper es muy utilizada de forma habitual por qué evalúa los problemas de humor, concentración, estado físico, y estado del sueño. Para obtener el tratamiento adecuado hay que acudir al médico de esta manera se podrá hacer un diagnóstico preciso y valorar diferentes opciones de tratamiento por lo general el diagnóstico lo hará el médico de familia psicólogo o el psiquiatra. A veces uno no se da cuenta de lo deprimido que está porque se ha desarrollado de forma progresiva, a veces se intenta seguir luchando pero esto puede provocar más estrés y agotamiento hoy en día existen muchos tratamientos para la depresión depende del nivel que se padezca.

El tratamiento farmacológico está indicado para casos moderados graves, debido al aumento de prevalencia lo prescriben también para casos leves, también existen otros tratamientos como la psicoterapia, la terapia electroconvulsiva y la terapia magnética transcraneal, se desconocen las causas de la depresión porque pueden ser: diferencias biológicas, hormonas, químicas del cerebro , factores hereditarios, la soledad ser mujer y abuso del alcohol y drogas.

Es una enfermedad muy compleja por ello tenemos que estar alerta ante cualquier situación.

Aunque sea normal que las personas experimentamos cambios de estado de ánimo hay que permanecer atento a no experimentar una tristeza intensa y perma-

nente, interfiera en nuestra vida cotidiana.

Es importante tener claro los síntomas que presenta como por ejemplo: deprimido la mayor parte del día, irritabilidad en niños, aumento disminución del apetito, cansancio inexplicable o tener pensamientos de suicidio hay que acudir a la atención primaria para su debido tratamiento.

Es importante también que esta información llegue al ámbito escolar para la prevención de casos.

No existe una forma de evitar la depresión, pero a veces esto puede ser de gran utilidad poder controlar el estrés, conseguir un tratamiento ante el primer signo del problema, acercarse más a la familia y amigos y tener un tratamiento de apoyo.

5 Discusión-Conclusión

A la conclusión que he llegado, es que la depresión se puede iniciar a cualquier edad, siendo la mayor prevalencia en edades comprendida entre los 15 años y los 45 años. muchas veces se asocia el trastorno de la depresión con personas que tengan enfermedad crónica.

Debido al aumento de la prevalencia afortunadamente cuenta con muchos tratamientos y diferentes estrategias para combatir la depresión. Después de realizar esta investigación he comprobado la importancia que ha cobrado la depresión en todo el mundo y los avances médicos y científicos así como también las terapias.

En conclusión es recomendable ante cualquier signo comentárselo al médico de atención primaria para su debido tratamiento.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 151

CUIDADOS PALIATIVOS. ATENCIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TERMINAL

ALEJANDRA FERNÁNDEZ PRIETO

1 Introducción

Los cuidados paliativos se desarrollaron en Inglaterra como "filosofía hospice". En 1990 la OMS asume la denominación general de cuidados paliativos como "el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objetivo de conseguir la mejor calidad posible controlando los síntomas físicos-psíquicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes".

La filosofía hospice hace referencia a la instituciones donde al paciente moribundo se le brindan los cuidados en los últimos días de su vida, mediante una modalidad de acompañamiento, apoyada en un equipo multidisciplinar, cuya meta es brindarle la mejor calidad de vida y bienestar total.

Los cuidados paliativos no detienen el proceso de fallecimiento ni lo aceleran, simplemente tratan de aportar los conocimientos especializados en los cuidados médicos, psicológicos, de apoyo emocional y espiritual a los pacientes moribundos, en un lugar como puede ser en el hogar, rodeado de la familia y los amigos.

Para que los cuidados paliativos sean de la mejor calidad posible tiene que haber una serie de características alrededor del periodo de muerte, como puede ser el manejo del dolor, el concepto de muerte, el reconocimiento de la dignidad, la presencia familiar y sobre todo, que exista una buena comunicación entre, la familia, el paciente y el personal de enfermería.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Proporcionar al paciente el mayor confort posible y alivio del sufrimiento.

Objetivos secundarios:

- Proporcionar atención integral e individual entre familia-paciente.
- Aliviar el sufrimiento físico-psíquico y espiritual.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos: Google Académico, Chrome, Scielo, Pudmed, sobre la literatura científica existente, las siguientes palabras clave utilizadas han sido : Cuidados paliativos, paciente moribundo. Además se han revisado protocolos de diferentes hospitales.

4 Resultados

La muerte pasa por cinco etapas, según la psiquiatra suiza Elisabeth Rübler-Ross, aunque estas cinco etapas no tienen por que ser todas seguidas, ni darse todas ellas. Las cinco etapas son:

1. Negación: el paciente niega la realidad como mecanismo de defensa.
2. Ira: en esta etapa el paciente está enfadado por que no puede modificar la pérdida y le hecha la culpa algún otro factor.
3. Negociación: el paciente va aceptando la muerte, pero intenta aplazarla o retrasarla.
4. Depresión: el paciente empieza asumir la muerte y eso le genera sentimientos de tristeza y desesperanza.
5. Aceptación : el paciente está preparado psicológicamente para morir.

El TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) realizará una serie de actividades para aumentar, el confort, el bienestar y cubrir las necesidades del paciente moribundo. Estas necesidades las clasificamos en:

Necesidades Físicas:

- El tcae realizará cambios posturales frecuentes. El paciente no se puede mover o tiene debilidad muscular. Se sentirá más cómodo y así prevenimos la aparición

de

úlceras.

- Extremará los cuidados de higiene individual, en especial, la boca, las fosas nasales y los genitales.
- Le cambiará la ropa de la cama las veces que sea necesarias para que se mantenga seca y libre de arrugas.
- A la hora de darle los alimentos, respetará sus gustos y los horarios. Adaptará la textura, la temperatura y la cantidad de comida, siendo cautelosos a la hora de administrarla, porque puede presentar dificultad para tragar.

Necesidades Emocionales:

- Permanecerá al lado del paciente todo el tiempo que necesite.
- Mostrará interés por su bienestar, tocándolo o acariciándolo. El tacto es lo ultimo que se pierde.
- Mantendrá siempre una actitud serena , comprensiva y respetuosa, cuando no sepa que decir optará por el silencio.
- Cada vez que realice un procedimiento le mantendrá informado.

Necesidades Espirituales:

- El tcae facilitará el apoyo espiritual que solicite el enfermo según sus creencias religiosas, facilitándole un sacerdote, un pastor, etc.

5 Discusión-Conclusión

El tcae junto al equipo de enfermería y el médico, trabajarán en equipo para que el paciente terminal este en un ambiente cómodo, agradable y así conseguir su bienestar, en los últimos momentos de su vida.

Además, los tcae deberán poseer cualidades y capacidades para enfrentarse a estas situaciones, ya que son los que van a pasar la mayor parte del tiempo con la familia, controlando sus emociones, estados de ánimo y empatizando con ellos.

Es importante mencionar la capacidad del tcae para reconocer el lenguaje no verbal en estos pacientes, interpretando cualquier cambio, y notificándolo al personal de enfermería para que posteriormente tome las medidas oportunas.

6 Bibliografía

1. Elena Martín Canovas. Las cinco fases (o etapas) del duelo: la teoría de Kubler-Ross.
Cen. de psi. int. MC. [internet] 22 Enero 2021. Citado (3 Dic 21). Disponible en : <https://centrodepsicologiaintegral.com/las-5-fases-o-etapas-del-duelo-de-Kubler-ross/>.
2. Marcos Gómez Sancho. Historia de los cuidados paliativos y el movimiento hospice.
2017. Citado (3 Dic 21). Disponible en: <https://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/01/MovHospice-SECPAL.pdf>.
3. Cristina Casal, Senén Manuel González M., María Pérez B., Margarita Álvarez A.
Funciones del TCAE ante el paciente terminal. Rev. Ocr. [internet]2021. (citado 3 Dic 21); 4(2). Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-TCAE-paciente-terminal>.
4. David Delgado S., Raúl Juárez V., Begoña Pellicer G., Actuación de enfermería ante el cuidado físico en el paciente terminal. Rev ROL Enf [internet]2014. Citado (3 Dic 21).;37(11):738-741. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/268217049-Actuación-de-enfermería-ante-el-cuidado-físico-del-paciente-terminal>.

Capítulo 152

EL AUXILIAR EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA HOSPITALARIA

NAGORE GUTIERREZ GARCIA

ELENA BLANCO CASIELLES

SUSANA MATA CIMA

RAQUEL QUIRÓS

IRENE MARÍA SELA MENÉNDEZ

1 Introducción

La labor del TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) como auxiliar de pediatría, constituye dentro de la rama sanitaria un eslabón importante, fundamental y enriquecedor en el mundo hospitalario. Su función de acompañar y atender al paciente infantil requiere de una formación específica, unos cuidados precisos y mucha paciencia y sensibilidad, que no todos los profesionales son capaces de tener, pero que una vez conseguidos, resulta una profesión muy gratificante por ser los niños y sus madres unos pacientes muy especiales. Una visión multidisciplinar formativa tanto a nivel psicológico, gde apoyo laboral entre profesionales de otras especialidades como médicos y enfermeras junto con la complicidad del familiar del paciente ayudaran a conseguir una estancia hospitalaria confortable y la realización de un trabajo digno de un excelente profesional sanitario. Asistir en los partos; UCI; cuidados sanitarios; limpieza higiénica; control del desarrollo biológico de crecimiento del paciente; ayudas y peticiones re-

queridas por enfermeros y médicos; documentación; preparación de las estancias habitacionales o de compañía y recepción; serán las tareas entre otras muchas, del TCAE en el ámbito hospitalario. Tendrá que ser un profesional dispuesto y con una formación continua, adecuada al ámbito donde se encuentre, prestando su ayuda, y actuando ante las necesidades que se le enfrenten, con conciencia de la carga emocional del puesto, lleno de felicidad y alegría unas veces y otras de situaciones complicadas y comprometidas. Recordando siempre, que detrás de cada paciente pediátrico existe una familia que recibe la acogida de un nuevo miembro o que necesita un trato cercano, profesional de comunicación fluida y de tranquilidad para enfrentar las diferentes situaciones que a nivel hospitalario se puedan presentar.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir la labor del TCAE estableciendo y organizando las necesidades físicas, sanitarias y psicológicas del paciente pediátrico en el hospital y sus dependencias.

Objetivos secundarios:

- Conocer la labor del TCAE en la asistencia en partos, conociendo e identificando las necesidades y problemas de la madre y recién nacido.
- Comprender la necesidad de tener unas aptitudes sanitarias de excelencia en la atención y cuidado integral del paciente pediátrico junto a su familia y entorno.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sistemática en bases de datos como Google Scholar, Medline, Scielo, Cochrane y Pubmed, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de actuación del TCAE en pediatría, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: pediatría, partos, unidad infantil hospitalaria.

4 Resultados

La pediatría hace su aparición con carácter individualista y propio en la segunda mitad del S. XIX desligándose así de la obstetricia y de la medicina interna, poco a poco se engloba dentro de un contexto de atención integral de profesionales sanitarios donde cada uno cumple una función sustancial que hace que el puzle

encaje logrando disminuir los aspectos menos deseados y gratos del proceso de hospitalización del paciente pediátrico, separado de sus rutinas, ámbitos familiares y confortables y con un sentimiento de lugar extraño lejano al de su hogar. En todas las estancias hospitalarias el TCAE tiene encomendada una función asistencial adecuada a cada circunstancia sanitaria. Será el que se encargue de acoger al paciente o madre primeriza y, si es el caso, acompañarlos a la planta de hospitalización, por ello será la primera cara por así decirlo, que el paciente ve, es por ello que el TCAE debe tener una capacidad empática con un grado inteligencia emocional y de trato familiar con el paciente, que le haga ganar su confianza y delegue en él sus cuidados sin miedo y con seguridad. La preocupación y el sentimiento de angustia de los familiares es mayor puesto que se trata de edades muy tempranas y con un cierto halo de indefensión que engloba al paciente por su corta edad, por eso tener a un profesional sanitario cercano y brindando cuidados de calidad es una gran ayuda y apoyo. De esta manera su labor asistencial será más fácil de llevar puesto que contará con la colaboración del paciente y su familia. En el caso de atención a partos, el cuidado de la madre y del bebé, el TCAE servirá de apoyo en los momentos de dar a luz, preparando y limpiando las habitaciones e incubadoras, para recibir al nuevo bebé. Se encargará de pesar, medir, recoger la carpeta del recién nacido y saber los posibles problemas en sus primeras horas de vida con un seguimiento en sus sueños, alimentación e higiene, además del control de la medicación y vacunas que se le suministren, tendrá un trato cercano con la parturienta e intentará saber y proporcionar las necesidades hospitalarias adecuadas, como el caso de prepararla para el parto, y colaborar con las matronas en biberones, papillas, ayudar en la lactancia materna, o alimentación por sonda según los protocolos previstos y asignados. Mantener las estancias higienizadas, en orden, con las camas cambiadas y limpias, con las medidas de seguridad precisas tanto en las movilizaciones como en los elementos mobiliarios adecuados de cunas, cambiadores y siempre facilitando el confort del paciente pediátrico. La colaboración con el personal de enfermería será fundamental en la recogida de orina, heces, sondajes, curas, drenajes o inmovilizaciones, como preparaciones para el quirófano, exploraciones, y temas relacionados con el oxígeno y de temperatura corporal. Para conseguir ser un profesional sanitario cualificado y completo el TCAE debe de tener una parte integradora de calidad y cualidad humana de paciencia, empatía y buena comunicación, debe de poseer una formación básica de psicología con capacidad para trabajar en equipo, para poder enfrentarse si fuera necesario al proceso de la muerte y sus cuidados post-mortem, situaciones de urgencia, cuidados en UCI, ayudar al paciente a bien morir y canalizarlo de la mejor manera hacia su familia todo bajo el secreto pro-

fesional.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del TCAE en el ámbito pediátrico no está exento de dificultades y problemas, pero también de momentos reconfortantes al involucrarse con la familia del paciente, tener un trato más cercano y vincular las esferas de lo físico-biología-psicología en el proceso de conseguir la disminución del índice del enfermo infantil y de muertes de niños. Es necesario tener capacidad profesional de observación con interés por las novedades en el desarrollo de tratamientos y métodos, con actitud de trabajo en equipo. Conseguir una ausencia total de despersonalización, de buen trato y respeto conllevará eliminar el factor de ansiedad, de miedo, confusión y estrés agudo que causa la hospitalización en los menores. Hoy en día se encuentra, entre los protocolos de tratamiento la asistencia del enfermo pediátrico en su propio domicilio familiar, siempre que sea posible, es una manera de mantener el contacto al paciente con su entorno más cercano y familiar, disminuyendo el aislamiento y sensación de angustia de un lugar desconocido y poco acogedor como es un hospital. Debemos tener presente que el TCAE es uno de los profesionales sanitarios que más tiempo pasa en contacto con los niños hospitalizados, y debe tener conciencia de que su relación va a marcar la manera que afronta su enfermedad, su forma de vivirla en general, huyendo del sentimiento de hostilidad creado en el internamiento de planta, urgencia o UCI. Fomentar la recuperación, la familiaridad, el cuidado y respeto por el paciente hospitalario pediátrico dentro de un contexto de atención integral y multidisciplinar de higiene, nutrición, confort y seguridad será la labor fundamental del TCAE.

6 Bibliografía

1. M. Rendón García; Revista Española de Pediatría, Clínica e Investigación Mayo 2017.
2. Benedicta Álvarez Iglesias, Ignacio Hernández Suárez; Revista Ocronos; Cuidados del Técnico de Auxiliar de enfermería en los pacientes pediátricos. 2019.

Capítulo 153

DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO

MARÍA JOSÉ SUAREZ GONZALEZ

1 Introducción

El estilo de vida de las personas ha ido cambiando a lo largo de los dos últimos siglos. La proliferación de vidas y trabajos más sedentarios así como un mayor consumo de azúcares, alimentos ultraprocesados o altos en grasas ha provocado un importante aumento en la incidencia de algunas enfermedades, como la diabetes mellitus.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una persona se considera diabética cuando presenta cifras de glucosa en sangre iguales o superiores a 126mg/dl, que la hemoglobina glicosilada sea superior al 6,5% o que la glucemia en un test de sobrecarga oral de glucosa sea igual o superior a 200 mg/dl. Los informes publicados en 2014 por esta misma organización, cuantifican el número de personas aquejadas por esta enfermedad en 422 millones (el doble que en 1980). Los niveles de glucosa son regulados en sangre gracias a la insulina, una hormona liberada por el páncreas, y que permite que la glucosa se introduzca en las células para ser utilizada como fuente de energía.

Las complicaciones que van unidas al padecimiento de diabetes mellitus son muy numerosas, siendo una de las más importantes e incapacitantes el llamado pie diabético. Esta complicación surge cuando existen niveles elevados de glucosa en sangre, provocando un daño en los vasos y nervios del pie que pueden provocar complicaciones graves a medio-largo plazo (úlceras, gangrenas, amputaciones). La diabetes mellitus supone un problema sanitario y socioeconómico de gran importancia. Por ello, es de vital importancia llevar a cabo una adecuada preven-

ción, una educación para la salud eficaz a los pacientes diabéticos, así como un buen tratamiento de las lesiones en caso de que estas aparezcan.

2 Objetivos

- Enumerar las medidas preventivas para disminuir el riesgo de padecer pie diabético.
- Identificar las técnicas diagnósticas que determinan la existencia de un pie diabético.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica basada en la literatura existente sobre el pie diabético, especialmente en la prevención y técnicas diagnósticas de la misma. Se han utilizado las bases de datos internacionales "Pubmed" y "Google scholar", pero principalmente se han consultado guías clínicas de diferentes servicios de salud.

La búsqueda se ha desarrollado en dos partes, la primera recopilando información general sobre el "pie diabético", y la segunda intentando dar respuesta a los objetivos generales previamente establecidos.

4 Resultados

La prevalencia de pie diabético oscila entre el 8-13% de pacientes con diabetes mellitus, de los que el 15% acaba desarrollando algún tipo de úlcera en el pie. El cuidado y prevención de estas úlceras es primordial ya que si no se lleva a cabo un adecuado tratamiento pueden tener como consecuencia la amputación del miembro inferior afectado. Estos datos nos muestran la importancia de llevar a cabo un buen diagnóstico y prevención.

La prevención primaria es la clave para evitar la aparición de úlceras y sus posibles complicaciones. Las principales medidas preventivas son:

- Identificación del pie de riesgo: pacientes que padezcan una neuropatía asintomática, enfermedad arterial periférica o presencia de lesiones ulcerativas o preulcerativas.
- Exploración periódica del pie diabético: llevar a cabo un cribado de neuropatía periférica diabética a partir de los diagnósticos de diabetes mellitus, así como determinación del riesgo de úlcera.

- Educación para la salud:

1. Inspección diaria de los pies, incluida zona interdigitálica.
2. No utilizar zapatos ajustados.
3. Cortar las uñas de los pies de forma recta.
4. No llevar nunca calcetines ceñidos o que lleguen a la rodilla.
5. Utilizar cremas lubricantes o aceites para la piel seca, evitando echarla en la zona interdigitálica.
6. Lavado periódico de los pies (la temperatura del agua siempre debe ser menor a 37° C).
7. Evitar andar descalzo dentro y fuera de casa, y no llevar zapatos sin calcetines.
8. Buen control diabético.

- Asegurar el uso rutinario de calzado adecuado: los pacientes que sufren pérdida de sensibilidad protectora (PSP) deben utilizar calzado holgado (debe ser 1-2 cm mayor que la longitud del pie), así como se recomienda el uso de plantillas y prótesis.

- Manejar los factores de riesgo de ulceración: presencia de callos, patologías en las uñas, deformidades en los metatarsos.

Además de la prevención, es importante realizar un diagnóstico precoz, para así poder llevar a cabo las medidas necesarias para evitar la progresión de la lesión, así como poner mayor atención en una prevención adecuada evitando la recidiva de dichas lesiones.

El diagnóstico consiste en conseguir realizando exploraciones físicas, neurológicas y vasculares. La exploración física consiste en valorar el aspecto de la piel, la presencia de edemas, malformaciones en las uñas.

La exploración neurológica busca valorar las alteraciones en la sensibilidad del pie para confirmar la presencia de neuropatía periférica. Los métodos más relevantes utilizados para ello son:

- Monofilamento de Semmes-Weinstein: este monofilamento consta de un filamento de nylon unido a un mango. Al ejercer una presión constante, este filamento se dobla. Este método consiste en presionar cuatro puntos plantares en cada pie: falange distal y bases del primer, tercer y quinto metatarsiano. Su resultado se considera positivo cuando el paciente no detecta al menos uno de los puntos, e indica que se ve alterada la sensibilidad protectora.
- Diapasón graduado de Rydel-Seiffer: dispone de dos ramas con ocho puntos de desplazamiento, y dichas ramas al vibrar crean un triángulo. Estas ramas se percuten y se aplican en las cabezas del primer y quinto metatarsiano, maléolo o zona interfalángica del primer dedo. Una vez el paciente deje de notar la vibración se interpreta el triángulo formado en el diapasón, y se considera que existe riesgo

de ulceración cuando la lectura fuese inferior a 42.

- Valoración del reflejo aquileo: percusión con el martillo sobre el tendón aquileo, su negatividad indica neuropatía motora.
- Sensibilidad a la temperatura. La exploración vascular tiene como finalidad comprobar la perfusión vascular.

Los métodos más relevantes utilizados para ello son:

- Eco doppler.
- Índice tobillo-brazo (ITB): esta técnica valora la isquemia en miembros inferiores, y es el resultado de dividir la presión arterial sistólica (PAS) de cada tobillo entre el valor de la PAS más alta de las arterias braquiales. Para realizarla es necesario un doppler, y un esfigmomanómetro. La interpretación de los resultados obtenidos es la siguiente:
 1. ITB<0.5: enfermedad arterial obstructiva periférica grave, isquemia grave.
 2. ITB 0,7-0,9: enfermedad arterial obstructiva leve, moderada.
 3. ITB 0,9-1,4: normal.
 4. ITB >1,4: calcificación arterial, arteria no compresible.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el pie diabético se trata de una enfermedad altamente incapacitante y cuya prevalencia aumenta cada año. Además, los recursos humanos y materiales destinados a ella suponen un gran gasto para los distintos sistemas sanitarios mundiales, por lo que una buena educación para la salud es clave para llevar a cabo una prevención adecuada, y proporcionar conocimientos para que en caso de que aparezcan signos de alarma, los pacientes acudan de inmediato a la consulta médica y/o enfermera.

El personal de enfermería son la pieza clave en el abordaje de esta patología, ya que en la mayoría de ocasiones los pacientes que padecen esta patología acuden en primer lugar a la consulta de enfermería, por lo que su formación es clave.

6 Bibliografía

1. Diabetes: MedlinePlus en español [Internet]. [cited 2021 May 3]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/diabetes.html>.
2. Tirado R-ADC, Antonio Fernández López J, Javier F, Tirado DC. Archivos de medicina. 2014;10:1. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-en-el-pie-diabtico.pdf>.

3. Pie diabético: Síntomas, diagnóstico y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. [cited 2021 May 3]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/pie-diabetico>.
4. Grupo de trabajo internacional sobre el pie diabético. Guía práctica y específica para el tratamiento y la prevención del pie diabético. 2016. Disponible en: <https://d2q8uh6bd0ohj9.cloudfront.net/wp-content/uploads/2019/05/27155352/guia-tratamiento-y-prevencion-pie-diabetico.pdf>.

Capítulo 154

PITIDOS EN EL OIDO: ACUFENOS O TINNITUS

LUCIA GALAN ÁLVAREZ

LORENA SUAREZ GUTIERREZ

1 Introducción

Los acufenos o tinnitus son una percepción de pitido o zumbido en el oído, aunque también pueden aparecer en cualquier lugar de la cabeza sin que exista ningún estímulo externo que lo produzca, suele ser debido a una alteración que se produce en el sistema nervioso central. Son muy molestos.

Se suele describir como zumbido en los oídos, aunque también puede causar otro tipo de ruidos imaginarios:

- Rugidos.
- Chasquidos.
- Siseos.
- Murmullos.

El zumbido en la mayoría de las personas sólo lo oye la persona que lo tiene. El ruido puede ir desde un chillido muy alto hasta llegar incluso a ser un rugido y se puede oír en uno o en ambos oídos.

En ocasiones el sonido es tan alto que interfiere en poder escuchar un sonido externo e incluso en la capacidad de concentración.

Puede escucharse de forma temporal o crónica y se acentúan más cuando no existe ningún otro ruido en el ambiente que le produzca interferencias.

Puede producirse de manera puntual después de haber estado sometido a un ruido extremadamente fuerte.

Los acufenos pueden ser:

- Subjetivos: se pueden percibir ruidos sin que exista ningún estímulo acústico, por lo que no pueden oírlo ni el médico ni otras personas.
- Objetivos: pueden ser percibidos tanto por el médico como por el paciente. Suelen imitar el ruido del flujo de los vasos sanguíneos, provocando un sonido pulsátil y sincrónico con el pulso.

Es un síntoma que se presenta entre el 10-17% de la población, apareciendo con más frecuencia a partir de los 45 años, siendo más habitual en hombres que en mujeres.

Las personas que los padecen perciben pitidos o zumbidos, los más frecuentes son de tono agudo y en caso de que molesten pueden alterar el sueño, producir dolores de cabeza, ansiedad y sensibilidad a los sonidos del exterior.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las posibles causas que producen tinnitus.

Objetivos secundarios:

- Factores de riesgo que hay que tener en cuenta
- Tratamientos más frecuentes para tratar los acufenos.
- Indicaciones para evitar los zumbidos o pitidos.

3 Metodología

Realizamos una búsqueda sobre publicaciones en internet, en bases de datos tales como DECS en las que aparecerían textos sobre los acufenos.

Las bases de datos consultadas han sido: Medline, Scielo, Pubmed, DECS, Google Académico.

Las palabras seleccionadas en la base de datos DECS fueron: acufeno, zumbido. Se han seleccionada artículos en los que se incluyen solo los párrafos disponibles a texto completo y en diferentes idiomas.

4 Resultados

Causas posibles del tinnitus:

A veces es difícil determinar la causa, puede estar relacionada con infecciones víricas, problemas vasculares, estrés, cambios hormonales, ingesta de algunos

fármacos como la aspirina, tapones de cerumen, exposición a ruidos fuertes, tumores del nervio acústico, infecciones del oído mal curadas, también después de haber sufrido un infarto, una embolia del oído o haber tenido un tratamiento con quimioterapia.

Las situaciones de estrés y los ruidos fuertes pueden producir también un aumento de los acúfenos.

El uso de los auriculares también puede ser una causa debido a la exposición continua a sonidos con volumen muy alto.

Actividades como el submarinismo, el paracaidismo o la escalada debido a los cambios de presión también producen tinnitus.

Lesiones en la cabeza o el cuello debido a un traumatismo pueden interferir en el oído interno, en los nervios auditivos o en la función del cerebro que está vinculada con la audición.

Otras causas menos frecuente pueden ser:

- Enfermedad de Ménière: producida por un trastorno del oído interno que puede causar la presión anormal del líquido ótico.
- Disfunción de la trompa de Eustaquio: la trompa que conecta el oído medio con la parte alta de la garganta permanece expandida, lo cual puede hacer que el oído se sienta taponado.
- Cambios en la cadena de los huesecillos del oído: causada por un crecimiento anormal de los huesecillos.
- Espasmos musculares en el oído interno.
- Trastornos de la articulación temporomandibular.
- Neurinoma del acústico y otros tumores de cabeza y cuello.
- Trastornos de los vasos sanguíneos.
- Otras afecciones crónicas como: diabetes, tiroides, migrañas, anemia y trastornos autoinmunitarios como la artritis reumatoide y el lupus.

Factores de riesgo:

- Exposiciones a ruidos fuertes.
- Edad.
- Sexo.
- Consumo de tabaco y alcohol.
- Obesidad, problemas cardiovasculares, presión arterial alta, artritis o lesión en la cabeza.

Tratamientos más frecuentes:

- Eliminación de la cera de los oídos: eliminar la obstrucción puede reducir los síntomas.

- Tratamiento de una afección que afecte a los vasos sanguíneos.
- Cambios de medicamentos: si el medicamento que toma puede ser la causa, se suspenderá o reemplazará por otro diferente.
- Terapias de electroestimulación: consiste en aplicar unos estímulos eléctricos para favorecer la regeneración de las células que están afectadas.
- Implante coclear: se implanta un dispositivo que mejora la capacidad de oír.
- Técnicas de reentrenamiento: cuando existen acúfenos crónicos se enseña a dejar de percibirlos.
- Técnicas de relajación.
- Técnicas cognitivo-conductual.

Indicaciones para evitarlos:

- Usar protección adecuada: no someterse a ruidos elevados. Con el tiempo, la exposición a ruidos elevados puede dañar los nervios del oído. Para oír bien debe de estar regulado el sonido al que te expones. La contaminación acústica es un problema del entorno social y su continua exposición nos perjudica, por lo tanto hay que evitar exponerse a sonidos elevados durante mucho tiempo y evitar el uso excesivo de auriculares.
- Evita el estado de estrés o ansiedad: el cansancio influye en el organismo, el cuerpo necesita descanso y si no la salud auditiva lo va notar a la larga.
- Usa ruido blanco.
- Limita el consumo de alcohol, cafeína y nicotina.
- Evita someter el oído a estados de presión: en algunos deportes como la escalada y el submarinismo se debe de tener cuidado con la presión ambiental. Si se realizan de manera continuada se pueden apreciar los primeros síntomas.
- Tratar precozmente las enfermedades del oído y de las vías respiratorias, y acudir al médico si aparece pérdida de audición o acúfenos repentinos.

5 Discusión-Conclusión

Los acúfenos o tinnitus son unos zumbidos o pitidos muy molestos que aparecen en los oídos e incluso en algunas zonas de la cabeza. A veces es muy difícil determinar cuál es la causa que los produce, pueden ser temporales o crónicos y la incidencia suele ser a partir de los 45 años siendo más habitual en hombres que en mujeres.

Aunque no se sepa cuál es la causa hay una serie de ellas que producen la aparición de tinnitus, por lo tanto debemos de tener en cuenta una serie de indicaciones para poder evitarlos como pueden ser: evitar situaciones de estrés, ruidos

fuertes y el uso de auriculares entre otras cosas.

Existen una serie de tratamientos que se pueden llevar a cabo aunque no siempre se pueden eliminar esos zumbidos, sino que en ocasiones lo único que se consigue es reducir los síntomas.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 155

EL RECHINAR DE LOS DIENTES: EL BRUXISMO

LORENA SUAREZ GUTIERREZ

LUCIA GALAN ÁLVAREZ

1 Introducción

Bruxismo es una palabra griega, que se define como un trastorno en el que la persona aprieta, cruje o rechina los dientes. Está asociado principalmente a situaciones de sueño y estrés.

Suele producirse de manera inconsciente y puede ser bruxismo nocturno o diurno.

El nocturno está relacionado con el sueño, las personas que lo padecen mientras duermen suelen producir trastornos como roncar o apnea del sueño.

En ocasiones si es leve no se requiere tratamiento. Pero si se produce de manera frecuente y de forma intensa puede producir trastornos en la mandíbula, daños en los dientes e incluso dolores de cabeza.

La mayoría de los niños no necesita tratamiento, pero si el problema llega a ser grave se administran medicamentos para calmar el dolor, tratamientos odontológicos e incluso medidas para reducir los síntomas.

Algunas medidas para reducir los síntomas son:

- Técnicas de relajación que nos ayudan a reducir la ansiedad y el estrés.
- Ejercicios de estiramientos para recuperar el equilibrio muscular.
- Intentar relajar durante el día los músculos faciales y las mandíbulas.
- Combatir el insomnio.

- Disminuir el dolor en cara, cuello y hombros masajeando los músculos.
- Procurar no comer alimentos duros o difíciles de masticar.
- Poner calor húmedo.

Existen también tratamientos odontológicos:

- Protectores bucales y férulas: mantienen los dientes separados para evitar que se produzcan daños cuando se aprietan o rechinan los dientes. Suelen ser acrílicos o de materiales blandos.
- Corrección dental: cuando existe ya un desgaste en el diente que nos provoca sensibilidad o dificultad para masticar de manera adecuada, el dentista colocará coronas y remodelará la superficie de masticación.

Es una enfermedad silenciosa que la sufre el 70% de la población española.

Suele aparecer en la adolescencia afectando igual a hombres que a mujeres.

El bruxismo es la acción involuntaria de contraer los músculos que utilizamos para masticar y que cierra la boca provocando desgaste de los dientes y problemas de encías.

No es peligroso, aunque varía el nivel de gravedad. Esto es debido a que causa dolores dentales permanentes u otros dolores de la mandíbula, oído o cabeza y trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer los tipos de bruxismo que existen.

Objetivos secundarios:

- Indicar los factores de riesgo que aumentan la producción del bruxismo.
- Conocer los signos y síntomas del bruxismo y las complicaciones que se pueden dar.
- Describir las causas que lo producen.

3 Metodología

Realizamos una revisión bibliográfica sobre publicaciones en internet, en bases de datos tales como DECS en las que aparecerían textos sobre el bruxismo.

Las bases de datos consultadas han sido: Medline, Scielo, Pubmed, DECS, Google Académico.

Las palabras seleccionadas en la base de datos DECS fueron: rechinar dental, bruxismo.

Se han seleccionada artículos en los que se incluyen solo los párrafos disponibles a texto completo y en diferentes idiomas.

4 Resultados

Tipos de bruxismo:

En la actualidad existen diferentes tipos de bruxismo que se clasifican según:

1. El tipo.

- Bruxismo céntrico: cuando aprietas los dientes.
- Bruxismo excéntrico: cuando rechinan los dientes

2. Edad del paciente:

- Bruxismo infantil
- Bruxismo adulto

3. El momento en el que se produce:

- Bruxismo nocturno.
- Bruxismo diurno.

Factores de riesgo que hacen que se producen el bruxismo.

Hay una serie de factores que elevan el riesgo de que aparezca el bruxismo:

- El estrés: un aumento de ansiedad o estrés, así como la ira y la frustración provocan el rechinar.
- La edad: puede desaparecer en la edad adulta, siendo más frecuente en niños.
- Tipo de personalidad: una persona agresiva, competitiva o hiperactiva aumenta la posibilidad de que aparezca el bruxismo.
- Medicamentos: los medicamentos psiquiátricos, como los depresivos pueden tener un efecto secundario que lo produzca, así como fumar, beber alcohol o bebidas con cafeína o consumir drogas recreativas aumenta el riesgo.
- Familiares con bruxismo: suele ser un riesgo de familia, si alguien lo tiene es posible que otro familiar lo haya tenido.
- Puede estar relacionado con otra serie de trastornos como: trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), apnea del sueño, terrores nocturnos, epilepsia, enfermedad de Parkinson, demencia, trastorno de reflujo gastroesofágico.

El bruxismo presenta una serie de signos y síntomas:

- Rechinar o apretar los dientes, produciendo un sonido muy fuerte que puede hasta despertar a la persona que tiene al lado.
- Dientes partidos, flojos, aplanados e incluso fracturados.

- Se observan las capas más profundas de los dientes, debido al desgaste que se produce en el esmalte dental.
- Se produce dolor y mayor sensibilidad.
- Músculos de la mandíbula rígidos o mandíbula que no se puede abrir o cerrar totalmente
- Dolor o inflamación de la mandíbula, cuello o rostro.
- Dolor parecido al dolor de oídos, pero sin que afecte al oído.
- Dolor de cabeza que aparece primero en las sienes.
- Heridas en la parte interna de las mejillas producidas al morderse.
- Alteraciones del sueño, insomnio.
- Depresión.
- Estrés.
- Ansiedad.
- Trastornos alimentarios.

Existen una serie de complicaciones aunque no suelen ser graves, pero sí que pueden darse:

- Daños en los dientes, las restauraciones, las coronas o la mandíbula.
- Dolores de cabeza relacionados con la tensión.
- Dolor de cuello o facial intenso.
- Trastorno que aparece en las articulaciones temporomandibulares, que se encuentran justo delante de los oídos y que puede sonar como un chasquido cuando se abre y se cierra la boca.

Existen una serie de causas que producen el bruxismo:

Aunque no se conoce el origen real, existen diferentes teorías sobre las causas: Factores físicos, psicológicos y genéticos forman una combinación que pueden hacer que se produzca el bruxismo.

El bruxismo que se produce durante el día suele aparecer debido a la ansiedad, el estrés, la ira, la frustración o la tensión.

El que se produce durante el sueño o por la noche se debe a la actividad de masticar. Y va asociada a despertarse durante el sueño.

La principal causa que produce el bruxismo según estudios está relacionado con el estrés, aunque también existen otra serie de factores que pueden fomentar su aparición:

- Tipo de alimentación.
- Hábitos del sueño.
- Postura.

- Alineación de dientes.
- Capacidad de relajarse.

5 Discusión-Conclusión

El bruxismo es el hábito de rechinar y apretar los dientes de manera involuntaria, puede traer complicaciones a largo plazo. Puede ser diurno y nocturno.

Los factores que influyen pueden ser genéticos y también están relacionados con el estrés.

Por lo tanto se aconseja realizar actividades que ayuden a controlar, relajar y reducir el estrés y la tensión muscular. Por ello realizar ejercicios de relajación, masajear zonas de las mandíbulas afectadas y dormir las horas necesarias manteniendo una postura corporal correcta ayudan a disminuir la aparición del bruxismo.

Se sabe que no existe un tratamiento único para tratar el bruxismo, pero si una serie de pautas y tratamientos odontológicos que pueden ayudar a disminuir y mejorar la patología.

6 Bibliografía

1. Qué es el bruxismo, qué lo causa y cómo puede tratarse www.tucanaldesalud.es/es/canalciencia/articulos/bruxismo-causa-puede-tratarse
2. Bruxismo rechinamiento de dientes www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bruxism/symptoms-causes/syc-20356095
3. Bruxismo: qué es, síntomas y tratamiento www.topdoctors.es/diccionario-medico/bruxismo
4. Bruxismo rechinamiento de dientes. Diagnóstico y tratamiento www.mayoclinic.org
5. Bruxismo www.scielo.iscii.es

Capítulo 156

EVITAR LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN EL PACIENTE GERIÁTRICO UNA FUNCIÓN DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ZORAIDA MARTÍNEZ HENAREJOS

1 Introducción

Los usuarios de los centros geriátricos la mayoría con ciertas patologías que limitan su movilidad llegan a permanecer largas horas sentados en la misma postura, incluso encamados por sus enfermedades. Las UPP son un gran enemigo de los pacientes geriátricos provocando grandes dolores e incomodidad, las mismas pueden ser evitables si se establecen ciertas medidas para evitar su aparición.

Una ulcera por presión es una herida de tipo crónico que afecta a los tejidos blandos cuando estos se encuentran comprimiéndose entre dos planos duros (parte ósea del esqueleto, y la otra una superficie externa como butaca, sillón, cama) por un tiempo prolongado.

Una de las muchas funciones de las TCAE es evitar que estas horas de reposo prolongado en la misma postura se vean incrementadas; por ello es muy importante estar pendiente en todo momento de la piel de los pacientes, se aprovechará en las sesiones de aseo y ducha para revisar la piel de los mismos, la, secándola e hidratándola correctamente; a la menor alteración se procederá a tratarla con

fármacos cutáneos y apósitos para que estas heridas no vayan ganando terreno. Se comunicará al servicio de enfermería que decidirá el tratamiento a seguir así como las pautas de curas.

2 Objetivos

Conocer el papel del TCAE en la prevención de las UPP.

3 Metodología

Para la elaboración del presente documento se ha llevado a cabo un proceso de revisión bibliográfica de diferentes libros, artículos, publicaciones académicas y bases informáticas. Se han utilizado diversas páginas de internet relacionadas con los criterios de búsqueda y libros de texto de diversas editoriales.

4 Resultados

Un buen remedio para evitarlas es la actividad física en aquellas personas que tienen mayor movilidad, animándolos en todo lo posible a lo largo de las jornadas a caminar, dar pequeños paseos por exteriores, realizar pequeñas tareas, gimnasia, etc.

Por el contrario en las personas con menor movilidad seremos los Tcaes los encargados de movilizarlos tanto en sillas, butacas, camas; utilizando todo tipo de recursos ortopédicos y de descargas como almohadas y cojines.

Nuestro principal cometido como Auxiliar de enfermería ante las úlceras es colaborar en todo lo posible con el equipo de enfermería preparando el material, utensilios, medicación, gasas, apósitos. Al finalizar las curas recogeremos todo el material utilizado, acomodaremos al paciente y lo dejaremos en la posición del plan de cambios posturales.

Para disminuir la presión en las zonas de riesgo deberemos:

1. Usuario Encamado:

- Cambio postural cada 2-4 horas.
- Valorar prominencias óseas en cada cambio postural.
- Uso de almohadas o cuñas de espuma para poder proteger las superficies óseas que tienen un contacto directo entre si como son rodillas y talones.
- Procurar no cargar el peso en la zona lumbar.
- Evitar deslizar y arrastrar a los pacientes.

- Usar colchones antiescaras.

2. Usuario sentado:

- Cambios de postura cada hora.
- Estimular a realizar paseos y movilizaciones.
- Que el paciente realice cambios de postura cada 15-30 minutos.
- Acomodar al usuario sobre superficies ortopédicas para evitar la aparición.
- Tener una postura con espalda recta, tener una distribución uniforme del peso.

3. Tener protegida la zona del sacro.

Los TCAE debemos conocer los tipos de UPP que existen, para poder llevar el correcto control de ellas y conseguir evitarles en la medida de lo posible; se engloban en cinco grupos:

1. Estadio 0 ó Pre-úlceras Epidermis intacta, comienza a aparecer enrojecimiento (eritema) de la zona, el cual se alivia al dejar de ejercer la presión.
2. Estadio 1. Epidermis intacta, el eritema no desaparece al dejar de realizar la presión, se puede acompañar de otros signos que son característicos de procesos inflamatorios como:

1. Induración (piel acolchada).

2. Dolor local.

3. Calor.

Es el primer signo claro de que si no cesa la presión sobre esa zona del cuerpo nos vamos a encontrar con el desarrollo de una úlcera por presión.

El TCAE es el punto más importante, revisando la piel, comprobando y evitando sábanas y ropas marcadas, arrugas de las mismas y rojeces. Las personas con mayor pérdida de sensibilidad son más propensas a desarrollarlas.

Para tratar las UPP en estadio 0 y 1: se aplican ácidos grasos hiperoxigenados (Linovera) en forma de spray, sin masajear y sin frotar.

3. Estadio 2: afectación de la Dermis y Epidermis; aparición de Equimosis (sangrado externo o cangrejal) y de Flictenas (ampollas subepidérmicas de más de 15mm de diámetro; si estas se rompen la úlcera sangra lo que genera una alta capacidad de infección).

4. Estadio 3: afectación de la Epidermis, Dermis e Hipodermis; empiezan a aparecer escaras (tejido muerto, apariencia negruzca de 5mm adherido a la piel y al tejido subcutáneo) para su correcta limpieza deben de ser valoradas eliminando mediante un Desbridado (eliminar el tejido necrosado para ver el alcance la UPP; puede realizarse de forma:

- Autolítica: de forma propia.

- Enzimático: a través de medicamentos antibióticos

- Quirúrgico: con bisturí, es la forma más rápida y la más abrasiva.

5. Estadio 4: aquí encontramos afectación de Epidermis,mDermis,mHipodermis, Músculo, Hueso ó estructura de sostén como articulación y tendón ; llegando a encontrar cavernas y trayectos sinuosos. Los capilares sanguíneos y las terminaciones nerviosas ha desaparecido prácticamente y esto da lugar a ausencia de sangrado y dolor con un olor desagradable.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que cualquier residente es susceptible de poder desarrollar una UPP, es ahí donde debemos insistir en realizar cambios posturales y movilizaciones, proteger a nuestros mayores de una infección que puede ocasionar grandes problemas e incomodidades. Todo el equipo encargado del cuidado del paciente debemos estar coordinado para evitar la aparición de esta patología.

Para valorar las UPP se utiliza la escala de medición, las mas usadas son las de Norton y Braden que permiten evaluar los riesgos de padecer úlceras (EVRUPP) a la llegada de un nuevo residente se le debe evaluar el estado de su piel y realizar un control y seguimiento adecuado al mismo.

6 Bibliografía

1. García Fernández F. P., Soldevilla Agreda J. J., Pancorbo Hidalgo P. L., Verdú Soriano J., López Casanova P., Rodríguez Palma M. Clasificación-Categorización de las Lesiones Relacionadas con la Dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. 2ª ed. Logroño: 2014.

Capítulo 157

MANEJO DE RESIDUOS SANITARIOS

SARA FERNÁNDEZ ALONSO

ELIA GARCÍA GALAN

SONIA MARIA GARCÍA ABEIJON

LUISA ISABEL PIMENTEL PINTO

ANGHARA TRILLO MAHIA

1 Introducción

Definiremos residuo como las sustancias, materiales o subproductos sólidos, líquidos o gaseosos, generados por una tarea. La sociedad actual produce residuos que son muy ofensivos para el planeta y su cantidad ha aumentado como consecuencia del incremento de la actividad sanitaria, el incremento del material médico desechable, la utilización de técnicas asépticas, y el aumento de la importancia de la limpieza, etc.

Por eso hay que buscar alternativas, como para no crear esos residuos y una vez que existen poder eliminarlos de la manera más saludable para el planeta. Estos residuos sanitarios pueden poner en peligro tanto al planeta como a las personas que trabajan con ellas.

La norma fundamental de ámbito estatal es la Ley 42/1975, de 19 de noviembre, sobre Recogida y Tratamiento de los Residuos Sólidos Urbanos («B.O.E.» de 21-11-75), modificada posteriormente por el Real Decreto Legislativo 1.163/1986, de 13 de junio; este Decreto se dicta para adaptar dicha Ley a la Directiva 75/442/CEE, de 15 de julio de 1975, relativa a los residuos.

Los costes sociales y ambientales derivados de los residuos han supuesto la aparición de importantes exigencias legales en relación con su gestión.

Los residuos hospitalarios son aquellos generados en las actividades sanitarias. Buena parte de ellos se encuentran potencialmente contaminados con sustancias o líquidos biológicos, al haber sido utilizados en tratamientos clínicos y proceden de:

- Hospitales.
- Clínicas y sanatorios de medicina humana.
- Centros y servicios veterinarios asistenciales.
- Centros de salud.
- Centros de asistencia social.
- Consultas de profesionales independientes.
- Centros de planificación.
- Laboratorios de investigación médica.

2 Objetivos

Exponer la nomenclatura, definiciones, criterios de clasificación, tratamiento y eliminación de los Residuos producidos en los Hospitales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Se va a desarrollar la clasificación de residuos sanitarios según NTP372 y cuál es su forma de deshacerse de ellos. Son residuos sobre los cuales se han de observar medidas de prevención en la manipulación, la recogida, el almacenamiento, el transporte, el tratamiento y la eliminación, tanto dentro como fuera del centro generador, ya que pueden representar un riesgo para la salud laboral y pública. Las NTP son guías de buenas prácticas. Sus indicaciones no son obligatorias salvo que estén recogidas en una disposición normativa vigente.

La primera clasificación es muy básica pueden ser: sólidos, líquidos. O radiactivos.

- Tipo I o asimilables a residuos municipales: son de origen de actividades cotidianas (hostelería, administración, jardinería, envases vacíos de medicamentos, exceptos los citostáticos)

Bolsas de color negro.

- Tipo II o residuos no específicos: son aquellos no infecciosos procedentes de actividad sanitaria directa (material de curas, textil con fluidos, equipos vacíos de goteros).

Bolsa verde.

Se tratarán y eliminarán como residuos asimilables a los municipales.

- Tipo III o residuos específicos de riesgo: potencialmente contaminados (todo material en contacto con fluidos infectados, restos anatómicos, agujas y material punzante, animales de experimentación).

Bolsa amarilla y contenedores amarillos con tapas rojas para cortantes y punzantes.

El tratamiento y eliminación deberá atender a criterios de inocuidad, asepsia y salubridad con el fin de garantizar la eliminación de los gérmenes patógenos y la protección del medio ambiente. Se realiza con técnicas como la incineración, en hornos preparados para esta finalidad y estarán contruidos con unas características definidas.

- Tipo IV o residuos tipificados en normativas singulares: residuos especiales no incluidos en el tipo III (citotóxicos, residuos químicos líquidos-sólidos-radiactivos).

Deben estar etiquetados de forma específica.

Se recogerán en contenedores homologados convenientemente identificados con la etiqueta "Material contaminados químicamente".

Una vez segregados, los residuos sanitarios se podrán almacenar en el mismo edificio durante un período máximo de 72 horas, que se puede alargar a una semana si el almacén de residuos dispone de un sistema de refrigeración (temperatura máxima 4 °C), deben transportarse dentro del centro y almacenarse para su posterior tratamiento.

Todo ello corresponde a los servicios de limpieza especializados, los cuales deben de manipular las bolsas y recipientes.

5 Discusión-Conclusión

Una gestión ineficiente derivará en graves consecuencias para la salud de las personas y la degradación del medio ambiente, para ello se deben elaborar políticas responsables en normas de bioseguridad para la gestión de los residuos y la correcta clasificación de dichos residuos.

Deben dictarse normas para eliminar la importante carga de morbilidad asociada a la mala práctica, incluida la exposición a agentes infecciosos y sustancias tóxicas.

Debe implantarse un sistema integral y de carácter universal para lograr mejorar a medio y largo plazo una mejora en la gestión de los residuos sanitarios.

Métodos de gestión seguros e inocuos para el medio ambiente, con el objetivo de proteger a las personas implicadas del peligro en los procesos de recogida, manipulación, almacenaje, transporte, tratamiento y eliminación de desechos. Debe fomentarse la minimización, la reutilización, el reciclado y la valorización con el fin de generar el mínimo de residuos, estas son las claves para facilitar su posterior eliminación.

6 Bibliografía

1. Serrano Paredes, Olga. 1ª Edición Abril 2001. La Gestión de Residuos Sanitarios. Editorial Comares.
2. Arcos González, Pedro Ignacio. Bances Álvarez Dámaso. 1994. La gestión de residuos sanitarios. Oviedo. Editorial: Conserjería de sanidad y servicios sociales.

Capítulo 158

DEPRESIÓN EN ANCIANOS

RAQUEL MORENO LÓPEZ

BEATRIZ LÓPEZ REGODESEVES

MÓNICA LÓPEZ COALLA

1 Introducción

Según la OMS, la depresión afecta a un 5,7% de las personas de más de 60 años. En total, e independientemente de la edad, esto quiere decir que afecta a unos 280 millones de personas en el mundo. Mundialmente, se producen al año unas 700.000 muertes por suicidio a causa de la depresión.

La depresión es una enfermedad que afecta al estado de ánimo de la persona (tristeza, sensación de vacío), y además también hace que la persona pierda el interés en actividades que antes le gustaban. Otros síntomas característicos son: dificultad de concentración, sentimiento de culpa, falta de esperanza, autoestima baja, falta de energía y cansancio, alteración del sueño así como del apetito y pensamientos de suicidio y muerte.

En los ancianos hay que sumarle síntomas físicos como pueden ser los dolores crónicos. Esto se da durante la mayor parte del día y puede llegar a varias semanas (al menos 2 semanas), meses e incluso años, en ocasiones llegando al suicidio si no se trata de la manera correcta.

En países no desarrollados o con ingresos bajos, las enfermedades mentales siguen siendo muy estigmatizadas y además no hay recursos suficientes para dedicarlos a los tratamientos, por lo tanto, se sabe que la mayoría de las personas

no lo reciben, no sucediendo eso en los países desarrollados, aunque muchas veces el diagnóstico es tardío.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer cómo mejorar la situación de las personas cuando llegan a la ancianidad para evitar la depresión.

Objetivos secundarios:

- Conocer los síntomas de la depresión.
- Describir los distintos tratamientos contra la depresión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Epidemiología:

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los mayores y a pesar de todo, permanece invisible en numerosos casos. Suele darse sobre todo en personas que viven en residencias o en los ingresados en hospitales, así como los que padecen Alzheimer o Parkinson, o incluso los que han padecido un accidente cerebrovascular. En menor medida lo padecen aquellos que viven en la comunidad y los que acuden a atención primaria.

Sobre todo en residencias, donde todo se vuelve rutina y las personas padecen de diferentes enfermedades, contribuye a que la gente se aburra, no muestre interés en nada, esté desganada y hastiada.

Los datos indican que las mujeres mayores son más proclives a padecer depresión que los hombres de la misma edad, aunque el número disminuye después de la menopausia, pero después de esta la depresión suele darse en mujeres que ya la padecieron con anterioridad.

Depresión en el anciano:

La depresión en las personas mayores es algo que suele darse pero no es algo que vaya adherido al envejecimiento y lo más grave es que por lo general no se recibe tratamiento al no identificar la enfermedad mental.

La persona está triste. Pero esta tristeza es disconforme ya que hace que la persona no se vea capaz de llevar a cabo las rutinas anteriores por simples que sean, e incluso haciendo que la persona pierda la ilusión por vivir.

Es difícil identificar la depresión en una persona mayor porque puede juntarse y afectar al funcionamiento cognitivo, es decir, a la memoria y a la concentración. También se le suman riesgos vasculares y la toma de fármacos.

Las formas de presentación más comunes son:

- Enlentecimiento o agitación psicomotores.
- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, y la mayoría los días. También puede tener ansiedad o irritabilidad.
- Pérdida de interés en cosas que antes le producían placer.
- Pérdida o aumento de peso.
- Insomnio o hipersomnia durante el día.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva, u otros síntomas neuróticos.
- Menor capacidad para concentrarse o pensar.
- Pensar en la muerte y en el suicidio.
- Deterioro del cuidado personal.
- Abuso de alcohol y/u otras sustancias.

Suicidio en ancianos:

Las principales características en las personas mayores suicidas son:

- Hombre de raza blanca.
- Intentos anteriores.
- Viudo.
- Consumo de sustancias.
- Enfermedades crónicas, sobre todo si hay dolor.
- Otros factores a tener en cuenta: soledad, introvertido, insomnio, desesperanza.

Tratamiento:

La depresión puede tratarse de diversas formas:

- Farmacológico:
 1. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): son los más frecuentes. Se usan para tratar la depresión y otros trastornos de salud mental. Entre sus efectos secundarios están: temblor, diarrea, náuseas y el dolor de cabeza, pero suelen ser leves y acaban desapareciendo con su uso.
 2. Antidepresivos de nueva generación: son tan eficaces como los anteriores y con efectos secundarios similares.

3. Antidepresivos heterocíclicos: eran los más utilizados anteriormente y tienen más efectos secundarios que el resto: aumento de peso, somnolencia, aumento de la frecuencia cardíaca, disminución de la presión arterial, visión borrosa, estreñimiento y confusión.

4. Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO): son muy eficaces pero solo se prescriben cuando otros medicamentos no han tenido efecto, ya que hay que llevar a cabo restricciones dietéticas (no consumir alimentos ni bebidas que contengan tiramina, pseudoefedrina y dextrometorfano) y otras precauciones para que no se produzca un rechazo y se acabe produciendo un accidente cerebrovascular.

5. Fármacos parecidos a la ketamina: esto es un fármaco anestésico que si se usa en cantidades más sub anestésicas se produce una rápida mejoría aunque temporal.

- Actividad y ejercicio: debe hacerse con regularidad ya que favorece a disminuir la depresión.

Liberación de sustancias químicas en el cerebro que ayudan a sentirse bien, así como la disminución de las mismas en el sistema inmunológico que hacen que empeore la depresión. También se aumenta la temperatura corporal, lo que tiene un efecto calmante.

El ejercicio tiene unos beneficios emocionales y psicológicos aunque no se padezca depresión: hace que ganemos confianza en nosotros mismos ya que nos ayuda a cumplir objetivos y desafíos, además que hacernos sentir mejor con nuestro físico. El ejercicio nos ayuda a no pensar en nuestras preocupaciones alejando así la depresión y la ansiedad. Nos puede ayudar a interaccionar y conocer a personas.

- Terapia familiar: el foco principal son las relaciones familiares. Las intervenciones de este tipo deben realizarse por un profesional cualificado, se debe ir acompañado de la familia a las sesiones y debe haber un mínimo de sesiones para conseguir resultados positivos.

- Psicoterapia: la terapia de diálogo puede ayudar a las personas con depresión si esta es leve o moderada pero siendo insuficiente si es grave y habría que complementarla con medicación. Existen distintos tratamientos, ya sean a largo o corto plazo, y la terapia puede ser interpersonal, en la que la persona se centra en su pasado y presente e identifica los problemas en sus relaciones personales, o terapia cognitivo-conductual en la que se intenta que la persona cambie su forma de pensar y actuar para superar la depresión.

- Terapia electroconvulsiva: a pesar de la mala fama de esta terapia ya que anteriormente se realizaba sin anestesia y con mayores dosis de electricidad, lo que provocaba huesos rotos y pérdida de memoria, entre otros efectos graves, hoy en día se ha avanzado mucho en ella y es un procedimiento que se lleva a cabo con anestesia y consisten en pasar pequeñas corrientes eléctricas a través del cerebro con el objetivo de provocar una convulsión breve. Así se consiguen cambios en neuroquímica cerebral que ayudan a revertir síntomas de algunas enfermedades mentales.

Aun así es una terapia que no funciona para todas las personas y que se usa cuando otros métodos no han dado resultados positivos.

- Estimulación del nervio vago: consiste en implantar un dispositivo que envía señales eléctricas a lo largo del nervio para tratar la epilepsia, la depresión y el dolor. En el caso de la depresión se usaría después de que los medicamentos, el asesoramiento psicológico y la terapia electroconvulsiva no tengan efecto.

Los requisitos son que la persona padezca depresión crónica, que no mejora con los tratamientos citados anteriormente y que continúan con tratamientos estándares.

Aunque los resultados no son claros para el tratamiento de la depresión, se puede notar cierta mejoría en sus síntomas.

- Estimulación magnética transcraneal o estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr): consiste en utilizar campos magnéticos para estimular las células nerviosas del cerebro para mejorar los síntomas de la depresión. Se usa cuando las personas que padecen depresión no mejoran con los tratamientos convencionales.

Los resultados pueden verse tras unas semanas de tratamiento, llegando a desaparecer los síntomas de la depresión.

Escalas de valoración

El diagnóstico de la depresión se puede llevar a cabo mediante una entrevista y con la observación: tono de voz, aseo, forma de caminar, actitud y con el aspecto de la persona.

Se pueden usar escalas para conocer el nivel de depresión de la persona, estas pueden ser:

- Escala autoevaluables o cuestionarios que los lee el entrevistador o el paciente. La Escala de Depresión de Yesavage es un instrumento que se usa para medir la depresión. Consta de una serie de preguntas, 30 en su origen y que luego fueron resumidas a 15, con un formato de respuesta si-no. Es un cuestionario sencillo y breve que puede llevar unos 6-7 minutos. Dependiendo de las respuestas se

obtiene una puntuación distinta:

1. De 0 a 4 puntos se considera una situación normal.
2. De 5 a 8 puntos indica una depresión leve.
3. De 9 a 11 es una depresión moderada.
4. De 12 a 15 es depresión severa.

- Escala hetero evaluadas en las que el entrevistador pregunta sobre cada elemento y los evalúa.

La Escala de Valoración de Hamilton se usa para evaluar la gravedad de los síntomas en pacientes que ya han sido diagnosticados con depresión. Al principio constaba de 21 ítems y luego pasó a 17. Cada pregunta tiene entre 3 y 5 respuestas con una puntuación de 0-2 o 0-4, y dependiendo de la puntuación final:

1. De 0 a 7 puntos no deprimido.
2. De 8 a 13 depresión ligera.
3. De 14 a 18 depresión moderada.
4. De 19 a 22 depresión severa.
5. Más de 23 depresión muy severa.

La Escala de Goldberg (GADS) es un cuestionario que consta de dos subescalas de nueve preguntas cada una de ellas, una de ansiedad (de la 1 a la 9) y otra de depresión (de la 10 a la 18). Las cuatro primeras preguntas de cada subescala actúan de precondition para saber si hay que contestar el resto de preguntas, es decir, si no se contestan afirmativamente al menos dos preguntas no se contestan el resto de preguntas de la subescala de ansiedad, siendo necesaria solo 1 afirmativa en la subescala de depresión.

En la subescala de ansiedad el corte está en 4 puntos y en 2 o más en la de depresión con un máximo de 9 en cada una. Cuanto más alto es el resultado más severa es la condición.

Prevención de la depresión en el anciano:

La prevención de la depresión en personas mayores es complicada y por lo tanto debe existir una red de apoyo y un control tanto de la atención primaria como de los especialistas. Es aconsejable que las personas mayores de 60 años sean parte de grupos sociales y que lleven a cabo actividades que les gusten y que les integren en la sociedad, de esta forma disminuye la posibilidad de padecer depresión. También el tener una buena relación con la familia, un control sobre posibles enfermedades crónicas y/o degenerativas (diabetes, artritis, insuficiencia cardíaca, Parkinson) es una forma de evitar tener depresión, aunque padecer alguna de estas enfermedades no siempre va ligado a la depresión.

5 Discusión-Conclusión

Independiente de la causa/s de la depresión siempre hay que tener en cuenta que esta requiere ayuda profesional y que es sumamente importante la prevención o, en su defecto, la identificación precoz de la enfermedad, y que dependiendo de la persona se lleva a cabo un tratamiento u otro. Una detención tardía conlleva un descenso del bienestar de la persona y que podría terminar en suicidio, por eso es tan importante actuar cuanto antes.

El diagnóstico tardío sigue siendo, hoy en día, un problema que hay que solventar, no solo en España sino a nivel mundial y para mejorar esta situación debe empezarse por la atención primaria. En definitiva, la depresión sigue siendo un reto tanto para la persona que la padece como para los servicios sanitarios.

6 Bibliografía

1. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto por el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf.
2. World Health Organization. Depression. Mencionado en: https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1.
3. Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sánchez-Arenas, Irigoyen-Coria A. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. 2012. Disponible en Archivos de Medicina Familiar: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50730962002>.
4. Pérez Esparza R, Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones, 2017. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007.

Capítulo 159

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA EDUCACIÓN SANITARIA DEL PACIENTE

ESTEFANÍA SELGAS GARCÍA

1 Introducción

La educación sanitaria son todas aquellas prácticas y medidas que se llevan a cabo con el fin de aumentar el conocimiento de los individuos sobre la salud y sus determinantes y promover en ellos comportamientos sanos.

La educación sanitaria (o educación para la salud) es la herramienta básica que utilizamos en la promoción de la salud.

Otro aspecto fundamental que hay que tener en cuenta es que la educación sanitaria solo pretende promover comportamientos, no forzarlos, porque la idea de la promoción es responsabilizar a los individuos y a la población en general de su propia salud.

Por tanto, no solo necesitamos dar conocimientos, sino también motivar y empoderar a la población, de tal forma que las personas movilicen sus propios recursos y desarrollen capacidades en la toma de decisiones y autonomía sobre su propia salud.

Como parte integrante de los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes, jugamos un papel fundamental en la educación sanitaria de los mismos, ya que tenemos un contacto estrecho con ellos relacionado con los cuidados básicos que les ofrecemos.

La consecución de un cambio de hábitos a través del aprendizaje se basa en dos factores clave:

- Emociones: a mayor intensidad de emociones (ya sean positivas o negativas), mayor aprendizaje (porque aporta una mayor memoria).
- Repetición: insistir en algo muchas veces origina un hábito, ya que se genera un nuevo aprendizaje.

2 Objetivos

Exponer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la educación sanitaria del paciente para así poder ofrecer una mejor atención al paciente y ayudar a que este tome hábitos de vida saludables.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los objetivos de la educación sanitaria son:

1. Fomentar la salud como valor fundamental de la sociedad.
2. Aportar información de calidad a la población sobre problemas de salud, tanto individuales como colectivos, así como sobre el sistema sanitario.
3. Promover cambios medioambientales para favorecer la modificación de las conductas en salud.
4. Modificar las conductas negativas que conllevan un riesgo para la salud.
5. Motivar a la población a adquirir y mantener hábitos saludables.
6. Capacitar a los individuos para que tomen un rol activo en la promoción y mantenimiento de su propia salud y la del entorno.
7. Formar a los educadores sanitarios en metodología de la enseñanza.

Como parte integrante de la educación, la educación sanitaria se regirá por sus principios y utilizará sus técnicas. Entre ellos, cabe destacar el aprendizaje significativo como parte central. Este mantiene que el aprendizaje solo puede ser posible desde la experiencia y que todo conocimiento nuevo modificará esa experiencia previa.

Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería formamos parte de los agentes de la educación para la salud (profesionales sanitarios, profesionales no sanitarios y la comunidad).

Para entender el proceso de cambio, es necesario tener en cuenta las etapas del cambio.

El proceso de cambio se puede explicar en cuatro fases:

1. Incompetencia inconsciente: se caracteriza por la inconsciencia de que se debe cambiar algo.
2. Incompetencia consciente: se basa en la conciencia de que se debe cambiar algo, pero aún se desconoce cómo hacerlo. Es decir, ya existe conciencia de que algo hay que cambiar.
3. Competencia consciente: en esta fase, se sabe qué se tiene que cambiar y cómo cambiarlo, por lo tanto, ya existe el aprendizaje y comienza el cambio.
4. Competencia inconsciente: en esta etapa ya se desarrolla el nuevo hábito de forma inconsciente, por lo tanto, el cambio (nuevo hábito) ya está establecido.

En relación con los ámbitos de actuación, la educación para la salud se puede proponer tanto en población sana (etapa infantil, adolescente, adulta, senectud; o colectivos específicos como mujeres o deportistas) como población enferma (pacientes con obesidad, diabetes, hipertensión, cáncer o enfermedad cardiovascular, entre otras).

Los medios de transmisión de educación sanitaria variarán en función de la población a la que vaya dirigida, por ejemplo, se pueden proponer proyectos en escuelas, empresas, domicilios o centros de salud.

De forma específica, en la población enferma se suelen implementar en hospitales, centros de día o centros de salud, entre otras. Aunque también es posible proponer proyectos, por ejemplo, un proyecto de cambios alimentarios en la comunidad, dirigido a personas con sobrepeso-obesidad.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión:

- Hemos podido conocer como personal sanitario formado en técnico en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la educación sanitaria del paciente.
- Hemos podido conocer en qué consiste la educación sanitaria, que son aquellas actuaciones dirigidas a promover en los pacientes hábitos saludables y de formarlos en temas relacionados con su salud.
- Hemos visto que el aprendizaje de un paciente sobre educación sanitaria está basado en dos factores: las emociones y la repetición.

A continuación hemos visto los objetivos de la educación sanitaria en nuestros pacientes y las fases del proceso del cambio para instaurar nuevos hábitos en el individuo.

También hemos visto los ámbitos de actuación según nos dijimos a un paciente sano o a un paciente enfermo.

Y de forma específica hemos visto la educación del paciente enfermo.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

1. [https://www.elsevier.es/es-revista-Educación sanitaria del paciente en atención primaria | Medicina Clínica](https://www.elsevier.es/es-revista-Educación-sanitaria-del-paciente-en-atención-primaria-Medicina-Clínica).
2. <https://tevafarmacia.es/academia>.
La educación sanitaria del paciente desde la oficina de farmacia - TEVAFarmacia.
3. <https://dialnet.unirioja.es/libroPDF>.
Educación sanitaria enfermera - Dialnet.
4. <https://enfermeria.top/salud-publica>.
Educación Sanitaria en el Ámbito Clínico Asistencial. Consejo Médico | Enfermería.

Capítulo 160

LA IMPORTANCIA DEL TCAE A LA HORA DE REALIZAR CAMBIOS POSTURALES A PACIENTES ENCAMADOS DEPENDIENTES

BEATRIZ LÓPEZ REGODESEVES

MÓNICA LÓPEZ COALLA

RAQUEL MORENO LÓPEZ

1 Introducción

Los cambios posturales se definen como el conjunto de acciones que lleva a cabo una persona cualificada para movilizar al paciente encamado dependiente, ya que, por su situación, no puede moverse por sí mismo y, por lo tanto, tienen un riesgo alto de padecer lesiones en su cuerpo.

Con estos cambios posturales, se trata de modificar la postura que adopta el paciente evitando la aparición de úlceras por presión o de escaras dándole una comodidad y bienestar, lo que permite mejorar la circulación en aquellas zonas de su cuerpo que permanezcan mucho tiempo en contacto con zonas de presión evitando, en todo momento, que sus articulaciones sufran.

Las úlceras por presión son lesiones que se producen en una parte determinada de nuestro cuerpo al tener en presión dicha zona durante un tiempo prolongado.

Dichas lesiones pueden tener lugar, por ejemplo, en el cóccix, las caderas o tobillos, en aquellas zonas donde la piel se encuentre más próxima al hueso, entonces, para prevenirlas y, para poder realizar tales cambios, debemos de saber en qué pacientes los llevaremos a cabo, ya que dichos cambios solo se realizan en aquellos pacientes que tienen un alto riesgo de tener una úlcera, y ese riesgo lo podemos conocer gracias a la escala Braden, porque nos permite medir el riesgo de dichas lesiones valorando la exposición a la humedad, tanto la actividad física como la movilidad del paciente, el roce, el nivel de nutrición y la percepción sensorial, puntuándolas con 4 grados o estadios, y en función del resultado, hay pacientes que necesitan cambios posturales más precisos que otros pacientes.

Cuando un paciente ingresa en el hospital, el equipo de enfermería es el encargado de realizar una valoración inicial y ver la necesidad de realizar cambios posturales. Dichos cambios los llevará a cabo el técnico en cuidados auxiliares (TCAE) y tendrá que ayudarse de cojines, férulas u otros accesorios o recursos materiales que permitan al paciente mantenerse de la postura adecuada y con la mayor comodidad posible.

El papel del TCAE no solo se basa en el cuidado general del paciente, sino que, su papel desde un punto de vista psicológico es muy importante, ya que, al tener un contacto directo con él, establecen una relación dónde el profesional muestra empatía por su situación haciendo que su estancia sea mucho más comfortable.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de realizar cambios posturales, así como las posturas o posiciones más frecuentes que se realizan.
- Informar sobre la importante labor que lleva a cabo el TCAE.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se ha realizado una consulta de artículos en las principales bases de datos como Revista médica y Medline, seleccionando aquellos artículos científicos cuyas publicaciones están revisadas.

4 Resultados

Los pacientes dependientes, que no pueden moverse por sí mismos, o aquellos que tienen riesgo de padecer úlceras por presión, es importante realizar cambios posturales cada 2 o 3 horas para ir alternando aquellas zonas que pasen mucho tiempo en contacto con zonas de presión.

La aparición de las UPP dependerá del grado de inmovilidad del paciente, de su estado general y de la patología que este presente. Por ello, los cambios posturales son medidas que el equipo de enfermería pauta en función del resultado de la escala de valoración Braden, y que adaptan el plan de cuidados a las necesidades que cada paciente necesite, ya que, al pasar un gran tiempo de reposo en la cama o sillón, su movilidad y autonomía se han visto reducidas.

Por lo tanto, para evitar la aparición de dichas complicaciones, promover los cambios posturales es una de las actuaciones más relevantes a la hora de prevenir la aparición de las úlceras.

El objetivo o los objetivos que se persiguen con estos cambios es el evitar la aparición de UPP así como cualquier contractura muscular o deformidades de las articulaciones al adoptar una mala postura, proporcionar al paciente una mayor comodidad y bienestar y mejorar la circulación en aquellas zonas de su cuerpo que estén mucho tiempo en presión con la cama.

Dichos cambios también se emplean, por ejemplo, para facilitar la exploración física, para la expulsión de las mucosidades que el paciente tenga acumuladas y para el aseo. Es muy importante que dichos cambios posturales vayan acompañados de una buena higiene, llevado a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, que deberá de inspeccionar, en cada aseo, el estado de la piel del paciente secando de forma correcta aquellas zonas con pliegues para evitar la aparición de lesiones en su piel debido a su falta de movilización.

A su vez, deberá de hidratar aquellas zonas que, debido al peso del paciente, sufran una mayor presión y tengan más probabilidades de tener lesiones.

Para realizar dichos cambios, el técnico en cuidados auxiliares se ayudará de almohadas, cojines y de cualquier otro medio material que ayuden a mantener al paciente en la posición correcta.

Los cambios posturales o posiciones más frecuentes son: o Posición decúbito supino: el paciente tiene que estar tumbado en la cama sobre su espalda (boca arriba), con los brazos y piernas extendidos.

En esta posición, las zonas más frecuentes donde pueden aparecer las UPP son la nuca, omóplatos, codos o sacro.

- Posición decúbito lateral (derecho o izquierdo): en esta posición, el paciente tiene que estar acostado de lado con la cabeza apoyada en la almohada. El brazo inferior tiene que estar flexionado, paralelo a la cabeza, mientras que el brazo superior tiene que estar flexionado y apoyado sobre su cuerpo o la misma cama. Sin embargo, la rodilla de la pierna inferior tiene que estar ligeramente arqueada, y la superior tiene que estar doblada a la altura de la cadera.

En esta posición, las zonas más frecuentes donde pueden tener lugar una UPP son las orejas, hombros, rodillas, tobillos, etc.

- Posición decúbito prono: el paciente tendrá que estar acostado sobre su vientre (boca abajo) y la cabeza girada hacia un lado, bien con los brazos extendidos a lo largo de su cuerpo o flexionados.

En esta posición, es frecuente que las UPP tengan lugar en rodillas, mejillas, empeine, etc.

- Posición de sedestación: el paciente se colocará sentado. En esta postura, una de las zonas más frecuentes o con mayor riesgo de aparecer una UPP es la espalda.

- Posición de Fowler o semifowler: el paciente estará acostado con las rodillas flexionadas y el cabecero tendrá que estar elevado a unos 45°. Aquí, lo más frecuente es que las UPP aparezcan, por ejemplo, en los codos, en sacro o talones.

Es muy importante, como se mencionó al principio de este apartado, que los cambios posturales, aparte de realizarlos en los intervalos de horas indicados, utilizar mecanismos que ayuden a reducir la presión en zonas de riesgo, como es el caso de colchones de aire, cojines o almohadas, entre otros.

En todas las posiciones anteriormente mencionadas, es importante la colocación de almohadas en tales zonas. Por ejemplo, si el paciente se encuentra acostado en la posición de decúbito supino, es importante colocar una almohada en la nuca o en el sacro mientras que, si se encuentra en la posición de Fowler, tal dispositivo se colocará en los talones y así, aliviar la presión en dichas zonas. Esta técnica nos permitirá mantener al paciente en la postura correcta y ayudará a prevenir las úlceras.

Los auxiliares de enfermería realizan una importante labor en cuanto a los cuidados de los pacientes. No solo se ocupan del aseo del paciente, de alimentarlo, de ayudarlos a vestirse, de ir al baño o de hacer las camas, son estos quienes se encargan de proporcionar a los pacientes una atención básica sobre la salud y que, durante su estancia en el hospital, tengan bienestar.

Si una persona es dependiente y no puede asearse, alimentarse o vestirse por sí mismo, el auxiliar de enfermería le ayudará a realizar las tareas cotidianas y básicas, al igual que si el paciente no puede levantarse de la cama o sillón, entonces, será el auxiliar de enfermería quién, ayudándose de los dispositivos necesarios y con el refuerzo del celador, los mueven y les cambian de postura a fin de evitar la aparición de las úlceras por presión.

Son los auxiliares los encargados de observar si, en la hora del aseo o con los cambios posturales, se produce alguna variación en la piel del paciente (color, temperatura, dolor) y si es el caso, comunicárselo a los enfermeros y médicos.

Sin embargo, el papel que desempeña el auxiliar no solo se trata del cuidado del paciente, también se encarga de darle apoyo psicológico. En muchas ocasiones, hay pacientes que pasan por circunstancias o enfermedades difíciles en las cuales, no entiendan lo que les está pasando y el dolor y la preocupación les acabe generando una ansiedad.

En estos casos, el auxiliar debe de mostrarle compasión, entendiendo la situación por la que están atravesando y es ahí donde se establece un contacto directo entre ambas figuras, ya que el paciente le expresa sus emociones y sentimientos, logrando que el auxiliar empatee y muestre comprensión ante su situación, lo que consigue que se establezca una situación de cercanía entre ambos y el paciente se sienta más cómodo durante su estancia. Una buena relación entre ambos es beneficiosa para su recuperación, pero no debemos de olvidar que el TCAE debe de mantener cierta distancia emocional con el paciente, ya que, ello podría influir en su trabajo tanto de manera profesional como emocional, dando lugar al conocido síndrome Burnout o síndrome del trabajador quemado.

5 Discusión-Conclusión

Cuando un paciente ingresa en el hospital, para conocer si tiene o no un alto riesgo de padecer úlceras, el equipo de enfermería es el primero en realizar una valoración exhaustiva en la que incluye herramientas fiables, como la escala Braden, que permite detectar el riesgo de úlceras por presión en pacientes con poca o nula movilidad.

Dependiendo de estos resultados, el técnico en cuidados auxiliares va a tener que participar con el equipo de enfermería para prevenir dichas úlceras. Es importante realizar estos cuidados de manera correcta y promover los cambios posturales, así como conseguir que el paciente se siente en una silla adecuada, ya

que el reposo absoluto en la cama no es nada recomendable y así, lograremos evitar al máximo o reducir la aparición de estas lesiones.

6 Bibliografía

1. Ocronos-Editorial-Científico-Técnica. 25 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://revistamedica.com/relacion-tcae-paciente>
2. Medline Plus. Úlceras por presión. EEUU. 24 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>
3. Ocronos-Editorial Científico-Técnica. 15 de enero de 2020. Disponible en: <https://revistamedica.com/cambios-posturales-paciente-encamado/>

Capítulo 161

CUIDADOS A PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

ANGELA MENÉNDEZ SERANTES

1 Introducción

La esclerosis múltiple es una patología autoinmunitario que afecta al cerebro y a la médula espinal que puede provocar discapacidad, la médula espinal forma parte del sistema nervioso central.

No esclerosis múltiple solo afectar más a las mujeres que a los hombres. Este trastorno se ven los tiene con mayor frecuencia entre las Edades comprendidas entre los 20 y 40 años, pero puede observarse a cualquier edad. Esclerosis múltiple es la causa por el daño a la vaina de mielina, (la mielina es la sustancia que envuelve y protege a los acciones de ciertas células nerviosas y su función principal es aumentar la velocidad de transmisión del impulso nervioso). Estaba Vaina es la cubierta protectora que rodea las neuronas, cuando está cubierta de los nervios se daña los impulsos nerviosos disminuyen o se detienen, normalmente el año nervioso es causado por la inflamación de dicha vaina. Esta inflamación ocurre cuando las células inmunitarias del propio cuerpo está con el sistema nervioso central, esto puede ocurrir a lo largo de cualquier zona del cerebro, De la médula espinal del nervio óptico. No hay estudios en los que se puede averiguar exactamente la causa de la esclerosis múltiple, se cree que la causa mayor de la esclerosis múltiple es causada por un virus, un efecto genérico o incluso por ambos, aunque se cree que los factores ambientales también pueden influir para padecer esta patología. La esclerosis múltiple con el tiempo puede afectar y causar deterioro o daño permanente de los nervios.

La esclerosis múltiple no tiene cura. Pero debemos saber que no obstante algunos tratamientos ayudan a acelerar la recuperación de los ataques así como cambiar el curso de la enfermedad y controlar los síntomas.

2 Objetivos

Dar a conocer cuáles son los síntomas y signos de la esclerosis múltiple para saber si se padece esta enfermedad, dado que puede confundirse con otra patología.

3 Caso clínico

Mujer de 40 años con antecedentes de poliartralgias y tendinitis Con anticuerpos antinucleares positivos, tratado durante un año con AINEs con posterior mejoría del cuadro y negativización de los anticuerpos, también había presentado algún episodio de visión borrosa, atribuidas al desprendimiento de la retina y a varios cuadros de vértigo, esta paciente fue estudiada por el servicio de neurología sin encontrar al principio ninguna causa aparente.

Acude al servicio de urgencias con un claro cuadro clínico de disartria y afasia, sin ningún otro síntoma, estos síntomas se presentan de manera brusca mientras esta trabajando. La paciente además refiere tener astenia y adinamia de meses de evolución.

Exploración física: se evidencia dificultad para la expresión y dificultad para articular palabras, Alteración en la marcha y pérdida de equilibrio así como pérdida de sensibilidad principalmente en la cara y en las extremidades inferiores. Se decide solicitar una resonancia magnética en la que se observa una evidencia de lesión de sustancia blanca en el centro semiovocal izquierdo de posible origen inflamatorio, no se puede descartar un linfoma o un glioma. Se propone observación con manejo de soporte, en el cual se ve una buena evolución con disminución de la sintomatología por lo que se procede al alta hospitalaria bajo control ambulatorio.

15 días después acude nuevamente a urgencias esta vez con una disartria asociado a una hemiparesia derecha, se decide realizar nueva resonancia magnética en la que se evidencia en tres lesiones supratentoriales en la sustancia blanca. Se realiza además exámenes generales que incluyeron hemograma bioquímica, perfil hepático, función renal y pruebas de coagulación, no presentando en una alteración. También se determinaron marcadores reumatológicos, anticuerpos antinucleares antígenos extractables nucleares, anticoagulante lúpico y anticardiolipinas, todos negativos. Se decide las de hospitalaria de nuevo con un con-

trol de una resonancia magnética en tres meses, así como seguimiento médico por parte atención primaria, gracias y seguimiento en el que no se encuentran diferencias en la imagen de resonancia magnética de control ni alteración en la clínica del paciente se establece un diagnóstico de esclerosis múltiple, dado que la esclerosis múltiple es una enfermedad en la que se produce una disminución y desmielización focal o multifocal del sistema nervioso central.

4 Discusión-Conclusión

La esclerosis múltiple es una enfermedad que se caracteriza por una presentación clínica heterogénea, por lo que muchos pacientes son diagnosticados inicialmente de manera equivocada, tardía y en consecuencia son tratados de forma errónea. El seguimiento mediante el médico de atención primaria es muy importante para que si hay fundamental una sospecha de diagnóstico sea lo más temprana posible, ya que no mayoría de los casos la realización de una historia clínica detallada haciendo énfasis en los antecedentes De alteraciones neurológicas, así como la realización del examen físico completo y en este caso, acudió al servicio de urgencias se le hicieron varias resonancias magnéticas de la cabeza.

5 Bibliografía

1. Wikipedia.org
2. Roche Pacientes.es
3. Hugoem.com

Capítulo 162

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN QUEMADO Y SU NUTRICIÓN

EVA SORIA ESCRIBANO

MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ

MARIA ESTER LOPEZ LOPEZ

CLARA ISABEL RODRIGUEZ DE LIZANA

VERÓNICA PÉREZ RUBIO

1 Introducción

La piel proporciona una barrera física de protección al cuerpo frente a infecciones e invasiones de microorganismos. Cuando la lesión por quemaduras rompe esta barrera los microorganismos invaden y atacan la piel por las heridas abiertas, alterando la barrera inmunitaria.

El cuidado del paciente con quemaduras es y seguirá siendo un reto para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) por la ansiedad que presenta el paciente ante el dolor, la deformidad y la limitación de la movilidad, así como por la inseguridad para reintegrarse a sus actividades cotidianas y ante la posibilidad existente al rechazo.

La agresión térmica da lugar a una respuesta hipermetabólica más marcada que en otros tipos de agresiones y traumatismos. La quemadura produce una

degradación exagerada de proteínas mediada por la respuesta hormonal que está relacionada con la superficie corporal quemada, con el aumento de la escisión quirúrgica de la quemadura, con el gasto energético, la presencia de infección y va acompañado de un aumento del consumo de oxígeno.

Un aporte nutricional precoz es un pilar en el tratamiento del paciente quemado. Este aporte nutricional se realizará por vía gástrica, ya sea por sonda nutricional nasoduodenal o nasogástrica cuando se den varios factores que coincidan una situación de riesgo nutricional como son: Intensidad de estrés catabólico, disminución del apetito intubación endotraquel, etc.

2 Objetivos

El objetivo es describir e indicar la aportación del TCAE en la tarea de alimentación e hidratación en el paciente quemado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado acabo 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 nutrición del paciente quemado es una de las tareas asistenciales fundamentales del TCAE. Un aporte nutricional precoz es un pilar en el tratamiento del paciente quemado debido a la degradación exagerada de proteínas que producen las quemaduras y a una respuesta hipermetabólica muy marcada por la agresión térmica. Este tipo de pacientes requiere una dieta hipercalórica e hiperproteica, que será solicitada por el TCAE.

Existen diferentes vías para aportar los nutrientes necesarios que necesita el paciente. Las más habituales en el paciente quemado son:

- Vía parenteral: para pacientes que no pueden recibir nutrición enteral por intolerancia digestiva de la dieta o para aquellos que no alcanzan las necesidades nutritivas necesarias.

- Vía enteral: vía óptima para administrar los nutrientes necesarios ya que suele ser bien tolerada por el paciente, preserva la integridad de la mucosa intestinal, mantiene el aporte calórico, reduce el grado de respuesta hipermetabólica al estrés, evita el fenómeno de traslocación bacteriana y produce menos complicaciones e infecciones.
- Vía oral: constituye la forma de nutrición más fisiológica y requiere la colaboración del paciente que debe tener un adecuado nivel de consciencia y reflejo de deglución.

La nutrición del paciente quemado es una de las tareas asistenciales fundamentales del TCAE, somos los encargados de:

Al ingreso, una vez terminada la cura y acomodado el paciente en la habitación, le preguntamos sobre sus gustos alimenticios. Verificar por orden médica la dieta prescrita. Si el paciente no sufre ninguna enfermedad lo más probable es que sea una dieta hipercalórica e hiperproteica. En nuestra unidad existe un programa informático para la petición de dietas en las que elegiremos el desayuno, comida, merienda y cena.

Preparación del paciente para la ingesta:

El TCAE incorporará la cama hasta conseguir una postura adecuada y cómoda para el paciente. Le preguntará qué le apetece comer. El TCAE se encargará de elegir los alimentos más convenientes y triturarlos si el paciente los requiere. En la ingesta se pueden dar cuatro situaciones según las zonas quemadas y el estado del paciente:

- Paciente autónomo: se le colocará un protector, para evitar que le caigan restos de comida en la cura y en la cama que le puedan incomodar. Se le pondrá la mesa y se colocarán los platos, cubiertos, pan, el agua, el batido hiperproteico y se le facilitará la medicación oral que tenga prescrita, colocándose todo a mano.

Aprovecharemos para escuchar y hablar al paciente.

- Paciente parcialmente incapacitado: se realizará el mismo proceso que con el paciente autónomo, pero, el TCAE le ayudará a partir la comida, pelar y trocear la fruta y a la vez se le enseñará a coger los cubiertos de la forma más adecuada para que no se le caiga la comida. Al principio estos pacientes se sienten frustrados, nuestra labor es darles confianza en sí mismos, animarles e intentar que coman solos. Al principio no podrán hacerlo todo ellos solos, ya que sufren dolor y los vendajes les impide la movilidad necesaria, por eso debemos estar con ellos para ayudarles, escucharles y animarles en esos momentos bajos que tiene el paciente.
- Paciente incapacitado totalmente: actuaremos de la misma forma que con el paciente parcialmente incapacitado pero, dándole el TCAE la comida. Comprobaremos que la temperatura de la comida es la adecuada, no le daremos mucha can-

tividad de una sola vez para evitar atragantamientos, le ofreceremos agua, evitaremos la sensación de tener prisa.

- Paciente traqueostomizado con cánula estándar (con balón de baja presión): se le pedirá la dieta prescrita por el médico, se incorporará la cama entre 45-60° para evitar regurgitaciones, comprobaremos que la presión del balón de la cánula esté a 30 mmhg, mantendremos preparado y en funcionamiento el equipo de aspiración, tendremos siempre a mano una cánula limpia para qué, en caso de emergencia, nos permita una rápida sustitución y una eficaz ventilación. Comprobaremos la temperatura de los alimentos antes de dársela. Le explicaremos lo que va a comer, le ofreceremos agua, procuraremos que el paciente se sienta cómodo. Mantendremos al paciente incorporado durante 20- 30 minutos después de finalizada la comida para evitar que se produzca una broncoaspiración.

Finalizada la ingesta, en todos los pacientes:

Retiraremos los platos de la mesa y los colocaremos en la bandeja. Limpiaremos la mesa y acercaremos los utensilios para la limpieza bucal. En los pacientes que no pueden realizarla por ellos solos lo realizará el TCAE. Acomodaremos al paciente en la posición funcional adecuada. Registraremos en la gráfica la ingesta, los líquidos y el batido hiperproteico tomados. Se comunicará a la enfermera responsable cualquier incidencia que surja.

5 Discusión-Conclusión

El aporte nutricional precoz en el paciente quemado es imprescindible para su curación. La nutrición del paciente quemado es una de las tareas asistenciales fundamentales del TCAE , en la que además de darle e informarle acerca de los alimentos necesarios para su curación, escucha y habla con el paciente, ya que es un momento relajado para él.

El cuidado del paciente con quemaduras es y seguirá siendo un reto para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) por la ansiedad que presenta el paciente ante el dolor, la deformidad y la limitación de la movilidad, así como por la inseguridad para reintegrarse a sus actividades cotidianas y ante la posibilidad existente al rechazo.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

Por último y no menos importante se debe de tratar al paciente como un ser particular, singular con sus características propias, es en este apartado donde entraría la capacidad de observación de la TCAE como persona implicada directamente en su cuidado.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://www.scielo.org/es/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 163

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A PACIENTES CON COLOSTOMÍA

EVA SORIA ESCRIBANO

MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ

MARIA ESTER LOPEZ LOPEZ

CLARA ISABEL RODRIGUEZ DE LIZANA

VERÓNICA PÉREZ RUBIO

1 Introducción

Hablamos de ostomía cuando nos referimos a una intervención quirúrgica en la que se realiza una apertura (estoma) entre dos órganos o una víscera y la piel del abdomen con el fin de que los desechos del organismo salgan al exterior. Esta intervención se lleva a cabo para aliviar una obstrucción, enmendar un defecto anatómico o tratar una infección del tracto urinario.

El término colostomía se utiliza cuando la ostomía se encuentra en el colon. Las alteraciones a las que se enfrenta el paciente colostomizado son tanto biológicas, psicológicas y sociales, entendiéndose por ellos cambios higiénicos, afectación de la propia imagen o dificultad de la integración, entre otros muchos.

Si bien hablamos de los objetivos básicos que deben de llevar a cabo el TCAE cuando se expone a estos pacientes y sus cuidados, cabe destacar el tratamiento y la prevención de los tejidos periestomales y la importancia de concienciar al paciente de su autocuidado.

El principal objetivo del TCAE frente al paciente ostomizado, es el intentar que lleve una vida normal, después de habersele realizado una intervención quirúrgica, ayudarle en sus cuidados e higiene del estoma; y en la reinserción en su vida social.

Si el cuidado es muy próximo a la cirugía y la herida todavía no está cicatrizada, la cura y el cambio de bolsa lo hará el/la enfermero o enfermera en condiciones estériles.

2 Objetivos

- Definir el término colostomía y sus posibles complicaciones.
- Determinar el correcto cuidado de las ostomías y el papel del TCAE cuando se expone a estos pacientes.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos pertenecientes a estudios y protocolos de varios hospitales relacionados con el tema tratado a través de bases de datos como Medline, Scielo y Dialnet. Se emplearon las siguientes fórmulas de búsqueda: “colostomía”, “ostomía” y “paciente colostomizado”.

4 Resultados

La realización de la colostomía radica en una abertura abdominal que se llama estoma. La realización de este procedimiento se lleva a cabo debido a una resección intestinal o una lesión pendiente de ser temporal o permanente. Podemos hablar de varios tipos de colostomías teniendo en cuenta su temporalidad o localización, sin olvidarnos de que todas ellas necesitan unos cuidados para evitar las complicaciones. Dentro de las complicaciones que pueden surgir, podemos clasificarlas en menores, cuando se dan reacciones de tipo alérgico o infecciosas o mayores, cuando hablamos de necrosis, obstrucción intestinal o peritonitis.

El TCAE tiene un importante papel, ya que no solo se encarga de la limpieza de la misma, sino de enseñar y concienciar al paciente para su correcta autonomía, así como de determinar que tipo de ostomía se ha realizado y su localización, el tipo y tamaño de la bolsa que se debe usar y las sustancias que hacen de barrera para la piel. También se debe tener en cuenta las reacciones que se dan en el paciente (alergia al adhesivo, sangrado en el estoma, enrojecimientos en la piel).

Se valora la importancia de hacer un seguimiento y anotación sobre la cantidad de heces evacuadas para controlar si presentan elementos anormales (pus, sangre). Debemos citar algunas de las precauciones que el TCAE debe tener en cuenta para conservar la integridad cutánea y del estoma:

- No usar soluciones con alcohol y agua oxigenada.
- No frotar la piel.
- Estar pendiente de la aparición de úlceras o hemorragias
- Evitar la presencia de estenosis en el anillo del estoma.
- Realizar los cambios de bolsa necesarios.
- Vaciar la bolsa cuando esta llena hasta un tercio de su volumen total.
- Retirar la bolsa suavemente limpiando y secando la piel periestomal.

Es importante que el paciente ostomizado tenga en cuenta consejos como la realización correcta de su higiene corporal, el uso adecuado de ropa, la buena práctica de la actividad física y la alimentación que se debe de llevar a cabo.

5 Discusión-Conclusión

En relación con lo expuesto anteriormente debemos destacar la importancia de que el TCAE tenga adquiridos los conocimientos imprescindibles para el cuidado del paciente ostomizado así como, la higiene de la ostomía. Mantener una buena relación TCAE/paciente es un factor favorecedor, ya que ayudará a mantener una situación más cómoda, a cuidar y favorecer la autoestima del paciente.

A medida que el estado de salud vaya mejorando después de la operación, es conveniente comenzar con las actividades a nivel social: como pasear, nadar, bailar, trabajar e incluso poder practicar todos aquellos deportes que no sean agresivos para que no exista la posibilidad de dañar el estoma, dándole una mejor calidad de vida sin tener complejos por estar ostomizado.

Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

1. P.Farreras, C. Rozman (2012), Medicina Interna, Elsevier.
2. Crespillo Díaz, Antonia Yolanda, & Martín Muñoz, Begoña. (2012). La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado: Estudio cualitativo de un caso. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 43-47.
3. Arenas Villafranca, José Javier, Abilés, Jimena, Moreno, Gloria, Tortajada. Goitia, Begoña, Utrilla Navarro, Pilar, & Gándara Adán, Norberto. (2014). Ostomías de alto débito: detección y abordaje. *Nutrición Hospitalaria*, 30(6), 1391-1396.

Capítulo 164

PROCESO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA PREVENIR LAS ULCERAS POR PRESIÓN

EVA SORIA ESCRIBANO

MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ RUIZ

MARIA ESTER LOPEZ LOPEZ

CLARA ISABEL RODRIGUEZ DE LIZANA

VERÓNICA PÉREZ RUBIO

1 Introducción

Las úlceras por presión son consideradas lesiones provocadas por apoyo continuado de un mismo punto de apoyo, presión o un conjunto de ambas. Son de origen isquémico, pueden llegar a producir un daño importante en los tejidos que forman parte de la zona donde se produce una mayor presión. Estas pueden evitarse en una gran mayoría de ocasiones con unos determinados cuidados que deberían de conocer los profesionales al cuidado o las personas al cargo o familiares.

Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados.

Se clasifican en dos grupos:

- Úlceras por presión: Se producen cuando los tejidos son chafados entre dos planos de resistencia.
- Úlceras vasculares: El origen se manifiesta en un problema circulatorio alrededor de las extremidades inferiores y superiores , pero sobre todo en las inferiores.

Se localiza frecuentemente en:

- Decúbito supino: occipital, escapula, codo, sacro, y talón.
- Decúbito lateral: costillas, oreja, cresta iliaca, maléolo, hombro, trocánter
- Decúbito prono: mejillas, mamas, genitales, rodillas, punta de los dedos de los pies, nariz.

El TCAE será el primero en detectar su aparición, y recaerá la responsabilidad de prevención mirando mientras se realizan los trabajos de aseo en los pacientes.

2 Objetivos

Explicar las recomendaciones para la prevención de las úlceras por presión, ya que de esta manera se puede minimizar el riesgo de aparición.

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 palabras clave utilizadas para la búsqueda son: úlceras por presión, prevención de úlceras por presión, escalas de úlceras por presión.

4 Resultados

Para poder prevenir la aparición de úlceras por presión es necesario hacer una evaluación de cada paciente. Los pacientes de riesgo son una clara prioridad ante dichas UPP y éstos se pueden evaluar mediante diferentes escalas: Norton, Braden y Emina.

En la escala Norton se contemplan cinco parámetros:

- Estado general (bueno, débil, malo o muy malo).
- Estado mental (alerta, apático, confuso o estuporoso).
- Actividad (caminando, con ayuda, sentado o en cama).
- Movilidad (total, disminuida, muy limitada o inmóvil).
- Incontinencia (ninguna, ocasional, urinaria o doble incontinencia).

En la escala Braden hay que tener en cuenta seis aspectos del paciente:

- Percepción sensorial que mide la capacidad para reaccionar y responder a una presión que hacemos al paciente.
- Exposición a la humedad. Se mide la cantidad de veces que la piel del paciente está expuesta a la humedad como la exposición a orina o heces.
- Actividad física donde se mide la capacidad para deambular.
- Movilidad donde se mide la capacidad para cambiar de postura en la cama.
- Nutrición donde se miden los hábitos de nutrición, calidad y cantidad.
- Roce y peligro de lesione donde se valora el roce de la piel a la hora de realizar una movilización.

En la escala Emina se valorarán factores como:

- Nutrición.
- Estado mental.
- Actividad.
- Movilidad.
- Humedad/Incontinencia.

Debe de realizarse en un centro donde resida su médico de atención primaria o en consulta especializada a todo paciente con factores de riesgo: alteraciones de la piel (humedad, incontinencia), deterioro, déficit alimentario. Una vez valorado en las diferentes zonas del cuerpo se marcan pautas de aseo, alimentación, revisión de la piel, control de peso periódicamente.

Para una persona encamada la pauta de cambios posturales es muy importante para la prevención de las úlceras y deben de ser realizados cada 2, 4 o 6 horas según le sea pautado por el facultativo que se encarga del paciente ya que esto dependerá del grado de necesidad de los cambios. Un gran aliado en la prevención son los colchones antiescaras que ayudan a aliviar y masajear las zonas para mejorar la circulación y minimizar los riesgos de que el paciente se escare. Es muy importante que haya una buena comunicación entre las diferentes personas que tratan al paciente.

Medidas más importantes a realizar el técnico auxiliar de enfermería:

- Atender las necesidades del paciente derivadas de la enfermedad.
- Cambios posturales cada 2 o 3 horas como mínimo.
- Movilizaciones.
- Realizar ejercicios físicos activos y pasivos.
- Informar a la familia de todos los cuidados necesarios para prevenir las consecuencias en caso de inmovilidad del paciente.
- Repartir el peso por igual.
- Fisioterapia respiratoria, para mejorar la ventilación pulmonar.
- Protección de prominencias óseas.

Elegir las superficies apoyar:

- Superficies estáticas.
- Colchonetas-cojines estáticos de aire.
- Colchonetas-cojines de fibras especiales.
- Colchonetas de espumas especiales.
- Colchones-cojines visco elásticos.
- Superficies dinámicas.
- Colchones-colchonetas-cojines alternantes de aire.
- Colchones-colchonetas alternantes de aire con flujo de aire.
- Camas fluidificadas.
- Camas y colchones de posicionamiento lateral.
- Camas bariátricas.
- Camas que permiten el decúbito y la sedestación.

5 Discusión-Conclusión

Toda la documentación por diferentes medios de comunicación: libros, planes de prevención de la UPP, planes de cuidados están pensados para unificar ideas sobre las diferentes pautas a seguir, pero siempre sobre una base principal, localizar y trabajar sobre la presión, movilizaciones, control, cuidado personalizado, continuidad y coordinación por parte de los profesionales. Hay además diferentes factores de riesgo añadido como el tabaquismo, la diabetes, etc.

El TCAE además de ayudar a realizar las necesidades básicas destacando el cariño con el que tratan a los enfermos, son piezas fundamentales en la toma de decisiones trabajando en el equipo de salud, así como en la prevención y tratamiento de algunas lesiones como lo son las úlceras por presión (UPP).

6 Bibliografía

1. Enfer dermatol Internet 2014;8 (22):50-1.3-gillis pie.
2. Guía práctica para el cuidado de personas con úlceras por presión.
3. Prevention and treatment ulcers.2014-6-consejería de Asturias.

Capítulo 165

LOS DAÑOS DERIVADOS DEL TRABAJO PARA DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA Y TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO HOSPITALARIO

ALEJANDRA PÉREZ DE LA FUENTE

MARTA TARDON LOPEZ

ANA MARIA FERNANDEZ LLENIN

M^a ELENA FERNANDEZ GONZALEZ

1 Introducción

La ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, establece en su artículo 2, como objeto de la misma:

- Promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de los riesgos derivados del trabajo.
- Establecer los principios generales relativos a la prevención de los riesgos profesionales para la protección de la seguridad y de la salud, la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo, la información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva.

- Servir de derecho necesario mínimo indisponible, pudiendo mejorarse mediante convenios colectivos.

El derecho a una protección eficaz frente a los riesgos derivados de la actividad laboral, la mejoría de las condiciones de seguridad y salud, así como la mejora global de las condiciones de trabajo forman parte de las obligaciones del empresario en la Ley de Prevención de Riesgos. Esta integración y organización de la prevención es desarrollada por los servicios de prevención en un centro hospitalario.

Por todo ello, a lo largo de este capítulo, se intentarán explicar los daños derivados del trabajo a los que se encuentran expuestos, desde la perspectiva de los diplomados en enfermería y técnicos en cuidados de enfermería que trabajan en un centro hospitalario, como una de las puertas de acceso de pacientes a los servicios públicos de salud.

2 Objetivos

- Recopilar información sobre el tema de prevención de riesgos laborales en atención hospitalaria de urgencia.
- Conocer cuáles son los daños derivados del trabajo a los que se enfrentan los diplomados de enfermería y los técnicos en cuidados de enfermería en un servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha requerido una búsqueda sistemática y una revisión bibliográfica de libros y artículos recopilados en Google Académico y procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se ha procedido a la lectura, resumen y recopilación de los datos en común de los distintos autores consultados.

4 Resultados

En un centro hospitalario se encuentran presentes diferentes riesgos que dan lugar, en ocasiones, a que ocurra un accidente y, tras él, aparecen los daños profesionales.

Los daños profesionales se pueden clasificar en accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, fatiga, insatisfacción, envejecimiento prematuro y estrés.

La ley que actualmente se encuentra en vigor en nuestro país, la ley de Prevención de Riesgos Laborales (en adelante LPRL), define lo que se entiende por accidente de trabajo, toda lesión corporal que el trabajador sufre con ocasión o a consecuencia del trabajo que realiza por cuenta ajena. En este caso, nos vamos a referirnos a trabajadores, en los diplomados en enfermería y técnicos en cuidados de enfermería, por ser el personal que más cercano se encuentra con el paciente, y con el que más tiempo pasa junto a él.

Un accidente de trabajo para estos colectivos serían los ocurridos in itinere, es decir al ir o volver del lugar del trabajo, si ocurren también al ir o volver de un lugar donde desempeñen labores como cargos electivos de carácter sindical, cuando realiza tareas que no son propias de su categoría pero las realiza por el buen funcionamiento del centro por propia iniciativa o por orden de un superior, cuando contraiga enfermedades con motivo de la realización de su trabajo, y las enfermedades o lesiones sufridas con anterioridad y que se agraven por motivo del accidente.

La LPRL señala que las enfermedades profesionales son las que sufren los trabajadores como consecuencia de la modificación de las condiciones ambientales provocadas por el propio trabajo y se agrupan en modificaciones del ambiente físico, en el ambiente químico y, modificaciones en el ambiente biológico. En el trabajo que nos ocupa, no nos detendremos en las primeras, dado que el ambiente físico en un parámetro muy controlado en un centro hospitalario, y por ejemplo el ruido, las vibraciones o la elevación de la temperatura ambiente no son muy probables que sucedan.

Las modificaciones en el ambiente químico sí que pueden afectar, ya que los DUES y los TCAES manipulan y están expuestos a componentes químicos desinfectantes y esterilizantes diversos, a antisépticos, a medicaciones en aerosoles, que pueden producir intoxicaciones profesionales, alergias profesionales, cáncer, dermatosis.

Las modificaciones en el ambiente biológico pueden dar lugar a enfermedades relacionadas con bacterias, protozoos, virus, hongos y endoparásitos. La actividad sanitaria es una actividad reglamentada en cuanto a la prevención de riesgos de contacto biológico.

La fatiga es otro de los daños para la salud que ya citamos, y nos referimos a ella

como la consecuencia de una carga de trabajo, ya sea física o psíquica, y si esta se acumula, puede afectar gravemente a la salud.

La sintomatología de la fatiga se caracteriza por un estado de nerviosismo, abatimiento, irritación, dolores de cabeza, etc.

El estrés se produce cuando un trabajador percibe que lo que le piden supera sus capacidades para afrontarlo y, además, considera esa situación como una amenaza a su estabilidad. Los síntomas del estrés pueden ser sensación de impotencia, ansiedad, depresión, agresividad y frustración.

Los factores organizativos entre otros aspectos psicosociales, favorecen la aparición de la insatisfacción laboral, es un grado de malestar que experimenta el trabajador con motivo de la realización de su trabajo y que en el caso que estamos viendo de DUES y TCAES se pueden citar: el salario, la jornada, los turnos, el ritmo de trabajo, la formación adecuada, la inestabilidad en el puesto, las relaciones con los supervisores y compañeros.

Y por último tipo de daños, entre los distintos autores consultados, nombran también el envejecimiento prematuro, como un proceso regresivo del ciclo vital, que definen como una fatiga crónica derivada de la actividad laboral.

5 Discusión-Conclusión

Todos los autores consultados destacan una serie de características básicas de los accidentes de trabajo y son:

- Tienen su origen en una situación agresiva producida por la modificación del ambiente mecánico.
- Las lesiones son de tipo traumático ya que en el momento del accidente se producen de forma violenta.
- Los accidentes son inesperados y ocurren de manera instantánea.

Además, coinciden en señalar que las enfermedades profesionales se desarrollan de forma lenta y su aparición no es violenta, y que las modificaciones del ambiente, ya sea físico, químico o biológico, produce alteraciones que pueden generar enfermedades.

En cuanto a la fatiga y el estrés que sufren los DUES y los TCAES, podrían prevenirse mediante la aplicación de la ergonomía en el puesto de trabajo, una adecuada organización de tareas, la realización de tareas de interés creciente, y evitando la sobrecarga de trabajo.

Resulta pues básico, la prevención en el ambiente sanitario actuando sobre la organización de los centros hospitalarios, informando y formando a los DUES y TCAES, y en definitiva a todos los trabajadores, fomentando la participación de los mismos en la organización, la rotación de los turnos, el buen compañerismo, fomentar los aspectos positivos minimizando e incluso eliminando los negativos y favoreciendo las relaciones entre los trabajadores y los supervisores y otros superiores.

6 Bibliografía

1. Peragón Moreno A. (2019). La prevención de riesgos laborales en la empresa: especial referencia al sector de la sanidad. tauja.ujaen.es
2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, de 10/11/1995.
3. Cañada J., Díaz I., Medina J., Puebla M.A., Simón J., Soriano M., Manual para el profesor de seguridad y salud en el trabajo. 2009 INSHT.
4. García M., Valentín E., Gallo M., Artieda L., Guzmán A. Vigilancia de la Salud para la Prevención de Riesgos Laborales. Guía Básica y General de Orientación. 2019. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <https://cpage.mpr.gob.es>

Capítulo 166

CUIDADOS A PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

ANGELA MENÉNDEZ SERANTES

1 Introducción

Esta patología también conocida comúnmente como ELA, es una enfermedad que afecta de manera progresiva al sistema nervioso central la cual que afecta las células nerviosas en el cerebro y la médula espinal, y causando la pérdida del control muscular.

Aún en esta época los médicos no saben por qué ocurre esta enfermedad, dado porque los estudios y la investigación para ella aún no son suficientes. En muchos casos suele pensarse que puede ser hereditaria.

Esta enfermedad en su comienzo suele presentarse en muchas ocasiones con fasciculaciones musculares y debilidad en alguna extremidad o incluso dificultad para hablar. Es una enfermedad que afecta casi en su totalidad al control de los músculos que son necesarios para moverse, así como a los músculos de la cara y hace que el paciente no puede hablar, ni comer incluso dejar de respirar.

Normalmente, esta enfermedad empieza afectando a los músculos de las extremidades superiores luego a las extremidades inferiores y luego se extiende a otras partes del cuerpo llegando a paralizar el cuerpo entero incluso a los órganos. Es importante saber que a medida que la enfermedad avanza y las células nerviosas se destruyen, los músculos se debilitan y mueren.

Normalmente, no hay dolor en los estadios tempranos de la enfermedad, y el dolor es poco común en los estadios avanzados. Lo peor de esta enfermedad que

no afecta a la cabeza y el paciente es totalmente consciente de cómo poco a poco su cuerpo no va reaccionando.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es dar a conocer una enfermedad que cada día afecta a más personas y por desgracia no hay suficiente investigación para ella.

3 Caso clínico

Paciente de 50 años que refiere dificultad para caminar desde hace un dos aproximadamente. Presenta debilidad y dolor en los miembros superiores e inferiores. Ha notado cambios en la voz, siendo esta más disfónica. En la anamnesis dirigida no refiere debilidad en las manos o extremidades superiores. No presenta trastorno ocular, ni descontrol de esfínteres y tampoco hay ninguna alteración sensitiva. Refiere calambres ocasionales en gemelos. Como antecedentes personales, es hipertenso y diabético tipo 2. Antecedentes familiares: abuelo paterno fallecido con el diagnóstico de Esclerosis lateral amiotrófica (ELA).

En la exploración neurológica presenta habla hipofónica, facial centrado. Motilidad ocular interna y externa normal. Fasciculaciones linguales. No debilidad cervical. Motor: miembros inferiores: paraparesia de predominio proximal 4/5. Dorsiflexión de ambos pies 5/5. No se objetiva debilidad en miembros superiores. No déficit sensitivo. Reflejo osteo-tendinoso +++/+++ con Hoffmann positivo bilateral y reflejo cutáneo-plantar derecho indiferente, izquierdo conservado. Fasciculaciones en deltoides, pectorales y de forma difusa en MMII. Atrofia muscular en ambos cuádriceps.

Se realiza índice tobillo-brazo (ITB): derecho 1,18; izquierdo 1,29. Se solicita analítica, donde destaca CK de 232, estudio inmunológico y serología normal. Radiografía de tórax y lumbosacra normal. Tras sospecha de enfermedad de motoneurona se hace interconsulta al servicio de Medicina Interna, que solicita electromiograma (EMG)/electroneurografía (ENG) sugestivo de patrón neurógeno con denervación activa en ambos MMII, miembro superior derecho (fibrilaciones y ondas positivas), compatible con enfermedad de motoneurona, probable ELA. Con estos resultados se derivó a Neurología.

Tras la valoración del paciente y con diagnóstico de probable ELA, según los estudios del paciente, se inicia un tratamiento con Riluzol 50 mg, un comprimido

cada 12 horas.

Después del posible diagnóstico el paciente presentó un aumento de los síntomas, evidenciándose debilidad en la flexión dorsal del pie izquierdo. Atrofia incipiente a nivel del quinto espacio interóseo de la mano izquierda. Fasciculaciones difusas por diferentes segmentos corporales, así como leve afonía.

Finalmente, se confirma el diagnóstico de enfermedad de motoneurona, ELA. Se continúa tratamiento con Riluzol 50 mg.

Tras 5 meses del diagnóstico definitivo el paciente presenta un shock séptico de origen urinario y siguientes complicaciones, precisando ventilación mecánica invasiva (traqueotomía), alimentación por gastrostomía percutánea (PEG) y trastorno adaptativo secundario, dándose de alta al domicilio. A los dos meses el paciente fallece.

4 Discusión-Conclusión

Esta enfermedad normalmente debuta con unos primeros síntomas los cuales son la aparición de debilidad y pérdida de fuerza localizada en un grupo muscular en cualquiera de las extremidades. Esta sintomatología inespecífica lo cual tiene como consecuencia un retraso en el diagnóstico, por eso es muy importante que el médico de familia conozca esta clínica y la tenga en cuenta en el diagnóstico diferencial. En este caso el paciente debutó con debilidad de miembros superiores e inferiores, descartándose por ITB. En la exploración física se observó la presencia de fasciculación en distintos grupos musculares y atrofia de cuádriceps, signos guía para el inicio de estudio de enfermedad de motoneurona.

Debemos saber que la evolución de la enfermedad es irreversible, llevando al paciente a la inmovilidad casi completa, con severos trastornos para tragar e insuficiencia respiratoria restrictiva por debilidad de los músculos intercostales y del diafragma, factores que son determinantes en la muerte de estos pacientes.

5 Bibliografía

1. wikipedia.org.
2. medlineplus.gov.

Capítulo 167

MUSICOTERAPIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

ELENA ALONSO SÁEZ

1 Introducción

El cáncer, es un conjunto de enfermedades derivadas de una proliferación anormal de células, puede afectar a cualquier parte del órgano. Pueden extenderse a otros órganos y/o tejidos, en un proceso llamado metástasis. Podemos diferenciar dos tipos de tumores:

Los tumores benignos, que presentan un crecimiento local, sin llegar a infiltrar los tejidos de los que se rodea. Estas tumoraciones se diferencian claramente y sus células son parecidas a las del tejido de origen. Suelen ser poco agresivos.

Los tumores malignos, se componen de células atípicas, que distan mucho del tejido de origen. Su crecimiento celular, es más rápido, destruyendo tejidos adyacentes, pudiendo llegar a vasos sanguíneos y sistema linfático (metástasis).

Para que una célula se convierta en tumoral, debe de producirse una pérdida de mecanismos de regulación en la división celular, iniciándose así el proceso de carcinogénesis.

Los hábitos de vida son una fuente de agentes carcinógenos, sobre todo en neoplasias en edad adulta. En estos agentes carcinógenos encontramos:

- Tabaco: Principal causa de enfermedad, así como de muertes prematuras.
- Alcohol: Se relaciona con un mayor riesgo de padecer tumores como el de hígado, páncreas e incluso mama y colon.
- Dieta: Una dieta rica en calorías relacionada con poca actividad física, dando lugar a obesidad, también se puede considerar un factor carcinógeno.

- Ejercicio Físico: Supone un factor protector para el desarrollo de un tumor maligno de mama, endometrio, colon y próstata.

Los peores tumores corresponden al de páncreas e hígado, la probabilidad de sobrevivir es inferior al 10%, en un periodo de 5 años tras el diagnóstico. Seguidamente los tumores que tienen peor pronóstico son, pulmón, esófago, tumores del sistema nervioso y cáncer de estómago, con supervivencias iguales o inferiores al 30%, en un periodo de 5 años tras el diagnóstico.

Entre los tumores más frecuentes se encuentra el cáncer de mama en mujeres, cuya supervivencia roza el 78%. Los tumores malignos suelen ser más agresivos en hombres que en mujeres, la supervivencia global es del 44% en hombres y del 56% en mujeres.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar la información sobre los efectos fisiológicos y psicológicos de la musicoterapia en pacientes oncológicos y su entorno.

Objetivos secundarios:

- Conocer los efectos de la musicoterapia en el paciente oncológico.
- Conocer los efectos de la musicoterapia en el dolor del paciente oncológico.
- Conocer los efectos de la musicoterapia en la ansiedad del paciente oncológico.
- Conocer los efectos de la musicoterapia en las náuseas y vómitos del paciente oncológico.
- Conocer los efectos de la musicoterapia en los cuidados paliativos del paciente oncológico.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con búsqueda en bases de datos nacionales e internacionales. Las bases de datos consultadas han sido: Scienccidirect(SD), Lilacs, Pubmed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Cochrane, Dialnet e Índice Médico Español(IME), PsycINFO, Scielo.

4 Resultados

La calidad de vida de las personas con cáncer se puede alterar por la enfermedad o por los efectos secundarios de los tratamientos que se utilizan. La musicoterapia intenta abordar estas desviaciones de la calidad de vida de los pacientes y de su entorno.

Musicoterapia en el paciente oncológico:

- Reduce la intensidad del dolor y de la necesidad de opiáceos.
- Facilita la expresión de emociones, inquietudes, miedos.
- Disminuye los síntomas digestivos.
- Refuerza el sistema inmunológico y la mejora del sueño.
- Efectos beneficiosos sobre la ansiedad, el dolor, el estado de ánimo.
- Mejora del humor.
- Disminuye el estrés, el dolor y la ansiedad.
- Efectos beneficiosos a corto plazo en pacientes oncológicos.

Musicoterapia y dolor en el paciente oncológico:

- No se observan efectos secundarios.
- No se observan diferencias entre la MT y la relajación simple.
- Alivio del dolor, relajación y evocación de recuerdos agradables.
- Sensación de equilibrio de emociones y de paz.
- Menor agitación por el dolor.
- Sensación de control del dolor.

Musicoterapia en las náuseas y/o vómitos del paciente oncológico:

- Reduce significativamente la ansiedad, las náuseas y los vómitos.
- Cambios en los signos vitales.

Musicoterapia y ansiedad en el paciente oncológico:

- Mayor efecto de la MT que la relajación sobre la ansiedad.
- La MT tiene efectos positivos en la reducción de la ansiedad.
- La MT podría reducir la ansiedad en los momentos previos a la radioterapia.
- La MT contribuye a mejorar la relación de pacientes y familiares.

Musicoterapia y cuidados paliativos:

- Aumento de la sensación de paz y bienestar, mejora el estado de ánimo.
- Se consigue hablar de la enfermedad y de la muerte sin tristeza.
- Ayuda a la expresión de los sentimientos.
- Aumento del bienestar.

- Disminución significativa del dolor en los cuidados paliativos.

5 Discusión-Conclusión

Se podría decir que la musicoterapia puede ser una buena actividad a incluir en los planes de cuidados, para ayudar a solventar los problemas de los pacientes con cáncer. Tras el estudio podemos concluir, que la musicoterapia:

- Puede tener efectos beneficiosos en la ansiedad, el dolor y la calidad de vida.
- Ayuda a reducir el nivel del dolor, así como aumenta la sensación de control del dolor y disminución del malestar del paciente.
- Ayuda a reducir los niveles de ansiedad.
- Sobre las náuseas y vómitos, la musicoterapia reduce significativamente los síntomas.
- Ayuda en la comunicación y en la relación de pacientes y familiares.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>
3. <https://www.scielo.org/es/>
4. <https://es.wikipedia.org>
5. <https://www.sciencedirect.com/>
6. Asociación española contra el cáncer. Disponible en: <https://www.contraelcancer.es/es>

Capítulo 168

MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS

ANA ISABEL GARRIDO MARTINEZ

1 Introducción

Entendemos por carga cualquier objeto susceptible de ser movido, incluyendo el traslado de personas o animales. Así como materiales que se manejan por medios mecánicos, como por ejemplo grúas, traspales, elevadoras, etc.

La manipulación manual de cargas es cualquier operación de sujeción o transporte por parte de uno o varios individuos. Es decir, el levantamiento, desplazamiento, empuje o tracción que según sus características o condiciones ergonómicas inadecuadas, entrañe algún riesgo, sobre todo dorsolumbares, para cada individuo.

La Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, determina unas normas básicas de garantías y responsabilidades para establecer un nivel adecuado de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo.

A nivel internacional, el Convenio número 127 de la Organización Internacional del Trabajo (que ratifica España en el año 1969) contiene disposiciones relativas al peso máximo que debe tener la carga que transporta un trabajador. Y se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud que se refieren a la manipulación manual de cargas, que entrañan riesgos, sobre todo dorsolumbares, en la Directiva 90/269/CEE, de 29 de Mayo.

Para evitar la manipulación manual de cargas es el empresario el encargado de adoptar medidas técnicas u organizativas, mediante la adquisición y utilización de equipos mecánicos , así como la correcta formación de los trabajadores para su uso.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la definición de carga y el concepto de manipulación manual de carga. Así como las normativas existentes.

Objetivos secundarios:

- Proponer unas indicaciones para la manipulación manual de cargas, según su peso, tamaño, su superficie, etc.
- Conocer las posibles lesiones y factores de riesgos.

3 Metodología

Se ha realizado un revisión bibliográfica de la materia. Como buscadores de información científica se ha utilizado “Dialnet”, “Google Académico” y Pubmed”.

Como variables de búsqueda hemos utilizado “La carga”, “Manipulación manual de cargas” y “Riesgos laborales para manipulación manual de cargas”.

Criterios de inclusión: Trabajos con menos de 4 años de antigüedad en Español. De los 35 trabajos consultados hemos utilizado 10 por cumplir los criterios de inclusión.

4 Resultados

Indicaciones para la manipulación manual de cargas.

- La carga; el peso es uno de los factores más importantes. A efectos prácticos, se considera carga los objetos que pesen 3 kilos. El peso máximo recomendado en una carga es de 25 kilos, en condiciones normales, es decir, postura adecuada, sujeción firme, levantamientos suaves, condiciones ambientales favorables, etc. Para las mujeres, individuos jóvenes y personas de edad avanzada, no se debería pasar de los 15 kilos. En cambio, en individuos sanos y con buen físico, se podrían manipular hasta 40 kilos de carga. todo esto siempre en condiciones normales.
- El tamaño de la carga; está dentro de los factores a tener en cuenta, ya que una carga demasiado alta puede entorpecer la visibilidad del trabajador, porque

puede hacerle tropezar con algún objeto que esté en su camino o algún peldaño con el que no se cuente.

Si la carga es demasiado profunda, se verá aumentada la distancia horizontal, por lo que será mayor la fuerza compresiva en la columna vertebral. La anchura ideal de una carga viene siendo la anchura de los hombros, es decir unos 60 centímetros aproximadamente, y la profundidad de la carga no debería superar los 50 centímetros, siendo la dimensión óptima unos 35 centímetros.

Si la carga es demasiado ancha, puede obligar a mantener posturas forzadas en piernas y brazos, que no permitirán un agarre adecuado de dicha carga. Por lo que no será posible levantarla en una postura segura. El riesgo también puede aumentar si la carga no tiene agarres convenientes.

- La superficie de la carga, no debe tener elementos peligrosos como bordes cortantes, carga demasiado fría o caliente, carga resbaladiza, etc.
- Las indicaciones sobre el peso y centro de gravedad, deberán ir bien indicadas en el exterior de la carga, para poder tomar las precauciones pertinentes a la hora de su manejo, evitando movimientos o levantamientos peligrosos. De no ser así, el individuo encargado de mover la carga, deberá ser informado de todos los datos relacionados con dicha carga.

Si el centro de gravedad de un objeto está desplazado de su centro geométrico, puede pasar que se encuentre alejado del centro de gravedad del cuerpo del operario, de manera que aumente la fuerza compresiva que se genera en los músculos y articulaciones. Las cargas con el centro de gravedad desplazado se debe manipular con el centro más pesado cerca del cuerpo.

- Los movimientos bruscos o inesperados de las cargas, como objetos amarrados o encajados, que pueden soltarse de manera brusca, así como enfermos o animales vivos que se pueden mover de forma inesperada, pueden dar lugar a un riesgo de lesión dorsolumbar. Por lo que se deberá acondicionar la carga para impedir dichos movimientos bruscos, o bien utilizar grúas mecánicas o similares (ejemplo transporte de enfermos).

Lesiones y factores de riesgo:

La manipulación manual de las cargas puede ser responsable de diversas lesiones, que al principio pueden ser leves pero con el paso del tiempo y la acumulación de varias lesiones, pueden provocar enfermedades más severas en la columna vertebral y en las articulaciones.

Las lesiones más frecuentes que nos podemos encontrar son: contusiones, heridas, cortes, fracturas y sobre todo, músculo-esqueléticas, que se pueden producir en cualquier zona del cuerpo, pero lo más frecuente es lesionar los miembros superiores y la espalda (en especial la zona dorsolumbar). En la zona de la espalda,

pueden aparecer lesiones como lumbago, alteraciones de los discos intervertebrales o fracturas vertebrales.

Las lesiones generadas por la manipulación manual de las cargas, no suelen ser mortales, pero pueden tener una larga y difícil curación, que en muchos casos requieren de procesos largos de rehabilitación, en los que el trabajador puede quedar incapacitado para realizar su trabajo, y su calidad de vida puede verse deteriorada.

Los factores de riesgo de la manipulación manual de una carga puede presentar un riesgo dorsolumbar debido a:

- Las características de la carga; por ser demasiado pesada, voluminosa, inestable, etc.
- Las condiciones del individuo que porta la carga; falta de aptitud física, indumentaria inadecuada, falta de conocimiento, existencia patologías previas.
- Características del movimiento a realizar; esfuerzos demasiado importantes, movimientos bruscos, posición inestable del cuerpo, esfuerzos físicos frecuentes o prolongados, periodo insuficiente de reposo fisiológico o de recuperación, distancias demasiado grandes de elevación, etc.
- Características del medio de trabajo; cuando el espacio libre es insuficiente, en especial el espacio vertical, si el suelo es irregular y puede dar lugar a tropezones, cuando el medio de trabajo no permite al trabajador manipular las cargas a una altura segura, si el suelo presenta desniveles, o el punto de apoyo es inestable. También influye la temperatura, la humedad, la circulación de aire. Así como la iluminación.

El empresario deberá adoptar medidas para evitar al máximo la manipulación manual de las cargas, mediante la utilización de equipos mecánicos para la realización de las mismas.

Entre los principales procesos de automatización se encuentran:

- La paletización; las cargas se pueden manipular de forma mecánica por medio de carretillas elevadoras, mesas giratorias, cintas transportadoras, o cualquier elemento de transporte.
- Grúas y carretillas elevadoras; de gran movilidad y con adaptadores para la manipulación de diferentes tipos de cargas.
- Sistemas transportadores; que permiten que las cargas sean transportadas de un lugar a otro, como cintas transportadoras, vías de rodillos, tolvas, etc.
- Grúas pórtico; capaces de levantar y suspender automáticamente una carga.

Si la manipulación manual no pudiera ser evitada, se deberá realizar una evaluación de los riesgos que conlleva, para ver si son tolerables o no y, si con las

apropiadas medidas correctoras, se puede minimizar los daños.

5 Discusión-Conclusión

Si los trabajadores no disponen de una adecuada formación e información aumentaran los riesgos de lesiones debidas a la manipulación manual de cargas. Por lo que se deberá garantizar, por parte de los empresarios, que los trabajadores y sus representantes reciban formación e información adecuadas sobre dichos riesgos y las medidas a tener en cuenta sobre protección y prevención. En particular, se formará sobre el modo adecuado de manipular las cargas y sobre los riesgos que corren si no lo hacen. La información deberá incluir indicaciones generales y las precisiones posibles sobre el peso de las cargas y demás aspectos como su centro de gravedad o lado más pesado. Estos programas de formación deben incluir el uso correcto de las ayudas mecánicas, de los equipos de protección individual, entrenamiento seguro de la manipulación manual de cargas, etc.

Cuando la actividad habitual suponga la manipulación manual de cargas, el empresario garantizará el derecho a la vigilancia de la salud de los trabajadores que será realizado por personal sanitario competente.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales.
2. RD 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
3. RD 487/1997 de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.
4. Convenio número 127 de la Organización Internacional del Trabajo, ratificado por España el 6 de marzo de 1969, relativo al peso máximo de la carga que puede ser transportada por un trabajador.
5. Protocolos de vigilancia sanitaria específica para los/as trabajadores/as expuestos/as a riesgos derivados de la manipulación manual de cargas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
6. 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.

7. Riesgos asociados a la manipulación manual de cargas en el lugar de trabajo.
Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo

Capítulo 169

SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

ELENA ALONSO SÁEZ

1 Introducción

El síndrome de Burnout, también se conoce como síndrome de quemarse por el trabajo. La definición más aceptada a día de hoy es la propuesta por Maslach y Jackson en 1981; definiendo el Burnout como " una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización.

Maslach y Jackson identificaron las tres dimensiones del Burnout: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.

- Agotamiento emocional: Es una sensación de estar exhausto tanto física como psíquicamente. Es una situación de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios.
- Despersonalización: Se define como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, hacia los pacientes. Puede incluir el aislamiento, o incluso intentos de culpar a los pacientes de la propia frustración.
- Realización personal: La falta de realización personal en el trabajo, se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y esta evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas que atienden.

La OMS define el estrés laboral como "una pandemia mundial". El síndrome se agrava cuando el empleado siente que no recibe apoyo de sus compañeros.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer y analizar el estado de la información que existe actualmente acerca del síndrome de Burnout.

Objetivos secundarios:

- Descubrir los métodos y actuaciones a seguir en el síndrome de Burnout.
- Realizar una revisión bibliográfica, tanto de cómo afecta el síndrome en el personal de enfermería, como en la actuación ante dichos casos.
- Conocer cómo afecta en el personal sanitario en comparación con otras profesiones.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica que incluye investigaciones previas. Se realizó una búsqueda en diversas bases de datos recopilando información. Las páginas que se han utilizado para la investigación son: SCIELO, dialnet, google académico.

4 Resultados

El personal de enfermería es uno de los profesionales con mayor probabilidad de sufrir el síndrome de Burnout debido al trabajo de entrega y de asistencia a los demás. Los estudios analizados utilizan la escala de Maslach para la detección del síndrome.

En la variable género se encuentra una diferencia en la cual las mujeres obtienen una mayor puntuación frente a los hombres. En cuanto a la situación laboral, los empleados con contrato fijo obtienen puntuaciones más elevadas. Respecto al horario existen diferencias significativas relacionadas con los turnos de noche, esto es debido a que en la nocturnidad los profesionales tienen una menor comunicación con los pacientes al establecer menor contacto con ellos.

En la dimensión cansancio emocional se obtuvieron puntuaciones altas en los profesionales mayores de 44 años frente a los jóvenes. A medida que la edad aumenta, mayor es el cansancio emocional.

El Burnout era estadísticamente más alto en los servicios de oncología y de urgencias. Los profesionales de enfermería en atención primaria, se constata que

las mujeres son las que presentan niveles más altos. Los hombres presentan niveles más altos de cansancio emocional y despersonalización y bajos de realización personal.

En resumen, las unidades de oncología y urgencias son las que presentan mayores niveles de Burnout debido a que se trata de trabajos con alta demanda física y psicológica.

La identificación de los factores de riesgo psicosocial a los que pueden ser expuestos los profesionales de enfermería, permitirá adoptar medidas preventivas, que pueden ser útiles para mejorar la salud y la calidad de vida de estos profesionales.

En la comparación que se realizó entre médicos y personal de enfermería, los valores más altos los obtuvo la enfermería.

5 Discusión-Conclusión

1. El síndrome de Burnout, es una de las afectaciones más frecuentes en el personal de enfermería, aunque no se puedan prevenir todos los casos: una correcta evaluación e intervención ayuda a reducir el número de casos.
2. Es conveniente y deseable desarrollar planes de actuación para ayudar a los profesionales de la salud a prevenir el síndrome de Burnout.
3. El Burnout presenta diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, siendo las mujeres las que presentan unos mayores niveles debido a su actividad laboral y familiar.
4. El tratamiento del síndrome de Burnout se debe individualizar y basarse en las técnicas actuales efectivas.

6 Bibliografía

1. Pubmed.
2. Sciencedirect.
3. Scielo.
4. Google academia.

Capítulo 170

LA INFECCIÓN DE ORINA EN EL ANCIANO

ELVIA MARIA GARCIA GARCIA

1 Introducción

Las infecciones del tracto urinario constituyen una de las infecciones más comunes que afecta a la calidad de vida de las personas que la padecen. No sólo representan un problema clínico, sino que tienen además una gran repercusión económica por los costes sanitarios que representan.

Es considerada la segunda infección más habitual en ancianos institucionalizados y su prevalencia aumenta con la edad, puesto que el envejecimiento produce una alteración de los mecanismos defensivos frente a la infección.

Las infecciones agudas de las vías urinarias constituyen una causa importante de morbilidad en el adulto y son frecuentes en el sexo femenino y tienen una elevada tendencia a convertirse en resistentes al uso de antimicrobianos, hay que tener diferentes estrategias en el tratamiento de determinados grupos con infección urinaria para optimizar los beneficios terapéuticos al reducir los costos y la incidencia de reacciones adversas.

Los factores de riesgo descritos en residencias geriátricas para las infecciones urinarias son: accidentes cerebrovasculares previos, deterioro mental y funcional, sondaje vesical y tratamiento antibiótico previo.

Las infecciones agudas de las vías urinarias pueden dividirse en 2 grandes categorías anatómicas: la infección de las vías bajas (uretritis, cistitis y prostatitis) y la infección de las vías altas (pielonefritis aguda).

2 Objetivos

Describir las infecciones de orina en el anciano y tipos de análisis que se pueden realizar ante estas infecciones.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este artículo se han obtenido tras una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como google académico, scielo, pubmed.

Palabras claves: Infección urinaria; urocultivo; adultos mayores, insuficiencia renal, cistitis, orina.

4 Resultados

Hay diferentes tipos de análisis de orina que se pueden realizar para detectar una infección de orina, aunque los más habituales con fines diagnósticos son el que analiza el sedimento de la muestra de orina que se entrega al laboratorio en un bote y el análisis de orina de 24 horas, en el que se recoge la micción de todo un día. Hay muchos problemas de salud que se pueden detectar a través de estas pruebas, pero los resultados son siempre difíciles de interpretar, especialmente porque hay determinadas condiciones que pueden alterar ciertos parámetros (fiebre, ejercicio, haber comido, consumo de alcohol) sin que ello suponga la existencia de una enfermedad.

- (Sedimento de orina) es el más habitual. En este análisis se centrifuga la muestra de orina recogida por el paciente en la primera micción del día y luego se analiza el sedimento resultante. Se puede utilizar para estudiar varios problemas del sistema urinario.

- (Análisis de 24 horas) se elimina la primera micción del día y se recoge el resto de la orina excretada durante todo el resto del día.

Este tipo de análisis, además de ofrecer una información completa del funcionamiento de los riñones (medición de la creatinina, proteínas, etc.), aporta datos sobre el metabolismo de determinados minerales, como el calcio, sodio, potasio, fósforo, etc.

Para determinar el tratamiento a seguir como primera elección en los pacientes urológicos, es el ácido pipemídico y la norfloxacin debido a su acción y a su menor costo.

Para las infecciones más complicadas y recurrentes se aconseja empezar directamente con ciprofloxacino o una cefalosporina de segunda generación. Si la infección es con fiebre se debe elegir un antibiótico aún más activo y por vía parenteral.

La duración del tratamiento con antibióticos depende del tipo de infección. Así en los procesos agudos (siendo la cistitis aguda la más frecuente), hoy día se prefiere un tratamiento de tres días.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades infecciosas constituyen uno de los principales motivos de hospitalización y una de las principales causas de mortalidad en los ancianos institucionalizados. Aunque la mayoría de las infecciones urinarias son asintomáticas, los episodios de infección sintomática contribuyen a la morbilidad de esta población. Las personas mayores son especialmente vulnerables a las bacterias que provocan la infección urinaria.

Con la edad, los músculos de la vejiga se aflojan y cuando el adulto mayor va a orinar, ésta no llega a vaciarse completamente, quedando orina residual que contribuye al crecimiento de estas bacterias.

La infección de orina en personas mayores se asocia a varios cambios fisiológicos. Las personas mayores que sufren otras patologías como diabetes o hipertensión aumentan su riesgo de padecer infección de orina.

La pérdida de memoria causada por el Alzheimer o otros cuadros de demencia senil pueden ser detonantes de una infección de orina en personas mayores, ya que suelen provocar cambios en la conducta.

6 Bibliografía

1. Google académico,.
2. Scielo.
3. Pubmed

Capítulo 171

LA VISIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SOBRE EL PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA

PAULA ARDUENGO BUENO

SARA ALVAREZ FLÓREZ

LLARA ARDUENGO BUENO

PAOLA UFANO ALVAREZ

1 Introducción

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina, es decir, la incapacidad de controlar la micción. Puede darse al hacer ejercicio, al realizar esfuerzos, estornudar o reír.

La incontinencia urinaria (IU) es un problema común a nivel mundial ya que es un problema que repercute de forma personal negativamente y tiene un coste económico elevado para la sociedad.

Este problema (IU) limita la autonomía personal, deteriora la calidad de vida, predispone a una mayor morbilidad, provoca aumento del gasto sanitario y posee graves implicaciones tanto sociales como psicológicas.

Una valoración completa del médico es la clave para determinar el tipo de incontinencia urinaria y establecer un tratamiento. Dependiendo del tipo de incontinencia se tratará de diferente forma. Las distintas formas a tratar son:

- Forma conservadora (intervenciones sobre el estilo de vida, físicas y conductual)
- Forma farmacológica
- Forma quirúrgica

Por otro lado existen una serie de complicaciones ligadas a la incontinencia urinaria (IU). Algunas de estas complicaciones son las siguientes:

- Caídas
- Irritaciones dérmicas que conducen a úlceras por presión
- Infecciones
- Aislamiento social
- Depresión.

Este problema afecta a todos los grupos de población, sin distinguir ni edades ni sexo de la persona, siendo más frecuente de forma general en mujeres y ancianos. En la vejez los diferentes tipos de IU aumentan con el paso del tiempo, con la edad y coexisten casi siempre con otro tipo de problemas.

Sin embargo, en las mujeres puede afectar a cualquier edad siendo más común una incontinencia moderada o severa en mujeres mayores y menos común de forma leve en mujeres jóvenes.

2 Objetivos

Conocer la función del técnico en cuidados auxiliares básicos de enfermería (TCAE) en relación con el paciente con incontinencia urinaria.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica, recogiendo información en bases de datos como Pubmed, Scielo o Cochrane.

Se han revisado estudios que analizan la incontinencia urinaria de libre acceso, y artículos gratuitos y en español.

También se hicieron búsquedas con los términos: incontinencia urinaria, caídas, autoestima, calidad de vida, entrenamiento musculatura pélvica y sondaje vesical, infección urinaria, prevención, cuidados, suelo pélvico.

4 Resultados

Se estima que más de siete millones de personas sufren incontinencia urinaria (IU) en España, de los cuales un 7% son hombres y un 24% son mujeres de distintas edades. De los 50 a los 60 años hay un incremento de personas afectadas.

La estimación de prevalencia mundial sobre la incontinencia mundial destaca que alrededor del 40% de la población femenina la sufre; y que 1 de cada 4 mujeres de entre 30 y 59 años ha experimentado incontinencia urinaria (IU) en algún momento de su vida.

La incontinencia se ve incrementada en períodos como la menopausia (56%) y el postparto (30%); por ello en mujeres es importante poner en marcha técnicas para reforzar la musculatura de la zona. Se recomiendan los ejercicios de Kegel o hipopresivos, para trabajar y fortalecer los músculos del suelo pélvico, encargados de la apertura y cierre de los esfínteres de la uretra. Estos ejercicios comienzan a notarse aproximadamente al mes, pudiendo variar en cada persona. En cambio si hablamos de personas mayores adultas podemos abarcar el problema de diferentes maneras según el tipo de IU que tengan:

- IU funcional: se le debe proporcionar una ingesta de líquidos adecuada. Se le proporcionarán servicios higiénicos programados e individualizados o micciones programadas. Por otro lado se debe modificar el entorno para maximizar la independencia con la continencia.
- IU de esfuerzo o estrés: cuando sea necesario le proporcionaremos ayuda para ir al baño y para el entrenamiento de la vejiga.
- IU de desbordamiento: permitirles suficiente tiempo para que vacíen la vejiga e instruir a los pacientes sobre la maniobra de Credé y la micción doble.
- IU de urgencia y vejiga hiperactiva: reentrenamiento, que significa implementar un entrenamiento vesical. Enseñar ejercicios musculares del suelo pélvico junto con un entrenamiento vesical y brindarle información sobre la inhibición de la urgencia.

La probabilidad de sufrir incontinencia urinaria (IU) es más alta si el paciente es obeso o sufre sobrepeso, por ello hay que tener en cuenta que adelgazar puede ayudar al paciente a que tenga muchos menos escapes, y evitar el aumento de peso puede prevenirla.

Se recomienda en mujeres ejercitar el suelo pélvico, pues después de un embarazo este queda debilitado y contribuye a pérdidas de orina involuntarias.

Tanto para hombres y mujeres es recomendable:

- Mantenerse físicamente activo.

- Mantener un peso saludable.
- Intentar evitar el estreñimiento.
- Dejar de fumar.
- Limitar alimentos y bebidas con cafeína (chocolate, café...).
- Dejar de tomar líquidos horas antes de acostarse.

Por otro lado, además de tener en cuenta todo lo citado anteriormente, el personal de enfermería debemos llevar un proceso de actuación con pacientes con incontinencia urinaria durante su proceso hospitalario. Para ello es importante que llevemos a cabo una serie de valoraciones y entrevista a la hora del ingreso; obteniendo así el historial de incontinencia.

Algunos ejemplos son:

- Documentar la presencia / ausencia de IU para todos los pacientes al ingreso.
- Identificar el tipo de IU (transitoria, establecida, Urgencia, Mixta, Rebosamiento, Funcional).
- Identificar las posibles etiologías que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo post miccional y medicamentos).
- Consultar ingesta de líquidos diarios (cantidad, horarios, tipos), cafeína o alcohol.
- Identificar antecedentes médico quirúrgicos que favorezcan la incontinencia (ictus, diabetes, insuficiencia cardíaca, cirugía vesical, partos, obesidad, etc).
- Comprobar si los medicamentos del paciente tienen impacto en la incontinencia.
- Desarrollar un plan de cuidado individualizado en colaboración con otros miembros del equipo.
- Evitar los medicamentos que pueden contribuir a la IU.
- Controlar la ingesta de líquidos y mantener un programa de hidratación apropiados.
- Utilizar dispositivos de control como colectores o pañales absorbentes, dependiendo de cada caso.
- Ayudar al paciente en el inodoro/inodoro portátil/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados.

5 Discusión-Conclusión

La probabilidad de sufrir incontinencia urinaria (IU) es más alta si el paciente es obeso o sufre sobrepeso, por ello hay que tener en cuenta que adelgazar puede

ayudar al paciente a que tenga muchos menos escapes, y evitar el aumento de peso puede prevenirla.

Se recomienda en mujeres ejercitar el suelo pélvico, pues después de un embarazo este queda debilitado y contribuye a pérdidas de orina involuntarias.

Tanto para hombres y mujeres es recomendable:

- Mantenerse físicamente activo.
- Mantener un peso saludable.
- Intentar evitar el estreñimiento.
- Dejar de fumar.
- Limitar alimentos y bebidas con cafeína (chocolate, café...).
- Dejar de tomar líquidos horas antes de acostarse.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 172

FORTALECIENDO NUESTRA SALUD MEDIANTE LA NUTRICIÓN

MARCELINA ELSA RODRIGUEZ ACERO

MARIA EMMA LAGO ALVAREZ

LUZ ELENA GODOY DAVILA

FATIMA RODRIGUEZ QUINTELA

JOSE SANDRO LUIZAGA ALCOCER

1 Introducción

Es muy importante recoger energía y vitalidad para nuestro cuerpo mediante los alimentos que digerimos, asimilando los nutrientes que nuestro cuerpo necesita para sentirnos bien.

Los componentes de los alimentos son los nutrientes y estos son los que debemos conocer, pero nuestra buena alimentación no depende sólo y exclusivamente de los alimentos que ingerimos, sino también de nuestros hábitos y comportamientos.

Para ello debemos tener en cuenta factores importantes como por ejemplo el lugar donde se vive, pues no en todos los países se producen los mismos alimentos. Otro factor de importancia, entre otros muchos, es la capacidad económica de la persona. Siendo muy importante no olvidarnos de que nuestra salud está formada por la parte física, emocional, espiritual etc., y el equilibrio de todas las partes formarán el estado de salud integral.

Las emociones negativas por ejemplo, nos llevan a comer mal; Angustia, ansiedad, estrés etc. Dormir bien, y ejercicio físico completará una buena alimentación.

Por esto debemos de tener claro que una buena nutrición no solo dependerá de los nutrientes que se ingieren, sino también de que manera lo estamos haciendo y en qué condiciones de ánimo.

La OMS (Organización mundial de la salud) dice que es de vital importancia poner un mayor énfasis en la nutrición, dentro de los servicios de salud, ya que se podrían salvar 3,7 millones de vidas para 2027.

2 Objetivos

- Describir concepto de alimentación y nutrición.
- Exponer características de la dieta equilibrada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En 1785 Lavoisier, descubrió los detalles del metabolismo humano y posteriormente la importancia de las grasas, las proteínas, los hidratos de carbono, minerales etc. Así se formaron las partes de la ciencia de la nutrición.

La nutrición tiene como principal función, transformar los nutrientes necesarios de los alimentos que consumimos, a través de este proceso el cuerpo genera energía necesaria para mantener el organismo y desarrollar sus funciones.

La nutrición es el proceso en el que nuestro organismo utiliza el alimento para mantenerse en buenas condiciones de funcionamiento y reparar las zonas deterioradas. En todas las edades, una buena nutrición, permite mejorar el sistema inmunológico, contraer menos enfermedades y disfrutar de una buena salud y en consecuencia alcanzar una calidad de vida, lo más favorable posible.

Así, a lo largo de nuestra vida adoptamos diferentes comportamientos o hábitos alimenticios dependiendo de nuestras necesidades y por desgracia no debemos de dejar de mencionar que en ocasiones nos distanciamos de una alimentación equilibrada.

Pues bien, llegados a este punto, debemos de tener muy claro cómo tenemos que elegir los alimentos que vamos a consumir. Lo más importante es que los productos sean frescos, pues siempre tendrán un valor nutricional mucho más elevado, después ingerir todo tipo de alimentos, proteínas, vitaminas, hidratos de carbono, minerales, incluso alguna de las que llamamos grasas buenas. Es decir debemos de comer de todo y con moderación, para ello debemos de encontrar el equilibrio debemos procurar que nuestra alimentación sea lo más saludable y equilibrada posible, evitando así posible déficit de alimentación nutricionales y las consecuencias negativas para la salud que esto trae consigo.

En la base de la alimentación encontramos los hidratos de carbono: pan, biscotes, galletas, harinas, pasta, etc. Son la base de toda alimentación, como mínimo supondrán un 50% del total de kcal del día. En la primera planta, tenderemos la fruta y verduras, en la segunda planta, los alimentos lácteos y proteicos, como los huevos, pescados, carnes, tofu, seitan y tempeh y por último en el desván estarán, el aceite, mantequilla, frutos secos, aceite de oliva, nueces, almendras, avellanas, cacahuetes, etc.

En definitiva, para conseguir que una dieta sea equilibrada, debemos de tener en cuenta:

- Variada, para que aporte todos los nutrientes.
- Suficiente, que nos aporte la energía necesaria
- Capaz, de cubrir las necesidades básicas

5 Discusión-Conclusión

Para llevar una vida saludable, un factor importante es la elección de los alimentos que consumimos en nuestro día a día. No debemos dejar de lado ninguno de los grupos de nutrientes, pues todos en su justa medida aportan beneficios para nuestro organismo. Al mismo tiempo, debemos tener presente el gasto energético de cada cuerpo para, en consecuencia decidir el aporte calórico que necesita. De este modo, no solo podremos disfrutar de una mayor calidad de vida, sino que también estaremos ayudando a disminuir la posibilidad de padecer algún tipo de trastornos o enfermedad.

En conclusión, nuestra salud, depende de nuestros hábitos, nuestros compor-

tamientos, nuestra alimentación, nuestro nivel de actividad física y el ambiente en que vivimos. Nuestra genética no es modificable. Pero podemos evitar muchas enfermedades manteniendo hábitos saludables

6 Bibliografía

1. Food systems for healthy. <https://www.who.int/initiatives/food-systems-for-health> (23 noviembre 2021).
2. <https://dicciomed.usal.es/palabra/nutricion> (23 noviembre 2021).
3. Nutrición en salud pública. Royo Bordonada, Miguel A. <http://up-rid2.up.ac.pa:8080/xmlui/handle/123456789/2474> (23 noviembre 2021).

Capítulo 173

ROL DEL TCAE ANTE EL SONDAJE VESICAL

ROSA SUAREZ GARCIA

ANA ISABEL DACAL LÓPEZ

1 Introducción

Es el método más eficaz para preservar la función renal, ya que consigue una disminución importante en el número de infecciones urinarias recurrentes, lo que supone una mejor calidad de vida para el individuo afectado y además un ahorro importante de los recursos sanitarios al sistema, ya que se evitan periodos prolongados de tratamiento con antibióticos y hospitalizaciones.

La sonda vesical es un tubo delgado y flexible que se introduce a través de la uretra hasta la vejiga para la evacuación continua de la orina, fijada por un globo y deben de ser tenidos en cuenta una serie de cuidados como es lavarse las manos siempre antes y después de manipular la sonda y realizar higiene y secado de genitales, evitando tirar de la sonda y realizando el cambio de la bolsa cada 4-5 días, para evitar sepsis, pues se ha comprobado que el momento donde más complicaciones pueden surgir es durante la y posterior retirada de la sonda motivo por el cual es de vital importancia conocer y realizar los protocolos para su cuidado y su mantenimiento.

El T.C.A.E tiene un papel primordial y debe conocer y usar los protocolos establecidos en el manejo y mantenimiento del sondaje vesical pues debido a que es una parte del equipo de enfermería que más contacto tiene con el paciente.

2 Objetivos

Describir las funciones del TCAE en el sondaje vesical.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática consultando artículos en las principales bases de datos tales como Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas usando descriptores como: SONDAJE/VESICAL/ CUIDADOS han servido para la realización de este trabajo.

4 Resultados

Realizando un lavado de manos cada vez que se manipule la sonda, la higiene de las manos es una medida simple y esencial, utilizada para la eliminación de los microorganismos transitorios que residen en la capa superficial de la piel de bajo coste y de gran valor para la prevención de infecciones hospitalarias y controlando desconexiones en la bolsa y evitando que el tubo quede situado bajo el peso del paciente evitaremos úlceras iatrogénicas o acodaduras, cambiando la bolsa del paciente antes de que esté completamente llena y manteniendo la higiene del paciente evitaremos posibles complicaciones como pueden ser hematurias o infecciones urinarias por no tener en cuenta los protocolos a realizar.

Una función de gran importancia del T.C.A.E es el mantenimiento de la sonda, debiéndose lavar con agua y jabón el tramo visible y vaciar la bolsa a menudo, que deberá estar bien fijada para evitar tracciones que puedan producir lesiones o la retirada accidental del catéter, a la par que prevenir las infecciones urinarias en los pacientes que portan sondaje vesical.

Un registro adecuado del número y cantidad de diuresis a la par que la ingesta de líquidos forma parte del plan de cuidados siempre ha de estar personalizado. Cada paciente tendrá unas necesidades específicas en función de su edad, sexo, nivel de autonomía, patologías añadidas... Pero en cualquier caso siempre tendremos en cuenta estos aspectos fundamentales:

- Detección de signos y síntomas de cistitis, pielonefritis y uretritis
- Pautas de higiene.
- Detección de signos y síntomas de obstrucción de la sonda.

Teniendo en cuenta todos estos factores y siguiendo un protocolo adecuado podrán ser evitadas la prevención y control de infecciones por lo que debería promover mejoras en el cuidado para así poder ofrecer a los pacientes una mejor calidad asistencial.

5 Discusión-Conclusión

Una buena realización de la praxis y teniendo en cuenta todos los protocolos a realizar, comentando con enfermería todos los signos y síntomas que detectemos evitará que aparezcan complicaciones derivadas con el sondaje vesical, evitando que aparezcan infecciones urinarias por no abordar correctamente el manejo del sondaje vesical, siendo de vital importancia tener los conocimientos adecuados para su manejo pues nos dan las claves para evitar de tales infecciones en nuestros centros de salud, para reducir satisfactoriamente la frecuencia de las mismas, estas deberían ser cumplidas con estricto control, las infecciones intrahospitalarias son sucesos que alargan la estancia hospitalaria de pacientes internados, elevan la morbilidad y mortalidad de los mismos y causan mayores gastos económico-humanos que repercute en todos los niveles de la población.

6 Bibliografía

1. <http://www.scielo.org.mx>
2. <http://www.scielo.org.bo>

Capítulo 174

DISRUPTORES ENDOCRINOS

MARIA ALONSO ARIAS

1 Introducción

El avance de la tecnología y la ciencia han permitido que a día de hoy gocemos de una vida más cómoda en relación a nuestros antepasados. Pero, a la vez, nuestra exposición a tóxicos y la presencia de estos en el planeta también ha aumentado. Tóxicos como los disruptores endocrinos, de los que se empezó a hablar en los años 90, sin embargo, que no ha sido hasta el día de hoy que la humanidad ha entendido su importancia y su vinculación a varias patologías.

Esta exposición inicia ya desde antes del embarazo, ya que se ha visto que los disruptores endocrinos pueden afectar a la descendencia de las madres expuestas a ellos. Dentro del útero, también aquellos tóxicos a los que esté expuesta la madre, pueden repercutir sobre el hijo y, obviamente, lo que creamos los humanos en forma de crema, aerosoles, tejidos, plásticos... Los denominados disruptores endocrinos son en realidad toda una serie de sustancias químicas capaces de alterar el sistema hormonal del organismo humano y generar su disfunción, lo que puede llegar a causar diferentes enfermedades relacionadas con la salud reproductiva de la mujer (cáncer de mama, infertilidad, ...

Los disruptores endocrinos que ingerimos actualmente en los alimentos provocan a largo plazo una serie de problemas en nuestro organismo. Es difícil evitarlos, ya que están en todo lo que nos rodea.

2 Objetivos

- Describir lo que son los disruptores endocrinos y como pueden afectar a nuestra salud.
- Exponer dónde se encuentran los disruptores endocrinos en el entorno que nos rodea.

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 distintas bases de datos seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los disruptores endocrinos son sustancias químicas capaces de alterar el sistema hormonal, por eso también se les conoce como alteradores o disruptores endocrinos. La mayoría han sido sintetizadas por el hombre. El número de estas sustancias va creciendo año tras año. La Unión Europea, por ejemplo, en una base de datos del año 2019, incluyó como posibles alteradores endocrinos a 553 sustancias químicas. Dentro de ellas hay 197 que han demostrado que producen alteraciones hormonales en animales. Y entre ellas, 17 están autorizadas para ser usadas en cosméticos.

Los DE que alteran el sistema hormonal y se asocian a diversas enfermedades, están presentes en algunos alimentos y productos de uso diario y pueden estar relacionados con efectos secundarios tales como trastornos metabólicos, efectos en el neurodesarrollo y función tiroidea, efectos cardiovasculares, entre otros. Los disruptores endocrinos actúan mimetizando la acción de las propias hormonas y potenciando sus efectos o, por el contrario, bloqueando o inhibiendo su acción, modificando así su impacto en el organismo. También se pueden unir a proteínas transportadoras sanguíneas, alterando la concentración natural de las hormonas circulantes. Además, pueden interferir con algunos procesos metabólicos.

Los disruptores endocrinos están por todas partes. Se encuentran en el agua, aire y en todo tipo de productos cotidianos de uso doméstico, médico, industrial, agrícola, etc. Por ejemplo, los hay en pegamentos, barnices, ropa, cosméticos,

juguets, productos de limpieza, ambientadores, plásticos, envases de alimentos, tuberías del sistema de canalización del agua, cables eléctricos, coches, muebles... Por eso lo más habitual es que todos estemos expuestos de forma permanente a estas sustancias, aunque en dosis muy pequeñas. Y como son muchas diferentes, se habla de un efecto cóctel.

Hasta ahora solo se ha demostrado que son una amenaza para la salud de ciertas especies de animales. En nuestra especie, las investigaciones no han avanzado lo suficiente como para poder hablar de un riesgo seguro para la salud. Tampoco se sabe cómo nos está afectando el hecho de que estemos expuestos a muchos de ellos a diario. Aun así, la sospecha de que puedan ser nocivos ya ha movlizado a muchos gobiernos, incluso a la Comisión Europea que han prohibido trabajar con ciertas sustancias.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día es muy difícil no exponerse a algún tipo de EDC, pero hay ciertas precauciones que podemos tomar para exponernos lo menos posible como llevar una alimentación lo más sana y natural posible, huyendo sobre todo de comida procesada y ultra procesada, latas, envoltorios de plásticos, agua embotellada en plástico, lavando bien las frutas y las verduras frescas...

Optar por cosméticos naturales o libres de parabenos.

Evitar los ambientadores artificiales, sobre todo en spray.

Optar por muebles y juguetes de madera en lugar de sintéticos y de plástico.

Lo importante en todo esto es que los DE es algo que existe y está presente en todo lo que nos rodea y aún no sabemos todos los problemas que pueden acarrear a largo plazo.

Podemos hallar disruptores endocrinos en los productos de nuestra vida cotidiana como en la comida, en el agua, en el champú, en la pasta de dientes, en los fertilizantes, en los tejidos, en las alfombras, en los utensilios, en los juguetes, en los cosméticos, los alimentos...

Dado que los alimentos que consumimos es algo que entra en contacto directamente con nuestro organismo y sistema hormonal podemos tratar de concienciarnos en elegir los alimentos de manera más exhaustiva para prevenir en cierta medida la sobreexposición a los DE, como consumir alimentos más naturales y no procesados, evitar los envases de plástico, lavar muy bien las frutas y hortalizas para librarnos de los productos químicos, no consumir carne cruda ni grandes

cantidades de lácteos... son algunas de las recomendaciones que podemos llevar a cabo frente a los DE en alimentos.

6 Bibliografía

1. Nicolás Olea. Libérate de tóxicos (DIVULGACIÓN).
2. Disrupción endocrina: perspectivas ambientales y salud pública. September 2005 *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana* 39(3). Authors: Federico Argemi, Oceanic Aquarium, Natalia Cianni, Andrés Porta. Universidad Nacional de La Plata.
3. Disruptores endocrinos: Un nuevo informe con recomendaciones para reducir sus efectos adversos a la salud. January 2013 *Salus* 17(1):4-6. Authors: yalitza Aular. Universidad de Carabobo, UC.
4. Disruptores endocrinos y obesidad: obesógenos April 2012 *Endocrinología y Nutrición* 59(4):261–267. DOI:10.1016/j.endonu.2011.11.008. Project: Role of endocrine disruptors on obesity development Authors: Ricardo V García-Mayor. Galicia Sur Health Research Institute (IISGS), Vigo, Spain.

Capítulo 175

TIPOS DE DIABETES Y LA RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN

VANESSA AUGUSTA OLIVEIRA SARDINHA

SANDRA PÉREZ CORTEGUERA

1 Introducción

La diabetes Mellitus es uno de los mayores problemas que hay en el mundo. Es una enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa o azúcar en la sangre y en la orina. Existen dos tipos de diabetes crónicas: tipo 1 y tipo 2. También tenemos gestacional pero es transitoria.

La diabetes tipo 1, anteriormente conocida como «diabetes juvenil» o «diabetes insulino dependiente», consiste en la ausencia prácticamente total de insulina por destrucción de las células beta pancreáticas. Su ausencia provoca cetosis. La insulina es una hormona necesaria para permitir que el azúcar (glucosa) ingrese a las células para producir energía. Cuando hay demasiada glucosa en la sangre puede afectar: a los ojos, los nervios, los riñones, y se puede causar problemas cardíacos derrames cerebrales. Con este tipo de diabetes hay que tener mucho cuidado porque es muy silenciosa.

La diabetes tipo 2, es cuando hay una resistencia del organismo a la insulina, que es compensada por un aumento de la misma, lo cual provoca un agotamiento de la célula pancreática y aparece la hiperglucemia. Este tipo de diabetes está vinculada a la obesidad, sedentarismo, hipertensión, hipocolesterolemia e hipertrigliceridemia. Es más común en las personas mayores también juega un papel importante los antecedentes familiares.

La diabetes gestacional es un tipo que aparece por primera vez durante el embarazo esas mujeres nunca habían padecido esa enfermedad. No siempre, pero puede aparecer en más de un. Los médicos suelen realizar estudios entre las 24 y 28 semanas del embarazo porque cuando suele aparecer. Se puede controlar a menudo con una alimentación saludable y ejercicio regular, pero algunas veces la madre también necesitará insulina.

2 Objetivos

- Valorar la relación entre diabetes y alimentación para conseguir un buen control de la glucosa.
- Exponer la formación del profesional de enfermería respecto a los cuidados diabéticos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática consultando artículos bases de datos: Google Académico y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y artículos escritos en español e inglés.

4 Resultados

Para estos pacientes es muy importante seguir una dieta equilibrada y respetando la proporción de los distintos nutrientes de alimentos: 40 % de glúcidos, 15 % de proteínas y 30 % de lípidos.

Para los diabéticos es muy importante repartirlos entre 5 a 6 comidas diarias ya que no es conveniente que estén de 2 a 3 horas sin comer. No saltarse comidas, comer verduras y frutas en cada comida, asociar verduras y féculas en las comidas del mediodía y la noche. Al consumir féculas se recomienda repartirlas a lo largo de la jornada para que el aporte de glúcidos corresponda con las necesidades del organismo y de su actividad física. La cantidad de cada alimento varía según las características y la edad de la persona.

Consumir más hidratos de carbono de lo recomendado puede provocar una hiperglucemia (que a la larga con llevaría problemas cardiacos), pero no consumirlos puede acabar en una hipoglucemia y llegar al coma en estos casos sería perjudicial para todo el organismo. Se recomienda seguir una dieta saludable y equilibrada, rica en frutas y verduras y con bajo contenido en grasas saturadas e hidratos de carbono refinados.

Dependiendo de las necesidades particulares de cada persona. Los sanitarios podrán hacerle una dieta adecuada, dependiendo el tipo de diabetes, morfología y actividad diaria.

Convivir con la diabetes es controlar la alimentación. Una dieta adecuada es uno de los pilares para el buen control, junto con la actividad física y el tratamiento farmacológico.

No significa que no se pueda comer de todo, solo que hay que aprender cuando se debe comer cada grupo de nutrientes. El objetivo es tener bajo control los niveles de glucosa en sangre, evitando suba pero también que baje en exceso.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de la Diabetes hace muy importante un buen conocimiento de esta enfermedad, sobre todo los sanitarios, ya que son los encargados de proporcionar educación a estos pacientes y a sus familiares o cuidadores.

De acuerdo con los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud, se busca un enfoque integral por ello el Ministerio de Sanidad y Consumo, recomienda una fórmula que combina la prevención diagnóstica de la diabetes. Es importante el control de factores de riesgo como la inactividad física, las dietas no equilibradas. Por tanto, para combatir la diabetes es fundamental luchar contra la obesidad y el sedentarismo.

6 Bibliografía

1. Federación Internacional de la Diabetes. <http://www.fundaciondiabetes.org>.
2. Federación internacional de la diabetes. Plan mundial contra la diabetes 2011-2012.
3. Diabetes. Nota descriptiva N°312 OMS. Septiembre de 2012. OMS. 1ª Ed. 2012.

4. JM., Sánchez-Ríos, JP., Alfayate-García, de Benito-Fernández, L., Criado-Galán, F., Gutiérrez-Baz, M., Cáncer-Pérez, S., Perera-Sabio, M., Puras-Mallagray, E. Revisión de las recomendaciones actuales y protocolos de actuación en prevención del pie diabético. *Angiología* 2012; 64: 76-81.
5. Galiano M, Calvo M, Feito M, Aliaga M, Leiva S, Mujica B. CONDICIÓN DE SALUD DE PACIENTES DIABÉTICOS Y SU SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD 1. *Ciencia y Enfermería*. 2013; 19(2).
6. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. Available from: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetesmellitus_GPC.pdf.
7. Casal M, Lago. Guía de práctica clínica de Diabetes Mellitus Tipo 2. *iMedPub Journals*. 2014.
8. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfe. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Nursing care process. *Revista de Salud Pública Paraguay*.
9. NANDA: Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Elsevier 2012.
10. Vergara , Anarte C, Fores A, Herrero N. Conocimiento sobre su enfermedad de los pacientes diabéticos tipo 2. *RqR Enfermería Comunitaria*. 2017 mayo; 5.

Capítulo 176

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

VANESSA AUGUSTA OLIVEIRA SARDINHA

SANDRA PÉREZ CORTEGUERA

1 Introducción

La alimentación del lactante y del niño pequeño los componentes principales de la leche materna, que son:

- Grasas: En cada 100 mililitros de leche hay 3,5 gramos de grasa, aunque la cantidad que recibe el lactante varía a lo largo de la toma. La grasa se concentra especialmente al final de la toma, por lo que la leche presenta una textura más cremosa que al inicio. Las grasas de la leche materna son importantes para el desarrollo neurológico del niño.
- Carbohidratos: El principal es la lactosa, cuya presencia es más alta que en otro tipo de leches y sirve como fuente de energía. Otros hidratos de carbono presentes en la leche materna son los oligosacáridos, importantes para combatir infecciones.
- Proteínas: La leche materna contiene una menor concentración de proteínas que la leche normal, lo cual la hace más adecuada para los lactantes. Algunas de estas proteínas son la caseína o la alfa-lactoalbúmina. La beta-lactoglobulina, una proteína presente en la leche de vaca y que puede provocar intolerancia a la lactosa, no está presente en la leche materna.
- Vitaminas y minerales: Entre ellos se encuentran las inmunoglobulinas, los glóbulos blancos, las proteínas del suero o los oligosacáridos.

- Factores bioactivos: Algunos de ellos son la lipasa, que ayuda a la digestión de la grasa en el intestino delgado; o el factor epidérmico de crecimiento, que estimula la maduración de las células de la mucosa del intestino para mejorar la absorción y digestión de los nutrientes.

2 Objetivos

Exponer los beneficios de la leche materna para el recién nacido.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación bibliográfica, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática consultando artículos en las principales bases de datos: Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas en español e inglés.

4 Resultados

La lactancia materna les proporciona a los bebés todos los nutrientes que necesitan para crecer y que su sistema inmunológico se desarrolle plenamente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF recomiendan que la leche materna sea el alimento exclusivo de los bebés recién nacidos hasta los 6 meses de edad, y que hasta los 2 años se alimenten con una combinación de la misma con alimentos adecuados y nutritivos para su edad. La lactancia materna exclusiva es un tipo de alimentación que consiste en que el bebé solo reciba leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido a excepción de soluciones rehidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos.

La alimentación materna es la única manera que tiene la madre de transmitir sus mecanismos de defensa al recién nacido, mientras que el acto de amamantar logra fortalecer la relación entre la madre y su hijo. La leche materna es protectora contra enfermedades contagiosas, cardiovasculares, celiaquía, diabetes, asma, obesidad o alergia, entre otras; ayuda al desarrollo neurológico y disminuye la probabilidad de muerte súbita en el lactante. Además, los beneficios también son para la madre, retrasa el ciclo menstrual, es protectora ante enfermedades como la Diabetes II, cáncer de ovario y mama, entre otras.

Además de proporcionar todos los nutrientes y la hidratación necesarios, la lactancia materna ayuda a prevenir infecciones gastrointestinales y respiratorias, obesidad, diabetes, leucemia, alergias, cáncer infantil, hipertensión y colesterol alto. Así mismo, puede contribuir a prevenir la infección por COVID-19.

Las niñas y los niños que son alimentados al seno materno tienen menor riesgo de mortalidad en el primer año de vida que quienes que no lo son.

No debemos olvidar que existen ciertas circunstancias que pueden dificultar el inicio de la lactancia materna, además de existir múltiples obstáculos para el mantenimiento de la misma. De hecho, uno de estos obstáculos continúa siendo la falta de formación de los profesionales sanitarios en este ámbito, destacando sobretodo los cuidados de auxiliares de enfermería. Los cuidados que recibe la madre durante la estancia hospitalaria, así como las características del lugar donde se produce el parto, se relacionan de una forma directa con el inicio y duración de la lactancia materna exclusiva y en este punto los sanitarios tenemos mucho que aportar. Sería muy recomendable que se trabajase para favorecer la lactancia materna para así ayudar a la madre y que no renuncien por no saber. Dado que toda mujer es perfectamente capaz de amamantar a su bebe debemos conseguir que disponga de una buena información y apoyo por parte del personal sanitario que contribuya a que las mujeres puedan disfrutar si quieren.

5 Discusión-Conclusión

Los beneficios de la leche materna, han demostrado que reducen la incidencia de padecer enfermedades infecciosas reduciendo la mortalidad y morbilidad en los primeros años de vida. Se calcula que con la lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses se puede reducir la mortalidad infantil casi en un 15%. Las preparaciones artificiales aunque son muy completas nutricionalmente, no aportan las inmunoglobulinas y anticuerpos que sí posee la leche materna. Se ha observado que la ausencia de leche materna en la alimentación está relacionada con un mayor riesgo de padecer diabetes, enfermedades cardiovasculares y obesidad. Además, también aporta muchos beneficio para la madre y comodidad.

6 Bibliografía

1. Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. www.prosego.es.

2. Recomendaciones para la Organización de un servicio de Obstetricia y Ginecología.
3. Cortes-Rua L, Diaz-Gravalos G. Interrupción temprana de la lactancia materna. Un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2018 [cited 2 February 2019];9. Available from: <https://doi.org/10.10>
4. Documentos de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. SEGO. 2005.
2. Ball, T.H., Wright, A.L. «Health care cost of formula-feeding in the first year of life». *Pediatrics* 1999; 103: 870-876.
5. Oliveira G, Simões Timm M, Batista Possati A, Cremonese L, Lopes Munhoz O, Ressel LB. Construction of Nursing Mother's Knowledge about Breast-feeding in Pregnancy and Childbirth. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE* [Internet]. 2016 Aug [cited 2019 Feb 10];10(8):3171-4. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=118901805&lang=es&site=ehost-live80>
6. <http://pediatrics.aapublications.org/cgi/content/full/103/4/51/870>
3. Manz. F. Van't Hof, M.A., Haschke, F. «The mother-infant relationship: who controls breastfeeding frequency?» *Lancet* 1999; 353:1152. 4.
7. Organización mundial de la salud, 2000. Doc. WHO/FCH/CAH/00.13 www.aped.es/pdf-docs/mastitis
- PDF. 5. González C.

Capítulo 177

LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER

SANDRA PÉREZ CORTEGUERA

VANESSA AUGUSTA OLIVEIRA SARDINHA

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer, es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, que hace que el cerebro se encojan (atrofia) y que las neuronas cerebrales mueran. Está dentro de lo que conocemos como demencias, pero ésta es la más frecuente y la más conocida. Se trata de una enfermedad que afecta la capacidad de una persona para vivir de forma independiente, debido a que existe un deterioro continuo en el pensamiento y en el comportamiento. Por eso, se caracteriza por:

1. Rasgos clínicos: se refiere a lo que le sucede al paciente, es decir, lo que podemos observar.

- Alteraciones cognitivas: alteraciones de la memoria y otras capacidades mentales.
- Alteraciones funcionales: pérdida de la independencia: que afecta gravemente la capacidad de una persona para llevar a cabo sus actividades diarias.
- Alteraciones psicológicas y del comportamiento: ansiedad, delirios, alucinaciones...

2. Rasgos neuropatológicos: atrofia cerebral y pérdida de neuronas debido a dos tipos de lesiones: placas seniles y ovillos neurofibrilares.

Variabilidad: existe en cuanto a la edad de inicio, velocidad de la evolución, tipo de alteraciones...

La enfermedad del Alzheimer puede comenzar lentamente afectando a las partes del cerebro que controlan el lenguaje, la memoria y el pensamiento. Por ejemplo,

pueden tener dificultades para recordar cosas recientes o los nombres de personas que conocen, se trata de un deterioro cognitivo leve. Con el tiempo se puede agravar la situación no reconociendo a sus familiares u olvidando cómo cepillarse los dientes o el cabello. También pueden volverse agresivos o ansiosos y perderse de camino a casa. Finalmente, existe un deterioro grave que afecta a la pérdida de la función cerebral y que acarrea problemas de malnutrición, deshidratación o la infección que provocan la muerte.

8 de cada 10 personas con alzhéimer son cuidadas por sus familiares y esto supone un estrés y una sobrecarga que deteriora la salud y la calidad de vida de sus cuidadores.

El alzhéimer comienza a aparecer después de los 65 años y sólo en una mínima proporción de casos (2%) es puramente hereditaria. Existen factores genéticos de riesgo que favorecen la aparición del alzhéimer:

Edad (es el más evidente), el sexo (más frecuente en mujeres que en hombres 1.6:1), las personas con síndrome de Down , personas con algún traumatismo craneal importante con pérdida de conciencia durante algún tiempo y la relación que tiene el alzhéimer con los factores de riesgo cardiovasculares (hipertensión arterial, diabetes, aumento de colesterol, obesidad, tabaco etc.) son factores de riesgo para que enfermen las arterias cerebrales.

No hay ningún tipo de medicación que cure la enfermedad o la detenga sin embargo, algunos fármacos pueden ayudar a impedir por un tiempo limitado que los síntomas empeoren.

2 Objetivos

- Dar a conocer la enfermedad y sus consecuencias, teniendo en cuenta la dificultad emocional y física tanto de los pacientes como de los familiares.
- Desarrollar unos puntos que permitieran mejorar y facilitar la asistencia a los enfermos de alzhéimer y su calidad de vida dentro de sus posibilidades, así como prestar atención psicológica a los familiares afectados también en materia legal, social y económica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se

ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En pacientes con la enfermedad de alzhéimer y en sus diferentes etapas tanto en la etapa ligera como moderada como severa, la comunicación verbal como no verbal es muy importante. Porque la evolución es muy variable de un enfermo a otro pero siempre se hace hacia un declive. Por eso, es muy importante la comunicación con el paciente debido a que son muy vulnerables.

Los primeros signos de alarma comienzan con la pérdida de memoria que les afecta a la capacidad de trabajo (citas, nombres, números de teléfono...) y las dificultades para realizar tareas familiares (por ejemplo preparar la comida), problemas en el lenguaje (olvido y sustitución de palabras), desorientación en el tiempo y en el espacio (olvida la fecha, se pierde), problemas de pensamiento abstracto (significado del dinero, comprensión de refranes), pérdidas de cosas o ubicación en lugares diferentes, cambios en la personalidad, en el humor, en la conducta y también pérdida de iniciativa. Esto conlleva cambios psicológicos que afectan emocionalmente a los pacientes como la depresión, la ansiedad, agitación, delirios, alucinaciones, cambios en el apetito y deambulaciones.

Para ello, sería aconsejable realizar un plan de cuidados dependiendo de la fase evolutiva de la enfermedad que permita mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de la persona y de la familia - cuidadores. También optimizar la capacidad cognitiva, de integración e interacción social y capacidad funcional, controlar y reducir la sintomatología afectiva y conductual disruptiva y establecer un plan inicial para investigar y tratar cada uno de los problemas mediante su detección y control efectivo. Con ello, el objetivo de este plan de cuidados es prevenir situaciones futuras de discapacidad, planificar y asegurar un seguimiento continuado de todo el ciclo vital del paciente, establecer prioridades, evitar el trato negligente así como el maltrato en sus diferentes dominios y asegurar el cumplimiento de las decisiones previas.

5 Discusión-Conclusión

Las alteraciones cognitivas y funcionales conllevan problemas de depresión, ansiedad, agitación, alteraciones de sueño, deambulación, cambios en el apetito... por lo tanto, las estrategias de comunicación con personas con demencia son importantes para que no se sientan en este estado anímico. Se debe utilizar un lenguaje claro, sencillo con frases cortas evitando expresar más de una indicación en cada frase, y procurando no hablar de cosas negativas sino positivas, es mejor decir "quédate aquí dentro " que "no salgas fuera", realizar preguntas cerradas y dar tiempo para que la persona responda, hablar en lenguaje literal, de forma concisa y no andarse por las ramas, centrar su atención y mirarle a los ojos. En las fases más avanzadas el contacto físico es primordial.

Conclusión: son pacientes muy vulnerables con el entorno y que necesitan de una atención especializada que mejore su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alzheimers-disease/symptoms-causes/syc-20350447 (internet).
2. <https://www.alz.org>
3. <http://www.alzfae.org/>(internet).
https://med.unne.edu.ar/revistas/revista175/3_175.pdf (internet).
4. <http://alzfae.org/fundacion/146/fases-alzheimer> (internet). 100 consejos para el cuidador de un enfermo de alzheimer. (Asociación de familias de enfermos de alzheimer 2013).

Capítulo 178

TRASTORNO BIPOLAR

SANDRA PÉREZ CORTEGUERA

VANESSA AUGUSTA OLIVEIRA SARDINHA

1 Introducción

El trastorno bipolar es un trastorno mental grave que afecta a más del 1 % de la población mundial. Supone una alteración de los mecanismos bioquímicos y eléctricos que regulan la actividad cerebral. Esta alteración produce altos y bajos desproporcionados o que no mantienen ninguna relación con los acontecimientos en la vida.

Estas alteraciones afectan a los pensamientos, a los sentimientos, a la salud física, al comportamiento y al funcionamiento cotidiano. En este sentido, el trastorno bipolar es una enfermedad orgánica crónica.

El trastorno bipolar se puede manifestar en cuatro episodios diferentes:

1. La manía (episodio maníaco). La manía comienza a veces con una sensación agradable de energía renovada, creatividad y desinhibición social hasta llegar a la carencia de control. En este caso a la persona le cuesta comprender, niega que la causa le vaya mal y culpa coléricamente a cualquier persona que señale el problema.

Durante el episodio maníaco se sienten personas extraordinariamente altas, eufóricas o irritables (sobre todo contra aquellas que las conocen bien y llegan a tener problemas en el funcionamiento habitual, relacionados con:

- Necesidad de dormir poco, pero presentando altos niveles de energía.
- Hablar muy rápido.
- Tener pensamientos acelerados y fuera de control.

- Elevada distracción y atención dispersa.
- Sensación de poder, grandeza o importancia.
- Conductas temerarias sin preocuparse de las posibles consecuencias: gastar mucho dinero, actividad sexual impropia o hacer inversiones arriesgadas en el negocio.

Si cuatro o más síntomas aparecen más de una semana, estamos hablando de un episodio maníaco evidente.

En casos severos, pueden aparecer síntomas psicóticos (alucinaciones visuales o auditivas)

2. La hipomanía: (episodio hipomaniaco) es una forma más moderada de manía, con síntomas similares pero menos graves y en el que la repercusión también es menor.

3. La depresión: (episodio depresivo mayor) predomina un profundo sentimiento de tristeza, melancolía o falta de interés por las cosas por las que disfrutaban normalmente.

Al menos cuatro de los síntomas siguientes se manifiestan como mínimo durante dos semanas y dificultan el funcionamiento habitual.

- Problemas para dormir o dormir mucho.
- Pérdida de apetito o comer demasiado.
- Problemas de concentración.
- Sentir que todo va lento o sentir mucha agitación y tener la sensación de no poder retomar la tranquilidad.
- Sentimiento de inutilidad, culpa y/o baja autoestima.
- Pérdida de energía y/o sensación de cansancio.
- Pensamientos suicidas.

4. Episodio mixto: alternan a la vez síntomas, tanto de manía, como de depresión, o que a menudo se alternan en un mismo día . Se puede sentir agitación o excitación como en la manía, pero en lugar de sentirse como si pudieran conquistar el mundo, caen en la irritabilidad y en la depresión.

El tratamiento para este trastorno es una afección de por vida, se puede manejar con la combinación de medicamentos, terapia y un estilo de vida saludable. La autogestión significa que evite los desencadenantes y controlar los comportamientos que puede.

2 Objetivos

Dar a conocer los diferentes episodios que tiene este trastorno y las consecuencias de no llevar un tratamiento adecuado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Es muy importante el diagnóstico precoz de esta enfermedad para dar un tratamiento adecuado a sus pacientes.

Estudios recientes muestran la eficacia de la combinación de las intervenciones psicosociales y la farmacoterapia en la prevención del riesgo de recurrencia. Es por esto que la educación debe ser un componente esencial en un programa de tratamiento..

El tratamiento se basará en el uso de fármacos, psicoeducación y psicoterapia en la que se ayuda al paciente a conocer aspectos de la forma de trastorno bipolar que presenta y cómo le afecta a cada persona en concreto.

Unas medidas de estilo de vida saludable, es decir llevar a cabo unos hábitos en la vida diaria que permitan prevenir las recaídas como:

- Autoobservarse, una correcta autoobservación es la mejor manera de prevenir recaídas. Fijarse, sobre todo, en el estado de ánimo y, si este no es normal, analizar el porqué.
- Prestar especial atención al sueño; muy a menudo, la sensación de “no necesito dormir” es el primer eslabón de una descompensación. Observar también si últimamente se discute más que de costumbre, si molestan cosas a las que antes no se daba importancia, si se habla más o se está más bromista.
- Cuidar las horas de sueño (dormir cada día 8 o 9 horas).
- Evitar el consumo de drogas.
- Huir del estrés e intentar reservar tiempo diario para uno mismo y realizar actividades agradables, siempre de forma relajada. Practicar alguna actividad que ayude a rebajar la tensión (ejercicio físico moderado, lectura, pintura).

- Tratar de relativizar los problemas, escuchar a personas de confianza, buscar entre los familiares o amigos, a alguien que pueda actuar como punto de referencia. Normalmente, aquellas personas que conviven con personas con trastorno bipolar pueden detectar el inicio de una descompensación más claramente.
- Tomar correctamente la medicación.
- No enfrentarse a la enfermedad y aprender a convivir con ella porque la negación no hace más que agravarla.

5 Discusión-Conclusión

Aunque en la actualidad el trastorno bipolar no tiene cura, existen tratamientos específicos cuyo objetivo es controlar la enfermedad en su aspecto de recurrencia, intentando mejorar y prevenir los episodios maníacos y depresivos y mejorar también la cronicidad, intentando que la evolución a largo plazo sea lo mejor posible.

Un psiquiatra u otro profesional de la salud mental diagnostican el trastorno bipolar con base en los síntomas, el transcurso de la vida y las experiencias de la persona afectada. Algunas personas tienen trastorno bipolar durante años antes de que las diagnostiquen. Esto puede ser debido a lo siguiente:

- El trastorno bipolar tiene síntomas en común con varios otros trastornos de salud mental. Un médico puede pensar que la persona tiene un trastorno diferente, como esquizofrenia o depresión (unipolar).
- La familia y los amigos pueden notar los síntomas, pero no darse cuenta de que son parte de un problema mayor.
- A menudo, las personas con trastorno bipolar tienen otros problemas de salud, lo que puede dificultar que los médicos lo diagnostiquen.

6 Bibliografía

1. Libro Manual de trastorno bipolar de Wes Burguess , Robin book, 2006.
2. Manual práctico del trastorno Bipolar. Mónica Ramirez Basco.
3. <https://www.cun.es>
4. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-bipolar/>.
5. <https://www.mayoclinic.org>

Capítulo 179

LA EMPATÍA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE HOSPITALIZADO

SONIA LÓPEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, ponerse en sus zapatos, lo cual no implica tener las mismas opiniones ni estar de acuerdo con la otra persona.

La empatía de una persona se consigue escuchando a la otra, y que te escuchen. Es la comprensión y la manera de compartir tus sentimientos o situaciones con las personas.

En el hospital cuando un paciente lleva ingresado un largo período de tiempo necesita ser escuchado, para darle ánimos y que se sienta más cómodo, hacer la estancia más corta.

En el ámbito sanitario, empatizar, significa, percibir con profundidad el significado único y especial que cada paciente tiene de su enfermedad, la manera en que la entiende, cómo la siente o hasta el proceso que tiene de aceptación de la misma.

Es la capacidad de entender las emociones de los pacientes o de sus familiares, así como sus perspectivas y experiencias.

El comportamiento empático favorece una buena alianza terapéutica posibilitando que los pacientes den más información sobre sus síntomas, se muestren

más comprometidos con el tratamiento, es decir que se impliquen más, y con mayores niveles de satisfacción, disminuye la ansiedad e incrementa la calidad de vida del paciente, conocer y comprender al otro y también compartir su estado emocional.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Capacidad para responder a los demás, expresando que le hemos comprendido.

Objetivos secundarios:

- Conciencia de los sentimientos, necesidades y problemas de los demás.
- Destreza para comprender, expresar y regular los fenómenos emocionales.
- Esfuerzo por comprender los sentimientos y actitudes de las personas.
- Esfuerzo por entender las circunstancias que afectan a los otros.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica , sobre la empatía, en bases de datos como Medline , Scielo, Pubmed y Google Académico.

Se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas, y artículos encontrados de empatía con el paciente hospitalizado, bibliografías variadas del ámbito sanitario.

4 Resultados

Si el TCAE tiene empatía, le resulta mucho más fácil comprender al paciente.

Cuando uno mismo es empático, es capaz de analizar el estado de ánimo de la persona ingresada, y saber en qué situación emocional se encuentra, por el tono de voz, sentimientos y los gestos que nos hacen en el momento de la escucha.

Los TCAE son los sanitarios que más se esfuerzan en mantener una buena comunicación con el enfermo, mostrando interés hacia la otra persona, preocupándose por su estado de salud, intentando favorecer el intercambio de información, y así obtener mejor los signos y síntomas que se perciben, para poder conseguir una mejora en su tratamiento por parte del paciente y lograr una satisfacción a la calidad del trato recibido por su parte, la de los familiares, y todos los sanitarios.

Preguntar al paciente: como se encuentra, que le preocupa, si necesita preguntar algo.

La empatía y la comunicación asertiva es una muy buena herramienta para la comunicación y la forma de tranquilizar al paciente.

El TCAE es clave en su curación, mediante la escucha activa, la empatía y sus cuidados de calidad, le dan al paciente confianza y seguridad ayudando de esta manera a que tenga una pronta recuperación.

Gracias a la paciencia, dedicación del TCAE esta situación se lleva de forma más normalizada, y controlada.

El TCAE es un profesional que debe un comportamiento de comunicación activa, empatía y que aporte confianza al paciente, esto facilitará mucho el trabajo durante los procesos más complicados y que hará que los pacientes se sientan más cómodos y protegidos.

La empatía es una característica fundamental, en la relación que va a tener lugar entre el TCAE y el paciente, desde el momento que este tiene contacto con la institución sanitaria, como es el hospital.

Tanto el TCAE como cualquier miembro del equipo sanitario no debe emitir juicios de valor sobre la otra persona y debemos de esforzarnos en mantener la escucha activa durante el proceso de comunicación, del mismo modo que la otra persona nos entienda lo que queremos transmitirle.

5 Discusión-Conclusión

La empatía en la sanidad es de vital importancia en todos los niveles y aspectos que realizamos los sanitarios en nuestro día a día y de forma directa con el paciente; de esta manera conseguimos tener y adoptar un buen equipo de trabajo.

La empatía incide de forma proporcional en la calidad de asistencial , dentro del ámbito sanitario, por lo que es fundamental que se tenga esta cualidad y no solamente el trabajo propio de los roles profesionales.

Podemos concluir que la empatía es un elemento de vital importancia en la asistencia sanitaria, a todos los niveles y en especial con respecto a los TCAE que están realizando su trabajo de forma directa con el paciente, durante la totalidad de su turno laboral.

6 Bibliografía

1. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud 2ª edición España: Elsevier España 2010.
2. www.wikipedia.org
3. Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al paciente, Editéx, xuletas.es, Scielo.es

Capítulo 180

IMPORTANCIA DE LA HIGIENE EN EL PROFESIONAL SANITARIO

SUSANA MENENDEZ BLANCO

MARIA ISABEL MACEDA SELYMES

MARÍA TERESA NICIEZA VEGA

1 Introducción

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria afectan cada año a millones de pacientes en todo el mundo ocasionando una alta morbilidad (proporción de personas que enferman en un sitio y en un tiempo determinado) y mortalidad para los pacientes así como una enorme carga económica para el sistema sanitario. Se estima que en los países desarrollados, entre el 5% y el 10% de los pacientes hospitalizados contraen una infección relacionada con su asistencia sanitaria.

La importancia de las manos en la transmisión de estas infecciones está muy demostrada. Los microorganismos son adquiridos por los profesionales sanitarios durante el contacto directo con pacientes o de manera indirecta con los objetos que lo rodean, y también transmitidos de paciente a paciente.

Una correcta higiene de manos es el método más simple y efectivo para reducir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y evitar la mortalidad.

A pesar de los numerosos estudios existentes que avalan la eficacia de la higiene de manos, los profesionales sanitarios se lavan las manos con menor frecuencia de la que deberían. Entre los factores que afectan al pobre cumplimiento están: el

desconocimiento del problema, el exceso de trabajo, la disponibilidad de puntos de lavado, irritaciones en la piel consecuencia del uso de agentes, etc.

2 Objetivos

Establecer la importancia de la higiene en el profesional sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Teniendo en cuenta que a través de las manos se transmiten infecciones de un paciente a otro, pudiendo costarles la vida, algo tan sencillo como lavarse las manos se puede convertir en la mejor arma frente a infecciones y contagios.

Para poder reducir las infecciones dentro del ámbito hospitalario es fundamental una correcta higiene de manos.

- Lavado de manos
- Higienización de manos con preparados de base alcohólica.
- Barreras físicas (guantes sanitarios).

La higiene de manos en el ámbito sanitario puede realizarse de dos maneras: lavado de manos (que consiste la frotación vigorosa de manos previamente enjabonadas); seguida de un aclarado con abundante agua y un secado de manos.

Con el lavado de manos, ayudamos a reducir la transmisión de algunas enfermedades como: la covid-19, el resfriado común, la gripe, la hepatitis A, determinadas gastroenteritis, el herpes, la tosferina, las infecciones con microorganismos resistentes y no resistentes a los antibióticos.

El personal de salud debe lavarse las manos antes y después de tocar al paciente, antes de realizar una tarea aséptica y cuando está expuesto a líquidos corporales, para disminuir las infecciones intrahospitalarias. Además, lavarse las manos debe

ser la base de todas las intervenciones ya sea al insertar un dispositivo médico invasivo, manipular una herida quirúrgica o al realizar una inyección.

Técnica de lavado de manos (quitar anillos, reloj y pulseras, uñas cortas y sin pintar). Los pasos a seguir son los siguientes:

- Antes de aplicar el jabón debemos mojar bien las manos, si lo hacemos al revés, la mitad del jabón se va por el desagüe.
- No utilizar agua caliente(favorece la dermatitis), a lo sumo tibia.
- Extendemos el jabón entre las palmas y si el grifo es monomando podemos cerrarlo con el codo para ahorrar agua mientras dura el proceso de lavado.
- Frotar muñecas y palma con palma
- Palma de mano derecha con dorso de mano izquierda y viceversa.
- Palma con palma con los dedos entrelazados
- Dorso de los dedos contra Palma opuesta, con los dedos entrelazados.
- Friccionar por rotación el pulgar izquierdo dentro de la palma derecha y viceversa.
- Con rotaciones, friccionar las yemas de los dedos unidos sobre la palma de la mano contraria y viceversa.
- El lavado debe durar 1 minuto.

La higienización de manos se realiza con preparados de base alcohólica, que consiste en una frotación vigorosa de manos con el producto correspondiente con el fin de destruir microorganismos a través del efecto antiséptico del alcohol (son esos frascos que suele haber a la entrada de las habitaciones, la más conocida es el Sterillium).

Seamos responsables con nuestra salud y la de quienes nos rodean de la higiene de nuestras manos depende, en gran medida que nos mantengamos sanos como individuos y como sociedad.

Enjuague de manos:

Volvemos a abrir el grifo con el codo. Cuando se enjuaguen las manos es muy importante que el agua resbale hacia las muñecas porque es la zona que hace de frontera entre lo limpio y lo "no limpio". Colocar las manos horizontales bajo el grifo, no se debe dejar que cuelguen hacia abajo para que no goteen hacia lo limpio.

Secado de manos:

Cubrir las manos intentando ponerlas también en horizontal, sin sacudir mucho o bien apretar cada mano cerrando el puño para que se escurra todo lo posible el agua sobre lavado o fregadero, siempre para evitar que escurra hacia las manos

Luego secar con las manos en horizontal, para que si resbala algo de agua no lo haga hacia las manos. Si el grifo es de mando, antes de secarse cerrar con el codo. Si es de rosca, se coge un papel y se cierra tirando el papel a la papelera. Secar primero una mano y luego la otra con una toalla de un solo uso o con un papel.

Padecer o no una enfermedad está a un simple lavado de manos de distancia. Este es el método más fácil, rápido y económico para evitar enfermedades causadas sobre todo por bacterias y parásitos. Es necesario hacer de este, más que un hábito, una necesidad constante.

5 Discusión-Conclusión

Tras este estudio, el acto de lavarse las manos frecuentemente es la base de una buena asepsia.

Las manos son el vehículo de transmisión más común de patógenos, relacionados a los cuidados de la salud, por lo que su higiene es una de las acciones más sencillas y con mayor impacto en la prevención del contagio de enfermedades, reduciendo con ello el riesgo de infecciones nosocomial, puesto que gran parte de ellas son prevenibles.

A nivel mundial, son muchos los millones de personas que han contraído una infección en el hospital, por lo que se insiste que el lavado de manos tanto en el personal sanitario como no sanitario con agua y jabón es el método más eficaz y más barato para prevenir muchas enfermedades infecciosas.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 181

ACOGIDA DEL PACIENTE DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

PABLO FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

El ingreso hospitalario de un paciente surge cuando este requiere de atención sanitaria y necesita permanecer en el hospital para recibir el tratamiento adecuado a su patología.

El paciente puede ingresar al centro sanitario por diferentes vías: ingreso programado, ingreso desde el servicio de urgencias, por derivación desde otro centro hospitalario o derivado de la consulta médica o servicio de atención primaria.

El ingreso por urgencias se produce cuando el paciente requiere de una asistencia inmediata, a causa del surgimiento repentino de una enfermedad grave o un accidente.

Un ingreso programado es aquel en el que se pone una fecha y hora de ingreso de forma adelantada, para la preparación para una intervención quirúrgica o para recibir un tratamiento específico, por lo que ya era esperado el ingreso.

El ingreso hospitalario supone para el paciente y sus familiares un gran número de cambios, ya que el paciente está separado de su entorno familiar, se produce un cambio en las rutinas y horarios del individuo, pierde intimidad, se encuentra aislado de su entorno social y de trabajo, ve interrumpidas sus actividades cotidianas.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la acogida del paciente durante el ingreso hospitalario, unificando criterios y protocolos de actuación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Antes de la llegada del paciente el TCAE comprobará que la habitación en la que va a ingresar el paciente está lista: la habitación está limpia y con la cama hecha, las luces funcionan correctamente, el timbre funciona correctamente, la disponibilidad del armario, mesilla y sillón para el paciente...

Cuando el paciente y sus familiares llegan a la unidad de hospitalización el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado de recibirlos, comprobará los datos del paciente y su pulsera identificativa, intentando que el paciente se adapte a su nueva situación lo antes posible.

Lo primero que haremos a la llegada del paciente será presentarnos con nuestro nombre y categoría profesional, acompañando al paciente y sus familiares hasta la habitación en cuestión e indicando cuál es su cama y donde puede dejar sus pertenencias.

Si el paciente no trae pulsera identificativa ésta debe de reclamarse al servicio de admisión.

Si la habitación es compartida, presentaremos a su compañero, creando así un mejor ambiente y entorno.

A continuación le proporcionaremos un pijama o camisón para que se cambie, así como un vaso para tomar líquidos (salvo que los tenga restringidos por prescripción médica), una toalla de aseo, una caja de prótesis dental si precisa y una cuña y/o una botella de orina

A continuación pasaremos a explicarle la normativa básica de la unidad, para ello le entregamos un tríptico donde aparezca toda la información básica de la unidad, además de explicarle de forma oral la normativa: horarios de visita, funcionamiento de la unidad, ubicación de la unidad, ubicación del baño, como llamar al timbre, funcionamiento de las luces, acceso al hospital, aparcamiento, funcionamiento de la TV...

Si el paciente trae consigo objetos de valor (joyas, dinero etc.) pediremos a la familia que los custodie o seguimos el protocolo de custodia de pertenencias del Servicio de Atención al Usuario.

Comprobamos que el número de contacto de sus familiares es correcto, por si hubiese cualquier tipo de incidencia.

Así como también explicaremos al paciente y sus familiares en qué lugar y horario obtener información clínica del médico que tiene asignado.

Debemos de tratar al paciente y sus familiares siempre con empatía, no desvelando nunca información clínica y remitiendo al paciente hacia el profesional que sí puede resolverlas.

Durante el ingreso del paciente también se valorará el grado de dependencia del paciente, para saber si es independiente, necesita algo de ayuda o es totalmente dependiente y necesita cuidados permanentes para las tareas básicas diarias.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en técnico en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con el ingreso del paciente.

El ingreso del paciente es un suceso traumático tanto para el paciente como para sus familiares, donde se genera mucha inquietud y miedo ante la patología o enfermedad que puede presentar el paciente.

Hemos visto las diferentes formas en las que puede ingresar el paciente: desde urgencias, de forma programada, por traslado intrahospitalario...

El TCAE junto al personal de enfermería son los encargados de recibir al paciente durante el ingreso, dando la información acerca de la normativa de la unidad, proporcionando al paciente el material necesario para su estancia hospitalaria (toalla, camisón o pijama, cuña, vaso para beber, botella...).

6 Bibliografía

1. <https://issuu.com>
› tcaealmeria›docs. Ud 1 Servicio de Admisión. Ingreso, traslado y alta del paciente. La Unidad.
2. <https://www.msdmanuals.com>›hogar.
Alta hospitalaria - Temas especiales - Manual MSD versión para público general-
3. <http://www.codem.es>›PublicoPDF.
Acogida al paciente - Codem.
4. <https://fhc-procedimientos-enfermeria-buscador.riojasalud.es>›...PDF.
Procedimiento de acogida al paciente en la unidad de Hospitalización.
5. <https://conocimientosweb.net>›dcmt.
Funciones del TCAE en relación con la unidad del paciente.

Capítulo 182

CONFLICTOS LABORALES

JUANJOSE TUÑON PRIETO

JOSE VICENTE GARCIA ALVAREZ

1 Introducción

Se entiende por conflicto laboral una mala relación entre dos o más trabajadores por algo relacionado con su trabajo o la función que desempeñan dentro de la empresa.

Si conocemos las causas, podremos tomar medidas cuanto antes, pero si no es así, aumentará su gravedad y llegará a una crisis; si no se actúa en ese momento, se puede instalar en nuestra empresa y dar paso a una cronicidad en el tiempo, incluso a que siga sin resolver.

2 Objetivos

Analizar los conflictos laborales.

3 Metodología

Para realizar este trabajo, se ha hecho una investigación basada en una revisión bibliográfica sobre artículos científicos extraídos de varios libros y bases de datos como Pubmed, Scielo o Medline, seleccionando solamente aquellos procedentes de publicaciones académicas reservadas y acreditadas.

4 Resultados

Casi siempre, los conflictos surgen en forma de discusiones, falta de confianza entre compañeros, pero también se pueden formar bandos enfrentados dentro de la plantilla.

Al convivir ambiciones, preocupaciones y expectativas muy distintas en el entorno laboral, pueden ser focos de tensión, y muchas veces terminan en conflictos laborales.

Muchas veces las empresas no toman las medidas preventivas adecuadas, y al percatarse de un conflicto laboral observan también que el ambiente de trabajo se ha deteriorado, e incluso se han visto afectados los resultados de la actividad. Para afrontar la solución de un conflicto laboral, hay que tener en consideración la parte emocional de la persona trabajadora. No es necesario que tenga de manera objetiva cierta gravedad o complejidad, bastará que la interiorización por la persona afectada lo viva o sienta de una manera grave.

Como principal medida de prevención frente a un problema laboral entre compañeros, lo importante es conocer las causas y evaluar el efecto que puede ocasionar.

Causas:

- Estilos diferentes: las personalidades de los trabajadores pueden generar un clima laboral muy distendido o un auténtico foco de conflictos.
- Suplantación de roles: hay profesionales que no llevan bien que un compañero asuma funciones que, a su juicio, les corresponden a ellos. Estas situaciones se originan por una planificación deficiente por parte de la empresa.
- Opiniones diferentes: no todos los trabajadores comparten los mismos valores ni tienen los mismos objetivos o aspiraciones en la vida. Hay situaciones que pueden ser muy deseables para un empleado, pero no para otro. Las opiniones divergentes pueden ser enriquecedoras para la empresa si se canalizan en la forma correcta. De lo contrario, los conflictos laborales están servidos.
- Presión excesiva: hay empresas que someten a su plantilla a unos niveles de exigencia muy altos, pensando que así se reforzará su productividad, pero pueden estar creando importantes problemas en la empresa.
- Percepción desigual de la realidad: cuando dos empleados tienen puntos de vista diferentes a la hora de analizar una situación determinada (y muchas veces ambos trabajadores tienen parte de razón en sus posturas).

Lo más importante para la resolución de un conflicto:

- Comprobar que los trabajadores quieren resolver su conflicto, ya que ningún problema se solucionará si alguno de los empleados implicados no está conven-

cido de la necesidad de superar esa situación.

- Evitar ataques personales, ya que, en los conflictos más tensos, los trabajadores pueden llegar a proferirse acusaciones muy graves e incluso a formularse descalificaciones personales

- Las partes deben colaborar: hay que hacerles comprender que lo importante es llegar a lo mejor para ellos y no a tener o no la razón.

Si se utiliza la figura del mediador:

- Mantener la imparcialidad es fundamental, comprometiéndose a servir de la misma forma a ambas en el proceso de mediación.

- Promover el diálogo sin tomar partido a favor de ninguna de las partes, reconduciendo las situaciones conflictivas hacia la cooperación, desde el respeto y la comprensión hacia las mutuas y particulares circunstancias.

- Tener un plan y un esquema previos a la mediación, lo que significa conocer el origen y buscar soluciones que favorezcan a ambas partes.

- Actuar directamente con las partes involucradas. Siempre de forma privada, primero con una parte y después con la otra, para después ya reunirse con ambas.

5 Discusión-Conclusión

Sea cual sea el problema, siempre hay que afrontarlo para gestionar la solución del modo más adecuado, recuperar el buen ambiente en el trabajo, e intentar impedir que un conflicto incida negativamente en el desarrollo personal y profesional de los trabajadores.

No se puede pensar que cualquier conflicto podrá resolverse de manera satisfactoria para todos en poco tiempo. Es más sensato fijar unos objetivos paulatinos, como por ejemplo favorecer un entendimiento entre las partes, permitir volver al trabajo en un equipo o superar un problema especialmente angustioso para los trabajadores

El jefe no puede posicionarse a favor de un trabajador. Por eso, los responsables de la resolución del conflicto tienen que mantener la calma y mostrarse imparciales para que las partes confíen en ellos.

6 Bibliografía

- <https://factorialhr.es/blog/manejo-resolucion-conflictos-laborales/>.
- <https://www.up-spain.com/blog/resolver-conflictos-companeros-trabajo/>.
- <https://www.bizneo.com/blog/conflictos-laborales/>.

- https://madrid.ugt.org/sites/madrid.ugt.org/files/cuaderno_resolucion_conflictos_corregido.pdf.
- <https://ceice.gva.es/orientados/profesorado/descargas/la%20mediacion%20en%20la%20resolucion%20de%20conflictos.pdf>.

Capítulo 183

LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL DESARROLLO DEL BEBÉ

ELVIA MARIA GARCIA GARCIA

1 Introducción

La leche materna constituye el alimento natural ideal para los recién nacidos y lactantes. Sus características nutricionales permiten el crecimiento del niño y la prevención de la morbi-mortalidad infantil, especialmente por enfermedades diarreicas.

La lactancia materna (LM) es el alimento diseñado por la naturaleza para el recién nacido y el lactante. La lactancia es un factor protector contra distintas enfermedades infectocontagiosas, del espectro atópico y cardiovasculares, así como contra la leucemia, enfermedad celíaca y enfermedades inflamatorias intestinales. Tiene un impacto positivo en el neurodesarrollo, mejorando el coeficiente intelectual y pudiendo tener una disminución del riesgo de otras condiciones como el déficit de atención, trastorno generalizado del desarrollo y alteraciones de conducta.

La lactancia implica un ahorro directo en el uso de fórmulas lácteas, e indirecto en costos de salud asociados, muertes prematuras y años de vida y crea UN vínculo afectivo y emocional entre la madre y el hijo.

A la gestante se le debe explicar las ventajas de la lactancia para ella y su hijo, prepararla mental y físicamente y al entorno familiar para una lactancia materna exclusiva.

Para tener éxito con la lactancia hay que conseguir ayuda de la familia, enfermeras, especialistas en lactancia, o grupos de apoyo, ya que amamantar lleva mucho tiempo y práctica.

2 Objetivos

Establecer la importancia de la lactancia materna en el desarrollo del bebé.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido tras una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo y Google Académico.

Palabras clave: lactancia materna, bebe saludable, recién nacido, lactancia materna exclusiva.

4 Resultados

La leche materna contiene todos los nutrientes que el bebe necesita durante los 6 primeros meses de vida variando la composición de la leche para adaptarse a las necesidades del bebé:

- Calostro: es la leche que se produce desde el embarazo hasta los primeros días del nacimiento, especialmente rica en factores inmunológicos.
- Leche de transición: la que se produce después del calostro, hasta los 10 o 14 días después del parto.
- Leche madura: hasta el final de la lactancia.

Beneficios de la lactancia materna:

- Reduce el riesgo de asma y alergias. Nutrición óptima.
- Los niños amamantados tienen un menor riesgo de maloclusión dental.
- Mayor coeficiente intelectual (la lactancia materna podría estar relacionada con un mayor nivel de coeficiente intelectual y mejor desarrollo de algunas de las destrezas del bebé).
- Más fácil de digerir que la lactancia artificial (por lo que previene la diarrea, estreñimiento y los gases).
- Desarrollo y crecimiento óptimos (tienen menos infecciones, enfermedades respiratorias y molestias digestivas e intestinales).
- Beneficios ecológicos.

- Menor tasa de obesidad infantil.
- Favorece la economía (ahorro económico en la familia).
- La lactancia materna acelera la recuperación de la mama.
- Tiene menor riesgo de hipertensión y depresión posparto.
- Disminuye el riesgo de cáncer de ovario y mama.
- Beneficios a largo plazo.
- Introducción progresiva de nuevos alimentos.
- Hacer extracción de leche materna es necesaria cuando madre e hijo no pueden estar juntos, por ausencia de la madre o enfermedad del lactante y cuando se desea establecer, aumentar o mantener la producción.
- La extracción de leche también puede ser útil los primeros días tras el parto, cuando el bebé no se coge suficientes veces, para estimular la subida de la leche o si hay disminución de la producción de leche.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia materna trae innumerables beneficios tanto para la madre como para su bebé. Instaurar la lactancia materna hace que el vínculo materno filial sea muy fuerte, trayendo numerosas ventajas, tanto a nivel fisiológico como emocional para el bebé y su madre.

Es importante ofrecer una correcta educación materna para beneficiar la instauración de la lactancia materna.

Capítulo 184

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS EN EL ERITEMA DEL PAÑAL

ANDREA LOPEZ RICO

1 Introducción

Se entiende por dermatitis del pañal, en sentido amplio ,cualquier enfermedad cutánea que se manifieste única o primordialmente en la zona cubierta del pañal. Sin embargo, es más correcto definirlo como la dermatitis irritativa del área del pañal ,como proceso cutáneo irritativo e inflamatorio debido a las especiales condiciones de humedad,maceración, fricción y contacto de la orina.

La dermatitis del pañal es una enfermedad muy frecuente en los bebés. Es un problema cutáneo que se desarrolla por debajo del pañal. Aproximadamente la mitad la padecen alguna vez en su vida. Durante los 4 y 15 meses es cuando es más frecuente. Como primera causa de la dermatitis del pañal encontramos el exceso de humedad y fricción de que lleva a la maceración de la piel en la zona. En esto intervienen el contacto prolongado con la orina y las heces, la temperatura elevada sé esa superficie, las enzimas fecales, detergentes potentes, antisépticos, bacterias y hongos. Como resultado aumenta el pH de la piel, con ello se activan unas enzimas, la lipasa y proteasa fecales, irritando la piel. Otro de los factores que pueden influenciar la aparición de estas lesiones es la alimentación. Se ha demostrado que los bebés alimentados con lactancia materna presentaban un pH

fecal menor y, por lo tanto, la acción irritativa también es menor, disminuyendo la incidencia de la dermatitis del pañal.

2 Objetivos

Identificar los cuidados de enfermería que se pueden proporcionar en la dermatitis del pañal. Así como los tipos de dermatitis del pañal que hay y tratamientos para ellos.

3 Metodología

Para la elaboración de este presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en revisiones bibliográficas sistemáticas. Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros, páginas y consultado varios artículos en las principales bases de datos, de pubmed, Elvive ,revistas médicas.

4 Resultados

La dermatitis constituye uno de los trastornos dermatológicos más frecuentes en la infancia, debido a la delgadez de su piel si la comparamos con la de los adultos, produciéndose así menos secreciones y siendo más propensa a la irritación y a la infección. Si observamos la incidencia entre los sexos, afecta a ambos sexos por igual y la edad con más prevalencia se sitúa entre los nueve y doce meses de edad. Existen diferentes tipos de presentación y grados, siendo leve, moderada o grave.

Podemos distinguir la:

- Dermatitis irritativa de las zonas convexas que son aquellas que tienen lugar en zonas en contacto con el pañal, como las nalgas y los genitales externos. Este tipo se divide a su vez en eritema de w, el cual se caracteriza por dejar libre el fondo de los pliegues y eritema confluyente, el cual es más extenso y exudativo.
- Dermatitis erosiva: son las que presentan ulceraciones en el pie.
- Dermatitis irritativa lateral: son las que afectan a la zona lateral de las nalgas, pero sobre todo en las partes que corresponden a la región del pañal que carece de material absorbente y en la que se produce un contacto directo y prolongado de la piel con la superficie de plástico.
- Dermatitis irritativa: por químicos: son debido a la aplicación de sustancias como pueden ser perfumes, detergentes.

- Dermatitis irritante: producen por el contacto prolongado con heces uso excesivo de productos de limpieza como jabón y toallitas.

Con todo esto puede haber complicaciones habituales de la dermatitis del pañal que pueden ser:

- Infecciones, sobre todo producidas por la *Candida albicans*, hipopigmentación, cicatrices atróficas y granuloma glúteo infantil está asociada a la utilización de corticoides.

5 Discusión-Conclusión

Vemos que uno de las prevenciones que debemos usar es el cambio frecuente de pañal sin duda es la más importante, usando también pañales absorbentes, transpirables y no ajustados, evitamos la aparición. Otro punto importante es secar bien la piel, pero sin frotar, ya que eso puede aumentar la irritación de la zona y por último sin que sea menos importante es aplicar una barrera protectora, siempre después de tener la zona limpia y seca. Es importante seguir estas medidas para que no tener una dermatitis del pañal, si seguimos estos puntos podremos evitar el proceso de la aparición, puesto que una dermatitis si no se coge a tiempo puede desencadenar en algo peor y aparte es muy dolorosa.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
2. <https://www.elsevier.com/>

Capítulo 185

CUIDADOS DEL TCAE EN UN ANCIANO CON ESTOMA

M^a DEL MAR VALLINA ALONSO

1 Introducción

La ostomía es la intervención quirúrgica mediante la que se comunica un órgano hueco con el exterior a través de un orificio no natural. La mayoría de las ostomías, se realizan para llevar el tracto gastrointestinal hasta la superficie cutánea y poder dar salida a las heces a través de una abertura artificial que hace las funciones de ano.

Existe una diferencia entre un ano convencional y la ostomía, y es que en el primero hay un esfínter que con su contracción y relajación voluntaria permite o no el paso de las heces al exterior. Esto pone en evidencia una gran limitación de los estomas, que al no existir esfínter, las salidas de las heces se hace de forma involuntaria.

Existen diferentes estomas que podemos clasificar en dos grandes grupos:

Estomas de nutrición. Suponen una vía alternativa de nutrición. La alimentación se realiza mediante una sonda, que se llamara de distinta manera según el lugar de inserción

- Faringostomías: estoma situado en el cuello.
- Esofagostomías: estoma situado a nivel del esófago.
- Gastrostomías: estoma situado en el estómago.
- Yeyunostomías: estoma directamente en el yeyuno

Estomas de eliminación: Es la exteriorización del intestino a través del abdomen, con el objetivo de crear una salida artificial de las heces.

- Ileostomía. Se realiza en distintas partes del íleon. Las heces son semilíquidas y con un Ph muy corrosivo para la piel.
- Colostomía ascendente. Se realiza en el colon ascendente. Las heces son semilíquidas e irritantes para la piel.
- Colostomía transversa: Se realiza en el colon transverso. Las heces son semilíquidas y poco irritantes
- Colostomía descendente. Se realiza en el colon descendente. Las heces son sólidas y no irritantes.
- Colostomía sigmoidea: se realiza en el colon sigmoideo, aquí las heces ya son firmes y no irritantes.

En estudios realizados en distintos centros hospitalarios, se observó que el 64% de las personas con ostomía eran hombres y el 36% mujeres. El tipo de estoma más común fue la colostomía con un 57,5%, una ileostomía 28,6% y una urostomía 12,9%.

2 Objetivos

Describir las funciones del TCAE en el cuidado del paciente anciano con estoma.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Existen dos tipos de sistemas colectores (sistemas de recogida de heces):

- De una pieza. Son de un solo uso, se pega directamente a la piel periestomal.
- De dos piezas. Es el tipo más utilizado. La parte adhesiva y la bolsa colectora son piezas independientes. Permite el cambio frecuente de la bolsa sin lesionar la piel, ya que no se necesita despegar la parte adhesiva cada vez que hay que cambiar la bolsa. En este tipo de colector la bolsa puede ser a su vez cerrada (sin orificio de salida) o abierta (con una pestaña para poder abrir y cerrar la bolsa en cualquier momento).

Se utilizará una u otra, dependiendo de las características del estoma. En el caso de heces líquidas y semilíquidas se utilizará preferiblemente una bolsa abierta para poder vaciar las heces lo antes posible y así evitar fuga de olores y que no se produzca una agresión química de las heces líquidas sobre la piel.

El cambio de la bolsa de colostomía se realizará siguiendo los siguientes pasos y material:

1. Se explicará al anciano la técnica que se le va a practicar y se pedirá su colaboración. Nos lavaremos las manos, colocaremos un empapador en la zona y pondremos unos guantes no estériles.
2. Retirar la bolsa de arriba abajo y medir su contenido.
3. Limpiar la piel alrededor del estoma suavemente con gasas y guantes, estériles y suero fisiológico.
4. Echar antiséptico y medir el tamaño del estoma para colocarle una bolsa del tamaño adecuado.
5. Por último, colocar la nueva bolsa de abajo a arriba y ponerle el cierre. Recoger el material y acomodar al anciano.

Un aspecto al que tanto la familia como el TCAE debe prestar mucha atención es el psicológico.

Este tipo de intervenciones van a ocasionar en el anciano depresión, decaimiento, trastornos en el sueño, cambios de humor, miedo, etc. Los factores que influyen en estos nuevos síntomas son principalmente:

- Pérdida de imagen corporal. El deterioro de la apariencia física sobre todo en la mujer.
- La necesidad de adaptarse a una nueva forma de vida. Cambios en su higiene, eliminación de olores, etc. La ostomía requiere una adaptación de la vida cotidiana y las relaciones personales en especial en el anciano.
- Miedo a las complicaciones. Que pueden surgir en cualquier momento, hace que el anciano se encuentre en una continua alerta que puede generar ansiedad y angustia.

Para tratar de minimizar estos síntomas debemos informar al anciano y adiestrarlo para que se sienta más seguro en las tareas de cuidado y realizar un apoyo efectivo/emocional por parte de la familia para que el anciano no se aislé.

Por último, hemos de hacer una pequeña mención a la alimentación del anciano con ostomía. En realidad, estas personas no tienen porque variar su alimentación, ni requieren cosas especiales.

Como el resto de personas deberán seguir una alimentación equilibrada y variada.

Debe comer de todos los alimentos, se masticarán los alimentos y se ingerirán despacio, beber agua y líquidos en abundancia y de forma regular. Es normal que experimente ciclos de gases abundantes, diarrea o estreñimiento. Estas situaciones, serán más molestas para el anciano ostomizado, por ello es importante que se traten de corregir lo antes posible con la alimentación.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante para el paciente con una ostomía el poder continuar con su vida diaria. Por ello, tras la intervención quirúrgica necesita ayuda del personal sanitario y de la familia. El anciano no debe sentirse inválido y la carga psicológica del proceso de adaptación a la nueva situación puede aminorarse, asistiendo a terapias de grupo que ofrecen distintas organizaciones.

El TCAE realizará tareas de enseñanza, apoyo psicológico y ayuda. Es el sanitario que más tiempo pasa con el anciano, esto le permite observar y poner en conocimiento del médico cualquier cambio en el estoma o en la conducta del anciano.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

1. Ana Miguel Brea/ Gema Molina Pérez/ Macarena Álvaro Noguera/ Juan A. Gómez Patiño. Cuidados de los estomas. En: Juan Vicente Beneit Montesinos/Andrés Pérez Melero. Guía de cuidados de personas mayores. Madrid: Editorial Síntesis; 1999. p.139-150.
2. Regina Cardelús/Agustín García/ Manuela Heredia/Concepción Romo/Carlos Galindo.Aparato digestivo. En:Macmillan Ibérica SA. Técnicas Básicas de Enfermería.Equipo Macmillan Profesional. Madrid: Macmillan education; 2015. 280-313.
3. Lado Teso A, Fabeiro Mouriño MJ, Bueno Cruz B, Vázquez García MC, Jiménez López I, Mera .Soto A. Usos y actitudes de los pacientes ostomizados en España

(Estudio U&A en Ostomía). Metas Enferm may 2019; 22(4):19-27. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81409/usos-y-actitudes-de-los-pacientes-ostomizados-en-espana-estudio-ua-en-ostomia/>.

4. Coloplast SL. Manual práctico para personas ostomizadas y sus familiares (internet). Madrid: Coloplast SL. Disponible en: https://www.coloplast.de/Global/Germany/Ueber%20uns/Documents_PDF/OC/Coloplast_Stomaratgeber_Spanisch_Una%20ayuda%20para%20las%20personas%20ostomizadas%20y%20sus%20familiares.pdf.

Capítulo 186

CUIDADOS DEL TCAE AL PIE DEL ANCIANO

M^a DEL MAR VALLINA ALONSO

1 Introducción

El pie es una parte muy importante de nuestro cuerpo, ya que nos permite andar y mantener una vida independiente y activa. Su forma articular y arqueada facilita la amortiguación de las vibraciones y golpes que se producen al caminar y activar la circulación sanguínea al caminar.

Con el paso del tiempo, el pie se vuelve más delicado y es por ello que los ancianos deben prestar especial atención a su cuidado.

Existen estudios internacionales sobre la incidencia de patologías del pie en el anciano. De ellos se desprende que alrededor del 85% de la población mayor de 65 años se quejan de uno o más problemas con sus pies y que entre el 45% y el 60 % de las personas geriátricas se queja de dolor en sus pies que se manifiesta al caminar en un 60 % de los casos.

El sexo y la edad son factores que influyen directamente en la incidencia de patologías en el pie. Así las mujeres padecen más estos problemas debidos principalmente al uso inadecuado de calzado (zapato de tacón estrecho) y las personas de más edad a enfermedades sistémicas.

Entre las dolencias más importantes en esta etapa de la vida, destacaremos:

Problemas circulatorios.

Es muy común que las personas mayores, sufran una reducción del flujo sanguíneo, en especial las personas diabéticas. Esto hace que se produzca:

- Problemas de cicatrización de las heridas

- Pérdida parcial de la sensibilidad debido al mal funcionamiento de las terminaciones nerviosas de la piel.
- Pies siempre fríos. Es recomendable que el anciano ponga calcetines de lana y no caliente los pies con mantas eléctricas, radiadores, etc. Ya que al tener alterada la sensibilidad en esta zona de su cuerpo, puede quemarse y no darse cuenta.
- Piernas hinchadas y con edemas, debido al mal funcionamiento del retorno sanguíneo al corazón. Para mejorar este problema es bueno lavar los pies con agua templada para activar la circulación, no cruzar las piernas, no estar mucho tiempo de pie, no utilizar calcetines y medias que aprieten y dificulten así el riego sanguíneo, o levantar las piernas cuando el anciano esté sentado.

Helomas (Callos)

Es un problema muy común en el anciano y está muy relacionado con el tipo de calzado utilizado, ya que si este es muy apretado el callo aumentará de tamaño y dolerá más.

Para evitar que este problema aumente, es recomendable el lavado de los pies todos los días con agua templada, hacer un secado con un paño suave y sin frotar, utilizar almohadillas para evitar que continúe el roce del zapato con el callo y no utilizar esparadrapo (ya que aumenta la humedad en esa parte del pie) ni cuchillas o callicidas para quitarlos porque aumenta la probabilidad de hacer una herida en el pie.

Callos blandos.

Para impedir que un callo blando se abra y supure hay que protegerlos de los roces, usar un calzado cómodo, acudir al podólogo y puede ser muy reconfortante un baño de sal en los pies.

Sequedad y grietas.

Las grietas deben ser cuidadas, ya que pueden ser la entrada de gérmenes que causan infecciones. Para evitarlas, recomendamos el uso de cremas hidratantes después de un lavado y secado adecuado.

Pie de atleta.

Es una infección producida por hongos que es muy común en gente que suda mucho o andan descalzos por zonas húmedas. Para evitar este problema, hay que cambiarse los calcetines todos los días, no andar descalzo, secarse bien después de cada lavado y acudir al médico para que nos indique un tratamiento.

Heridas.

Se debe tener mucho cuidado con las heridas en los pies del anciano y especialmente si este es diabético. Cuando se produzcan se debe acudir al médico.

Para hacer una cura de una herida se debe lavar con agua y jabón, después aplicar agua fría para cortar el sangrado. Para la desinfección de la herida usar gasa estéril, yodo o mercromina y un esparadrapo para sujetar la gasa.

2 Objetivos

Describir funciones del TCAE en el cuidado del pie del anciano.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el tema en distintas fuentes. Por un lado, fuentes primarias como revistas y libros y por otro, fuentes secundarias, como las bases de datos Medline plus y Pubmed. Los criterios de inclusión utilizados son: Temas relacionados con los pies del anciano. Textos en español, con disposición completa y gratuita y sin restricción en el año de su publicación. Los criterios de exclusión son: Publicaciones en un idioma distinto del español. Palabras clave: Anciano, pie, cuidados, heridas, calzado.

4 Resultados

Para conseguir un buen estado de salud en el pie del anciano, el técnico auxiliar de enfermería debe tener en cuenta una serie de cuidados como son:

Cuidados básicos:

- Higiene de los pies diaria, preferiblemente por las noches. Las secreciones entre los dedos unido a la falta de aireación y calor convierten esta zona, en un lugar idóneo para el desarrollo de bacterias y hongos. El lavado se realizará con jabones con pH neutros, el agua a una temperatura no superior a 35° y durante no más de 5 minutos. Así se evitará un excesivo reblandecimiento de la piel.
- Después de un secado suave, se realizará una hidratación de la piel con cremas con un 5% de urea.
- Diariamente se inspeccionarán los pies de la persona mayor, buscando enrojecimientos. Se notificará al médico cualquier hallazgo.
- Uso de calcetines de algodón o medias de nylon que no aprieten, estos deben cambiarse a diario.
- No cruzar las piernas durante periodos largos.
- No fumar, ya que esto reduce el flujo de la sangre a los pies.

- Estar con contacto continuo con el centro de salud para hacer un seguimiento de la concentración de glucosa en la sangre, tensión arterial y colesterol.
- Caminar y dar paseos diarios mejora el ánimo, el estado general y supone una rehabilitación para los pies de la persona mayor.
- Si los pies están cansados se recomienda un baño alternante de agua caliente y fría. Se comienza con un agua caliente (4-5 minutos) y después agua fría (10 segundos). Se repetiría la operación 4-5 veces.
- Acudir regularmente al podólogo.
- La realización de masajes en los pies, estimula la circulación sanguínea, favorece la relajación y reduce los edemas.

Cuidados de las uñas:

- El cuidado de las uñas debe ser regular. Deben cortarse con unas tijeras punta roma cada 15 días.
- No deben usarse nunca objetos punzantes como cuchillas o tijeras de punta.
- Limpiar la suciedad que se acumulan bajo las uñas con un algodón y agua oxigenada.
- Debemos observar un adecuado corte de uñas. En caso contrario el TCAE deberá enseñar a la persona mayor o a su familiar cómo hacerlo.
- Ante una persona mayor que tiene una uña encarnada o onicogriphosis (patología que consiste en la presencia de un engrosamiento de la lámina ungueal), no se puede intentar cortar o rebajar el grosor de la uña.
- No debe cortarse la uña más allá del borde donde terminan los dedos y ese corte debe ser recto o ligeramente curvo.
- Después del corte utilizaremos una lima de cartón para pulir.

Calzado:

Es muy importante que el calzado del anciano sea cómodo, amplio, ligero de peso y de materiales nobles como el cuero, para que la persona mayor no se canse mucho al andar y transpire bien el pie.

Para evitar rozaduras en la medida de lo posible, es conveniente que el zapato esté fabricado en una sola pieza, con pocas costuras y que sea preferiblemente de cordones.

La altura del tacón no será superior a 4 cm, ya que así no es un zapato inestable y el pie no se desliza hacia adelante aprisionando los dedos al andar.

La suela será antideslizante para evitar resbalones. Y será imprescindible probar el zapato antes de comprarlo. Para probarlo es mejor por la tarde cuando el pie está más hinchado y así no aseguramos de no comprar un zapato estrecho.

La plantilla deberá ser blanda para evitar rozaduras o callos en el pie y el contrafuerte posterior del talón deberá ser duro.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE desarrolla un papel muy importante en la detección precoz, al ser el personal sanitario que más tiempo pasa en contacto con persona mayores.

El pie del anciano es una parte muy delicada e importante y será el TCAE el encargado de ayudarlo de dos maneras distintas:

- Si el anciano o familiares pueden llevar a cabo los cuidados, el TCAE participará en la educación y prevención de patologías.
- Si el anciano o familiares no pueden realizar los cuidados, será el TCAE el que los realizará.

Por lo expuesto anteriormente, vemos lo importante que es que el TCAE conozca los problemas y patologías que pueden afectar a los pies de los ancianos, así como sus cuidados.

6 Bibliografía

1. Montserrat Maroto Mayoral/Loreto Villa Rodríguez/ Jesús Santos Franco. Cuidados de los pies. En: Juan Vicente Beneit Montesinos/Andrés Pérez Melero. Guía de cuidados de personas mayores. Madrid: Editorial Síntesis; 1999. p.139-150.
2. Ángel Orejana García. El pie geriátrico. En: Juan Vicente Beneit Montesinos/ Andrés Pérez Melero/Jesús Santos Franco/Domingo Palacios Ceña. Manual Formación para gerocultores. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.p.213-227.
3. Manuel Pardo Ríos. Curso de geriatría. Cuidado de los pies en el anciano (internet). San Pedro del Pinatar: Universidad de Murcia;2009. Disponible en: <https://webs.um.es/mab/miwiki/lib/exe/fetch.php?media=g24.pdf>.

Capítulo 187

CUIDADOS A PACIENTE CON HERPES ZOSTER

ANA ISABEL LONGORIA SIMON.

1 Introducción

El herpes zóster es una infección, la cual frecuentemente causa una erupción en la piel muy dolorosa. Debemos saber que el herpes zóster se puede manifestar en cualquier parte del cuerpo, pero en la mayoría de las veces aparece como una sola zona lineal de ampollas que envuelve el lado derecho o izquierdo del torso. Aunque estas erupciones se pueden dar en otras partes del cuerpo como la cara, extremidades...

El herpes zóster es causado por el mismo virus que causa la varicela. Después de haber tenido varicela, el virus puede permanecer inactivo en el tejido nervioso del cuerpo cerca de la médula espinal y el cerebro. Pero tenemos que tener en cuenta que el virus puede reactivarse como herpes zóster en cualquier momento, no importa la edad, pero normalmente la varicela se pasa en la infancia y el herpes zóster suele darse en la edad adulta.

El herpes zóster no es una enfermedad en la que la vida pueda correr riesgo, pero suele ser muy dolorosa. Las vacunas pueden ayudar a reducir el riesgo de tener herpes zóster. Es muy importante saber que poner un tratamiento rápido puede ayudar a que la infección por herpes zóster sea más corta y así disminuir la posibilidad de complicaciones. Una de las complicaciones más comunes es la neuralgia posherpética, que hace que el herpes zóster duela durante mucho tiempo después de que las ampollas desaparezcan.

2 Objetivos

Describir comportamiento y características del virus del herpes Zóster.

3 Caso clínico

Mujer de 30 años de edad, que acudió a la consulta de su médico de atención primaria, por prurito y luego dolor intenso que define como "punzadas" ubicado en el lado izquierdo de la región lumbar, después aparecieron unas pápulas ir-radiadas hacia delante que se extendieron hasta la región suprapúbica izquierda. En un principio se le diagnostica de una alergia quizás por el uso de una faja que usa para trabajar. Se le recetan antihistamínicos orales y tópicos, pero no tuvo una buena evolución y las pápulas se convirtieron en vesículas dolorosas y no podía tolerar ni el roce de la ropa en esa zona. Por este motivo otra vez al centro de salud.

En la anamnesis se destacó que la niña enfermó de varicela a los 5 años de edad y hace 2 semanas antes de la primera consulta, el hermano de 5 años estuvo con varicela. A la inspección se observó vesículas en racimos de uvas que van de los dermatomas lumbares L3 a todas la ramas que inervan la zona abdominal, estas lesiones eran muy dolorosas sobre todo a la palpación. Con todos estos antecedentes se llegó al diagnóstico de Herpes-Zoster.

Se realizó tratamiento con aciclovir por 7 días, y nolitil en ampolla para el dolor. Según la paciente el dolor fue desapareciendo sobre el tercer día, las lesiones se fueron secando poco a poco completamente y se fueron cayeron las costras también poco a poco sin dejar ninguna marca ni secuela, todo esto más o menos tardo en ocurrir sobre a los 18 días. Su médico de cabecera decidió hacerle un seguimiento semanal durante un mes para observar que no presentarse ningún dolor post herpético. Lo cual fue todo muy bien y no presentó ningún síntomas posterior.

4 Discusión-Conclusión

El herpes zóster se manifiesta como lesiones vesiculosas agrupadas en uno o dos dermatomas adyacentes y con frecuencia, el exantema suele ser leve al principio pero llegando a desarrollar nuevas durante varios días. Cuatro a cinco días antes de la aparición de la erupción, los pacientes normalmente experimentan dolor de intensidad variable, que puede ser leve o muy fuerte, comúnmente suele ser

un dolor muy fuerte y de distribución dermatomal. Generalmente, la erupción es unilateral, pero a veces puede cruzar la línea media y comprometer el lado contralateral. Las vesículas se transforman en costra en el curso de cinco a quince días y en el 90% de los pacientes menores de 20 años el trastorno se resuelve en una a dos semanas. Al contrario de lo que ocurre en los adultos, en los niños raramente se asocia con dolor localizado, hiperestésias, prurito y febrícula.

Los síntomas de neuritis aguda son mínimos y suele curar, con resolución completa, al cabo de 1 a 2 semanas. A diferencia del adulto, la neuralgia postherpética es muy rara.

El dermatoma que con mayor frecuencia se afectan son aquellas inervadas por los nervios segundo dorsal (D2) al segundo lumbar (L2) y el territorio inervado por el nervio trigémino, en este último caso amenaza la córnea con queratitis, uveítis y puede dejar secuelas permanentes. Aproximadamente el 4% de los pacientes experimentan un segundo episodio.

El diagnóstico normalmente es clínico y no es necesario realizar pruebas de laboratorio; aunque en raras ocasiones se requiere de ellos. Al inicio de la enfermedad puede encontrarse una leucopenia que va seguida de una linfocitosis y en casos muy raros se pide una extracción de líquido cefalorraquídeo en el que puede presentarse una pleocitosis linfocitaria con proteinorraquia leve o moderada y glucorraquia normal.

5 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 188

EL TCAE Y LA DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO

M^a DEL MAR VALLINA ALONSO

1 Introducción

El cuerpo humano necesita nutrientes como hidratos de carbono, proteínas, grasas, minerales, vitaminas y agua. Con ello, obtiene la energía y los elementos necesarios para el correcto funcionamiento de nuestro cuerpo.

La desnutrición sucede cuando el cuerpo no obtiene suficientes nutrientes de los alimentos que ingiere y se produce una descompensación entre la ingesta y las necesidades energéticas. Esto se traduce, en un deterioro progresivo físico y mental.

A medida que la población española envejece, la preocupación por la desnutrición en personas mayores va en aumento.

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontológica (SEGG) recomienda una dieta para el anciano compuesta en un 60% de animales y un 40% de vegetales.

Los adultos mayores de 65 años, son los que mayor riesgo tienen de sufrir síntomas de desnutrición.

Según la Academia Española de Nutrición y Dietética, en España, el porcentaje de riesgo de desnutrición en personas mayores que viven en su domicilio es del 5%, mientras que si viven en residencias el porcentaje puede aumentar hasta el 23%.

Existen varios factores por los que un adulto mayor puede perder el apetito, no ingiera comida suficiente y comience a presentar signos de desnutrición.

Factores fisiológicos, debidos al envejecimiento.

- Dificultad para masticar los alimentos. Esto se produce porque la mayoría de los ancianos tienen desajuste en sus dentaduras, falta de piezas dentarias o disminución de la salivación.
- Existe una disminución de las vellosidades y del flujo sanguíneo en el intestino. Esto conlleva, una reducción en la absorción de los nutrientes.
- Alteraciones en los sentidos. Es frecuente la pérdida de visión y la alteración del sentido del gusto y olfato.
- Reducción de motilidad intestinal y esofágica.

Factores patológicos. Enfermedades crónicas

- Enfermedades cerebrovasculares como el ictus.
- Cáncer
- Enfermedades del sistema digestivo o disfagia
- Alteraciones visuales. Influyen en la preparación de las comidas.
- Alteraciones neurológicas
- Demencias
- Diabetes
- Úlceras, fracturas, osteoporosis.

Factores sociológicos y psicológicos.

Los bajos ingresos de una gran parte de esta población, influye en la calidad y variedad de la cesta de la compra.

Los hábitos y costumbres alimenticias se ven alterados por la enfermedad, invalidez o muerte del cónyuge. Todo esto desemboca en depresiones, soledad y pérdida del interés por una alimentación adecuada.

Factores relacionados con el consumo de fármacos.

Gran cantidad de fármacos, producen efectos secundarios como náuseas, anorexia o estreñimiento entre otros. El consumo por los mayores de una gran cantidad de medicación para sobrellevar sus patologías, alteran de manera muy importante una nutrición adecuada.

2 Objetivos

Exponer funciones y cuidados de TCAE ante la desnutrición del anciano.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el tema en distintas fuentes. Por un lado, fuentes primarias como revistas y libros y por otro, fuentes secundarias, como las bases de datos Medline Plus y Pubmed.

Los criterios de inclusión utilizados son: Temas relacionados con la desnutrición del anciano. Textos en español, con disposición completa y gratuita y sin restricción en el año de su publicación.

Los criterios de exclusión son: Publicaciones en un idioma distinto del español.

Palabras clave: anciano, apetito, alimentación, alteración.

4 Resultados

Muchos problemas asociados a la tercera edad, empeoran como consecuencia de una mala alimentación. Diferenciar los signos del envejecimiento, de los síntomas de la desnutrición es necesario para poner en marcha un plan de alimentación que ayude a la recuperación de la persona mayor.

Los signos de alerta más importante de desnutrición son: Pérdida de peso, deshidratación, aparición de edemas en las extremidades, retención de líquidos, disminución de la cantidad de alimentos ingeridos, problemas en la piel o cansancio.

Una vez identificados los síntomas y sabiendo cual es el origen del problema, se pondrá en marcha el plan de recuperación que va más allá de lo meramente alimenticio.

Cuidados generales.

- Colocaremos al mayor sentado y que coma siempre en el mismo sitio para evitar que se desoriente.
- Observaremos que el mayor se coloca la dentadura postiza para comer.
- Nos aseguraremos que la temperatura de los alimentos es la adecuada.

Aumento de calorías.

- Las comidas serán poco abundantes y frecuentes.
- Suministrar el mayor aporte de proteínas y calorías en aquella comida en la que el anciano tenga más apetito.
- Usar suplementos alimenticios prescritos por el médico.
- Variar el menú, para hacerlo más atractivo.
- Añadir mantequilla, leche, queso y trozos de carne siempre que sea posible.

Reducir estímulos nocivos.

- Dolor. Tratar de realizar los procedimientos dolorosos después de las comidas, no antes. Cuidaremos que el ambiente a la hora de comer sea agradable, y si es necesario se solicitará al médico analgésicos para calmar el dolor.
- Fatiga. El anciano descansará antes de las comidas.
- Náuseas o vómitos. Para evitarlos es conveniente: sentar al anciano después de comer, que coma lentamente y poca cantidad, comidas frías siempre que sean posibles, aflojar la ropa que le puedan comprimir el abdomen y evitar la bebida que líquidos antes de las comidas ya que crean sensación de plenitud

Problemas sensoriales o perceptivos.

- Indicarle al anciano que se coloque las gafas.
- No colocar la comida en un lugar que no entre dentro del campo de visión del anciano.
- Que los alimentos puedan cogerse con la mano.
- Ayudarle para que el mayor localice los cubiertos y comida.
- Averiguar sus hábitos y proporcionarle la comida acorde con ellos.

Pérdida de movilidad.

- Proporcionarle aparatos de adaptación.
- Ayudarle a mejorar su independencia ante la nueva pérdida de movilidad.

Deficiencias cognitivas.

- Animar a la persona para que preste atención a la tarea que realiza.
- Asegurarse que no queda comida en los carrillos del anciano.
- Tratar de impedir que exista atragantamiento.
- Supervisar el momento de las comidas y ver si aparecen episodios de fatiga o agitación.

El plan de recuperación también incluirá dos variables importantes, como son: fomentar el ejercicio, preferiblemente al aire libre. Ya que un poco de actividad incrementará el apetito y fomentar el contacto social, las actividades con otras personas, los almuerzos con la familia o las tardes con los amigos. Esto hará que el anciano se encuentre más animado y coma mejor.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE desarrolla un papel muy importante en la nutrición del anciano, al tener un contacto con él durante largos periodos de tiempo.

Es fundamental que el TCAE realice tareas de prevención y que apoye al anciano para que no decaiga su ánimo y así colabore mejor en las tareas de educación y alimentación.

Por lo expuesto anteriormente, vemos lo importante que es que el TCAE y la familia conozcan los síntomas de la desnutrición y la forma para atajarlos a la mayor brevedad posible, para evitar el deterioro de la salud del anciano y que el anciano se comience a deprimir al verse mermado en sus fuerzas para afrontar el día a día.

6 Bibliografía

1. Jesús Santos Franco. Desnutrición y Deshidratación. En: Juan Vicente Beneit Montesinos/ Andrés Pérez Melero/Jesús Santos Franco/Domingo Palacios Ceña. Manual de formación para gerocultores. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.p.187-199.
2. Desnutrición en adultos mayores: signos de alerta y riesgos (internet). Barcelona: Cuida Care Marketing; 2020. Disponible en: <https://cuideo.com/blog-cuideo/desnutricion-en-adultos-mayores-signos-de-alerta-y-riesgos/>.
3. M^a Victoria López. Signos de alerta de la desnutrición en ancianos (internet). Valencia: Cuidum Tech SL.;2020. Disponible en: <https://www.cuidum.com/blog/signos-de-alerta-de-la-desnutricion-en-ancianos>.

Capítulo 189

LA DISFAGIA. SIGNOS Y TRATAMIENTO

SARA ALVAREZ FLÓREZ

LLARA ARDUENGO BUENO

PAOLA UFANO ALVAREZ

PAULA ARDUENGO BUENO

1 Introducción

La disfagia consiste en un trastorno para tragar alimentos y líquidos por una deficiencia en las diferentes etapas de la deglución. Con frecuencia es vista como un signo secundario de diversas patologías, aunque debería ser entendida como una enfermedad sistémica debido al aumento de la morbilidad y mortalidad en los pacientes que la sufren, siendo el colectivo geriátrico el principal grupo afectado por este trastorno.

La prevalencia de los pacientes afectados aumenta con la edad, alrededor del 26% de las personas mayores de 75 años la sufren y está presente en todos los ámbitos asistenciales. En España se calcula que más de dos millones de personas sufren este trastorno.

Su gravedad puede variar desde una dificultad leve hasta la imposibilidad para la deglución. Entre las complicaciones que causa destaca la desnutrición, la deshidratación y la aspiración de alimento hacia la tráquea y los pulmones.

Requiere de un abordaje multidisciplinar en su diagnóstico y el tratamiento debe ser individualizado a cada paciente. El mejor tratamiento para evitar los riesgos producidos por la disfagia es modificar la textura y la viscosidad de la dieta en función de la patología causante de la disfagia, la gravedad con la que se padece el trastorno y la evolución clínica del paciente.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es analizar la disfagia, dando a conocer sus principales signos y posibles tratamientos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación de revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en las diferentes bases de datos: Scielo, Pubmed y Google académico utilizando el término: disfagia y deglución. Solo se han consultado artículos en español.

4 Resultados

La disfagia consiste en la dificultad para tragar producida por alteraciones anatómicas o funcionales en las estructuras que intervienen en la deglución.

La deglución se define como la actividad de transportar sustancias sólidas, líquidas y salivas desde la boca hacia el estómago. Esto se consigue gracias a movimientos orofaringolaríngeos. Es una actividad que depende del sistema neuromuscular controlado por el sistema nervioso central y periférico. Ésta se ve alterada cuando existe una disminución de la conciencia ya sea provocada por una enfermedad principal, medicación o sueño o bien los cambios que conlleva el envejecimiento.

El objetivo de la deglución es la nutrición del individuo, esto trae implícito conseguir una correcta ingesta de calorías al tiempo de una adecuada hidratación del organismo. Además, será necesario que la deglución se realice de una forma segura, de lo contrario se pueden producir dos acontecimientos que debemos tener en cuenta:

- La penetración laríngea, que consiste en la entrada del alimento hasta el vestíbulo de la laringe, por encima de las cuerdas vocales.

- La aspiración, que es la entrada del alimento en la laringe, por debajo del nivel de las cuerdas vocales. Esta puede ser clínica o silente, es decir, asintomática. Las consecuencias derivadas de la disfagia podemos dividir las en dos apartados, por un lado, aquellas derivadas a nivel nutricional por una deglución ineficaz que son la deshidratación y la desnutrición y por otro las derivadas de las aspiraciones de alimentos y/o líquidos que pueden alcanzar las vías respiratorias y los pulmones produciendo insuficiencia aguda respiratoria, neumonitis por aspiración y neumonía por aspiración siendo esta última la complicación más grave. Esta alteración en la deglución aumenta la morbilidad y mortalidad en los pacientes que la sufren, deteriora la calidad de vida y eleva el coste sanitario prolongando la estancia hospitalaria y aumentando los recursos sanitarios empleados. La prevalencia para la disfagia en las enfermedades neurodegenerativas es bastante elevada, el 100% de los pacientes que padecen Enfermedad Lateral Amiotrófica (ELA) bulbar y el 60% en el resto de formas clínicas. Los pacientes con Parkinson la padecen entre un 35-45%. Mismas cifras para la Esclerosis Múltiple y un 84% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer llegan a padecerla. La prevalencia entre los pacientes institucionalizados o ancianos es de un 60%. Mientras que en los pacientes con accidente cerebro vascular la cifra se reduce al 30% para las fases agudas y un 2-6% en fases crónicas. En los traumatismos craneoencefálicos las cifras oscilan entre un 25-61%. La disfagia representa un 13% de riesgo de mortalidad.

La sintomatología es diversa, pero el paciente que tose o se atraganta al comer es muy probable que esté teniendo una aspiración, por lo que será muy importante la identificación temprana por lo que será importante observar los signos propios de la disfagia:

- Lentitud para iniciar la deglución y/o retraso.
- Masticación o deglución descoordinada.
- Muchas degluciones para un solo bocado.
- Colocar comida en los carrillos.
- Regurgitación oral o nasal de los alimentos o líquidos.
- Demasiado tiempo para comer o beber.
- Toser o estornudar durante la alimentación.
- Infecciones respiratorias repetidas pueden ser señal de aspiraciones silentes.

Un diagnóstico precoz facilita la prevención de las complicaciones por lo que mejorará la calidad de vida de los pacientes para ello será necesario evaluar la eficacia y seguridad de la deglución mediante métodos clínicos, exploración de la deglución y exploraciones complementarias específicas para ellos se pueden

emplear:

- Test clínico mediante el Cuestionario de Wallace y cols modificado. Es un test sencillo que se puede realizar en cualquier momento evolutivo de la enfermedad y no conlleva riesgo para el paciente. Consta de 11 preguntas mediante las cuales se podrá averiguar si el paciente tiene problemas para deglutir, que texturas, con qué frecuencia y cuál es el grado de severidad.
- Test del agua, desarrollado por DePippo. Se realiza con volúmenes grandes y viscosidad baja (agua). Solo tiene la tos como signo de detención de aspiraciones por lo que no es muy eficaz pues si el paciente presenta aspiraciones silentes estas no pueden ser detectadas y además conlleva riesgo para el paciente.
- Cuestionario Eating-Assesment Tool 10 (EAT-10) permite valorar los síntomas de disfagia, así como la gravedad de los mismos. Se trata de un cuestionario de 10 preguntas diseñado por un grupo de expertos multidisciplinar en el que el paciente debe responder a cada pregunta de forma subjetiva en una escala de cinco puntos. Este cuestionario está disponible en castellano aunque no se usa de forma sistemática en atención primaria.
- Método de exploración clínica Volumen viscosidad (MECV-V), permite la identificación precoz. Se sirve de bolos de tres viscosidades y tres volúmenes diferentes. Permite detectar de una forma segura signos clínicos que de la disfagia y puede repetirse las veces necesarias según la evolución del paciente. Su uso aún no es sistemático en pacientes de riesgo.
- Videofluoroscopia es la prueba de referencia para el diagnóstico de la disfagia pues evalúa la capacidad para tragar de forma segura y eficaz. Es un método no invasivo que utiliza la fluoroscopia para ayudar a identificar el espesor del líquido y de la comida. Permite identificar entre 1/3 y 1/4 de los pacientes con aspiraciones silentes.

El tratamiento más eficaz está demostrado que es el incremento de la viscosidad mediante el uso de espesantes apropiados. Será necesario individualizar la textura en función del paciente y el momento evolutivo de la enfermedad y hacerlo de forma gradual. Este método según los estudios reduce la prevalencia de las aspiraciones a un 20%.

Modificar las dietas sin individualizar a la situación del paciente acarrea una disminución de la ingesta calórica por lo que puede empeorar el estado de salud de la persona.

En aquellos pacientes en los que no se alcanzan los requerimientos nutricionales a través de una alimentación adaptada existen en el mercado suplementos nutricionales orales que será necesario adaptar en viscosidad y volumen tolerable por el paciente.

Otras medidas terapéuticas efectivas son:

1. Adoptar estrategias posturales, se buscará la verticalidad y simetría del paciente durante la ingesta prestando atención al control de la respiración y al tono muscular.
2. Estrategias de incremento sensorial en pacientes con apraxia o alteraciones de la sensibilidad oral como:
 - Estimulación mecánica de la lengua
 - Modificaciones del bolo (volumen, temperatura y sabor)
 - Estimulación mecánica de los pilares faríngeos
 - Uso de sabores ácidos (limón y lima) y sabores fríos
3. Prácticas neuromusculares para potenciar la musculatura suprahioidea (man-iobra de Shaker).

5 Discusión-Conclusión

La disfagia debe ser entendida como una enfermedad sistémica asociada con la malnutrición grave. Causa un elevado número de infecciones respiratorias que suponen un alto coste para el sistema sanitario.

Es un trastorno con unas cifras de prevalencia elevadas y a pesar de ello los estudios epidemiológicos son escasos. No existe un registro de este trastorno en los niveles asistenciales y la mayoría de la población que sufre este trastorno no está diagnosticado de forma correcta ni recibe tratamiento.

Por todo esto, sería necesario realizar cribados a los pacientes de riesgo para poder anticiparnos a las consecuencias que conlleva la disfagia, ya que en la mayoría de las ocasiones el trastorno es detectado una vez que se sufre su complicación y no antes lo que repercutiría primero de todo en la calidad de vida del paciente, que podría mantener un estado dietético nutricional óptimo y en segundo lugar, optimizaría los recursos sanitarios al verse reducido el coste.

Su prevalencia hace necesaria también la formación en este campo. Los profesionales que trabajan en el ámbito comunitario, tanto sanitarios como sociosanitarios, son los que tienen un contacto más directo con el colectivo afectado, por lo que su formación e instrucción en este trastorno es necesaria para identificar los síntomas y el tratamiento más adecuado a seguir. Cabe destacar la escasa formación que recibe el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este campo a pesar de ser el encargado de la alimentación de personas dependientes en hospitales

e instituciones. Igualmente, ocurre con los familiares que realizan el cuidado de los enfermos en los domicilios.

6 Bibliografía

1. Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer Approach of dysphagia in Alzheimer patients Marta Baena González y Guillermo Molina Recio Grupo NURSE. Facultad de Enfermería de Córdoba. Córdoba, Spain Nutr Hosp. 2016; 33(3):739-748.
2. Camarero González, E. Consecuencias y tratamiento de la disfagia Nutrición Hospitalaria, vol. 2, núm. 2, mayo, 2009, pp. 66-78 Grupo Aula Médica Madrid, España <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226754007.pdf>.
3. Cámpora, Horacio, Falduti, Alejandra Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. Revista Americana de Medicina Respiratoria [en línea]. 2012, 12(3), 98-107ISSN: 1852-1630. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382138394004>.
4. Calleja Fernández Alicia, Pintor de la Maza Begoña, Vidal Casariego Alfonso, Villar Taibo Rocío, Urioste Fondo Ana, Cano Rodríguez Isidoro et al . Características técnicas de los productos alimentarios específicos para el paciente con disfagia. Nutr. Hosp. [Internet]. 2015 Oct ; 32(4): 1401-1407. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001000001&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.4.9528>.
5. Grupo de Trabajo. Situación de la disfagia orofaríngea en España. Desde el cribado al abordaje nutricional. www.fundacionfundamed.org.
6. Pérez-Cruz Elizabeth, González-Muñoz Alejandro, Barrientos-Jiménez Mirlene, Camacho-Guerra Claudia Daniela, Tapia-Gómez Yvett, Torres-González Karen Oslit et al . Evaluación de la disfagia en pacientes con enfermedades neurológicas y su relación con riesgo de desnutrición. Med. interna Méx. [revista en la Internet]. 2018 ; 34(3): 359-365. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000300002.
7. Velasco, M., García-Peris, P. Causas y diagnóstico de la disfagia. Nutrición Hospitalaria [en línea]. 2009, 2(2), 56-65ISSN: 0212-1611. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226754006>.
8. Ruiz de León A., Clavé P.. Videofluoroscopia y disfagia neurogénica. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2007 Ene [; 99(1): 3-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000100002&lng=es.

Capítulo 190

FUNCIONES Y PRÁCTICAS DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

EVA ROCÍO FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El término úlcera hace referencia a una lesión que trae asociada una destrucción de los tejidos, pueden aparecer debido a diferentes patologías como son las úlceras vasculares, las úlceras pépticas, úlceras por presión, etc.

Una prioridad del sistema de salud, además de un principio básico de la asistencia sanitaria, es siempre la seguridad del paciente, siendo las úlceras por presión un gran problema sociosanitario que afecta de forma importante a la calidad de vida del paciente, empeora su evolución prolonga su estancia en el hospital, y genera grandes costes en recursos humanos y materiales al sistema de salud. Es además un referente negativo relacionado con los cuidados recibidos por parte del personal sanitario.

Ha habido una evolución en el término empleado para denominar a las úlceras por presión, ya que hace tiempo se referían a ellas como úlceras “decúbito” haciendo referencia únicamente a los pacientes encamados, actualmente al utilizar el término “por presión” ya englobamos no sólo pacientes encamados si no que también aquellas provocadas por estar sentado, o la úlceras iatrogénicas, asociadas al empleo de dispositivos asistenciales(sondas, férulas, elementos de sujeción, etc.).

Las úlceras por presión pueden ser la circunstancia más evitable y tratable que puede dar en cualquier persona con movilidad reducida y es importante conocer la incidencia de las úlceras por presión en el sistema asistencial.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir el concepto de úlcera por presión y sus factores de riesgo.

Objetivos secundarios:

- Establecer sus distintos estadios de evolución.
- Nombrar sus localizaciones más frecuentes.
- Describir medidas de prevención, movilización, y cambios posturales.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se procedió a realizar una revisión bibliográfica sobre la literatura existente sobre el tema tratado, basada en consultas realizadas en libros y artículos encontrados en los principales buscadores como Google académico, utilizando palabras clave como: úlceras por presión, cambio postural, prevención, factores de riesgo y valoración y seleccionando los artículos procedentes de publicaciones académicas acreditadas.

4 Resultados

Las úlceras por presión son lesiones en la integridad de la piel que se aprecian en zonas específicas de necrosis isquémica (detención o disminución del riego sanguíneo en un tejido), se observan en zonas que cubren prominencias óseas o en zonas de apoyo prolongado. Afectan a las distintas capas de la piel y tejidos profundos.

La úlcera se forma cuando se rompe la piel, esta puede ser muy dolorosa y tarda mucho en cicatrizar lo que hace que favorezca la expansión de microorganismos, si la úlcera se llega a infectar puede haber afectación de músculo y hueso.

Los factores que favorecen la aparición de úlceras por presión:

- La presión directa, que ejerce una fuerza compresora sobre los tejidos como consecuencia del apoyo del cuerpo sobre una superficie dura durante un tiempo

prolongado.

- Fricción, ocurre cuando entre la piel y la superficie sobre la que se apoya hay un roce.
- Cizallamiento

Cuando a estos factores les sumamos la humedad y el tiempo, hace que empeore la predisposición a que aparezcan este tipo de lesiones.

Además de estos factores externos al paciente existen otros relacionados con las características de la patología del paciente que favorecen la aparición de las úlceras por presión como son: pérdida de las funciones motoras y sensitivas, alteraciones en la percepción, alteraciones en la integridad de la piel o algún tipo de trastorno inmunológico.

El tamaño de la herida que vemos externamente puede ser una pequeña manifestación con respecto al daño que se puede haber producido en capas internas de la piel.

La evolución de las úlceras por presión se recoge en cuatro estadios:

- Estadio I, o úlcera de primer grado, presenta una lesión en la epidermis y en la dermis.
- Estadio II, o úlcera de segundo grado, hay una lesión más profunda en epidermis y dermis y ya aparece afectada la hipodermis.
- Estadio III, o úlcera de tercer grado, aquí aparece la necrosis de los tejidos y la lesión se extiende hasta la fascia pero sin atravesarla.
- Estadio IV, o úlcera de cuarto grado, aquí ya se presenta daño muscular y óseo.

Las zonas del cuerpo donde es más frecuente su localización son aquellas relacionadas con la postura corporal que se mantiene durante más tiempo.

- zonas de presión en decúbito supino: nuca, omóplatos, codos, columna dorsal, sacro, glúteo y talones.
- Zonas de presión en decúbito prono: frente, pabellón auricular, mejillas, hombros, senos, región costal, crestas ilíacas, genitales, rodillas y dedos de los pies.
- Zonas de presión en decúbito lateral: mejillas, pabellón auricular, hombros, codos, costillas, trocánter mayor, rodillas, tobillos y dedos de los pies.
- Zonas de presión por sedestación: occipucio, escápulas, codos, sacro, talones, zona poplítea, metatarsianos.
- Zonas de localización por iatrogenia: nariz, asociada al uso de mascarillas o gafas de oxígeno; fosas nasales consecuencia de sondas nasogástricas, oxigenación o gafas nasales; boca por el uso de tubos endotraqueales; cuello; zonas de cateterismo intravenoso; tobillos y muñecas debido al uso de sujeciones; zonas

inmovilizadas por férulas o escayolas.

Existen métodos para la valoración del riesgo de aparición de úlceras por presión, son las escalas de valoración, estas permiten al equipo sanitario detectar de forma precoz el riesgo de aparición de úlceras para así poder planificar los cuidados. Las escalas más utilizadas son la escala de Norton y la escala de Braden, las cuáles analizan distintos aspectos relacionados con las características del paciente y a través de un sistema de puntuación permiten evaluar el riesgo real de la persona a tener una úlcera por presión.

Medidas de prevención.

La mejor manera de tratar una úlcera es la prevención, siendo fundamental la calidad de los cuidados y que estos se hagan de forma continua.

Dentro de las medidas de prevención relacionadas con el cuidado de la piel estaría el realizar una valoración del estado de la piel para poder ver de forma anticipada posibles lesiones, un cuidado muy exhaustivo con la higiene y la aplicación de cremas y aceites que protejan y fortalezcan la piel, y evitar la humedad en contacto con la piel a través del uso de absorbentes y de cremas barrera.

Es muy importante conseguir una reducción de la presión empleando una serie de medidas de prevención, entre las cuales la principal es el realizar periódicamente cambios posturales aproximadamente cada tres horas y durante las 24 horas del día, atendiendo a las necesidades individuales de cada caso. También se realizan movilizaciones activas o pasivas, en el caso de que el paciente no pueda seguir las indicaciones, aprovechando la realización de los cambios posturales.

Es aconsejable incentivar la movilidad y actividad, siempre adecuada a cada caso individual, haciendo uso de los distintos dispositivos de ayuda que existen.

Existen una serie de dispositivos para aliviar la presión, que lo pueden hacer a nivel local como pueden ser taloneras, cuñas, cojines, apósitos de espuma, etc. O superficies especiales que reducen la presión e incluso el calor y la humedad.

Es muy importante que el paciente lleve una dieta adecuada rica en proteínas y una correcta hidratación.

5 Discusión-Conclusión

La aparición de úlceras por presión es un indicador negativo relacionado con la calidad de los cuidados recibidos por parte del equipo sanitario, por lo tanto no es una patología si no una consecuencia asistencial, que en la mayoría de los casos se puede evitar con los cuidados correctos, lo cual supone la implicación y coordinación del personal sanitario, pacientes, cuidadores. La prevención es la

mejor forma de tratamiento que además de afectar a la salud y calidad de vida de los pacientes también supone una reducción de los costes sanitarios.

El Tcae es el primero en ver su aparición además del responsable de aplicar las distintas medidas de prevención existentes.

6 Bibliografía

1. Guía de buenas practicas en prevención de úlceras por presión, (internet) (Consultado en diciembre del 2021) disponible en <https://www.saludcastillayleon.es//>
2. Papel del Tcae en la prevención de las úlceras por presión, (internet) (Consultado en diciembre 2021) disponible en <https://ulceras.net//>
3. Úlceras por presión, cuidados y prevención por parte del Tcae, (internet) (Consultado en diciembre del 2021) disponible en <https://www.revistamedica.com//>
4. Técnicas básicas de enfermería editorial Mc Graw Hill

Capítulo 191

LA DEPRESIÓN COMO EPIDEMIA SILENCIOSA

MARÍA CRUZ FRANCISCO BELVER

1 Introducción

La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros se siente de esta manera de vez en cuando durante períodos cortos.

La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más.

En España 2,4 millones de personas sufren depresión, esto significa el 5,2 % de la población. 350 millones de personas sufren depresión en todo el mundo. Según la OMS, actualmente, la depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo.

La depresión es una enfermedad grave y común. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres, pero este recuento puede deberse a que las mujeres probablemente se hagan atender para aliviar los síntomas. La depresión puede aparecer a cualquier edad, incluso en los niños. Esta enfermedad afecta a las personas de modos muy diferentes y puede causar una gran variedad de síntomas psicológicos (mentales), físicos y sociales. Cabe mencionar que la depresión no se debe a una única causa, sino que varias causas se combinan para poder llegar a desencadenarse.

La depresión es una enfermedad seria que puede llevar al suicidio y se dice que es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo de libro es dar a conocer unas nociones básicas de esta enfermedad tan “silenciosa” y así desarrollar unas medidas preventivas entre otras cosas.

3 Metodología

Para la confección de este capítulo, se ha llevado a cabo un trabajo persuasivo y meticuloso, basándose en revisiones bibliográficas de psicología y consultando, a su vez, artículos en las principales bases de datos como son Google académico, MedlinePlus, Scielo, Mayoclinic, etc.

4 Resultados

La depresión es una alteración emocional la cual causa un sentimiento de tristeza continuo y una pérdida de interés para la realización de diferentes actividades. También se la denomina «trastorno depresivo mayor» o «depresión clínica», afectando a los sentimientos, los pensamientos y la conducta de una persona, y pudiendo causar a su vez, una variedad de problemas físicos y emocionales. Es posible que también se tengan dificultades para realizar las actividades diarias y que a veces, se sienta que no vale la pena vivir.

Más que solo una tristeza pasajera, la depresión no es un desfallecimiento y uno no se puede recuperar de un día para otro de manera sencilla. La depresión puede precisar de un tratamiento a largo plazo. La mayoría de las personas con depresión se sienten mejor con medicación, con psicoterapia o con ambos.

Hay veces que la depresión puede presentarse una única vez en la vida; por lo general, las personas tienen varios capítulos de depresión. Durante estos episodios, los síntomas se producen durante gran parte del día, casi todos los días y pudiendo radicar en:

Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza.

Arrebatos de enfado, irritabilidad o frustración, incluso en cosas de poca importancia.

Pérdida de interés por la mayoría de las actividades que se hacen habitualmente o incluso todas, como las relaciones sexuales, los entretenimientos o los deportes. Alteraciones del sueño(insomnio).

Cansancio y falta de energía.

Falta de apetito y adelgazamiento, o más gula por la comida y aumento de peso.

Ansiedad, agitación o inquietud.

Tardanza para el razonamiento, hablar y hacer movimientos corporales.

Sentimientos de incompetente o culpa, obsesión en fracasos del pasado o autor-reproches.

Dificultades para pensar, para concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas.

Pensamientos frecuentes sobre la muerte, pensamientos suicidas, intentos suicidas o suicidio.

Problemas físicos que no se pueden explicar, como dolor de espalda o de cabeza.

Hablando sobre el tratamiento contra la depresión diremos que son de dos tipos: farmacológico y psicoterapia, pudiendo existir también la terapia electroconvulsiva para un enfermo que entre en fase más grave. Dependiendo de cuál sea el problema, se pautará el tipo de tratamiento correspondiente, pudiendo ser o uno u otro o incluso combinar los dos. En una primera fase se medica intensamente a la persona enferma intentando con ello que los síntomas desaparezcan para llegar a la recuperación. En la segunda fase se proporcionan fármacos para impedir que se manifieste la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Al año la depresión se cobra la vida de 788.000 personas, sobre todo por suicidio (dato según la OMS).

La mayoría no sabe que es la depresión y la confunden con un estado de ánimo bajo, que está relacionado, pero no lo es todo.

Para finalizar esta investigación podemos concluir que al trastorno de la depresión se le debe especial atención, ya que, puede presentarse en cualquier ocasión de nuestra vida, especialmente en la adolescencia y tanto en mujeres como en hombres.

Si durante la depresión no se encuentra la ayuda que se necesita, el enfermo puede desarrollar muchos problemas emocionales debido a que se experimentan bastantes cambios físicos y psicológicos.

Es de mera importancia tomar en cuenta que el número de síntomas y la intensidad de los mismos, son relevantes para una evaluación, un tratamiento y una

intervención adecuada para la depresión.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/>
2. <https://www.mayoclinic.org/es>
3. <https://cuidateplus.marca.com/>
4. <https://es.slideshare.net/>

Capítulo 192

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

SARA ASENSIO

1 Introducción

A mediados del siglo pasado, debido a las necesidades hospitalarias y la falta de enfermeras para realizar el trabajo necesario, comienza a aparecer la profesión del TCAE. Profesión que asiste las necesidades fisiológicas de la vida diaria y básica de los pacientes o personas que necesiten ayuda para poder cubrir esas necesidades, como por ejemplo respirar, comer, higiene, etc.

A continuación se van a detallar una serie de cuidados que deben ser cumplidos por el TCAE:

- Higiene personal de los pacientes.
- Realizar la muda y acomodar la unidad del paciente.
- Recibir y distribuir la comida de los pacientes.
- Servir la comida a los pacientes, con su respectiva colocación y retirada de la misma.
- Si el paciente no puede comer por sí mismo, darle la comida.
- Colaborar con él o la enfermera en la administración de la medicación.
- Colaborar en la recogida de datos termométricos.
- Llevar las cuñas y botellas a los pacientes cuando lo necesiten y retirarlas y limpiarlas.
- Ordenar la lencería de la planta donde esté asignado para su almacenamiento.

- Limpiar, cuidar y mantener los carros de curas y su material.
- Eliminar el vello corporal previamente a una intervención quirúrgica.

Resumiendo, el TCAE realizará las actividades que faciliten las funciones del médico/a y enfermero/a.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es hablar sobre la importancia del TCAE en el ámbito sanitario y explicar sus principales funciones.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda sobre literatura científica entre varios libros científicos y las principales bases de datos en internet, realizando una investigación de los artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En este capítulo vamos a definir las diferentes funciones del auxiliar de enfermería en los distintos puestos donde puede trabajar un TCAE. Los puestos y las funciones del TCAE son cambiantes. Debido a la continua evolución de las metodologías de cuidados de enfermería siempre han sufrido cambios.

En planta hospitalaria las funciones del TCAE son:

- Hacer la cama del paciente.
- Realizar aseos.
- Proporcionar, colocar, retirar y limpiar las cuñas.
- Limpiar y reponer carros de curas.
- Recepción del carro de comidas y repartirlas.
- Ayudar a comer si es necesario.
- Colocar toda la parte de lencería.
- Ayudarán a la ingesta de medicamentos ya sea vía oral o rectal.
- Aplicación de enemas.
- Recogida de datos.
- Revisión general del estado de salud en cada paciente.
- Ayudar en el rasurado.

- Comunicación con celadores de tareas o indicaciones dadas por el personal de enfermería.
- Facilitar trabajo al médico o enfermero.

En quirófano y esterilización son:

- Revisar y reponer el vestuario y lencería.
- Supervisión de guantes y materiales.
- Ayudar en la esterilización del material necesario.
- Limpiar el instrumental sanitario usado en la intervención quirúrgica.
- Ayudar a colocar y ordenar todo el instrumental.

En partos y ginecología son:

- Ayudar a enfermería en lo necesario para la mejor atención de la madre y neonato.
- Acompañamiento y acondicionamiento de pacientes y recién nacidos.
- Ayudar a vestir y desvestir a pacientes.
- Acomodar camillas y ayudar al personal en lo necesario.
- Cambiar las camas de las pacientes.
- Poner, quitar y limpiar las cuñas.
- Colocación de compresas, empapadores y lencería de la cama de partos.

En centro de salud ambulatorio son:

- Orientar a los pacientes.
- Recoger volante o cualquier documento para que se asista a los pacientes.
- Colaboración en la colocación de los pacientes en función de los horarios de citas que tengan.
- Escribir informes, comprobantes, justificantes o la tarea recomendada por el personal de enfermería.
- Preparar el material que vaya a ser utilizado por enfermería.
- Recoger datos clínicos.
- Tratar bien a los pacientes, escucharlos y si es necesario ayudar en la comunicación de los síntomas con el médico.

En radio y electro son:

- Atención de pacientes.
- Colaboración a la hora de preparar los chasis de radiología y revelado.
- Clasificar y colocar las radiografías.
- Preparación de aparatos de electro.

En general:

- El TCAE siempre se encargará de la limpieza y el orden de cualquier lugar.

- En cualquier caso se tiene que ayudar a enfermería siguiendo las instrucciones que den en cada situación.
- El paciente siempre tiene que ser acompañado si es necesario a cualquier consulta.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar de enfermería es quien vela por el paciente para su descanso y seguridad, siempre atento a cada cambio que se pueda producir, observando todo su cuerpo para detectar cualquier signo o síntoma importante que muestre una alteración de su situación. Le ayudará a las actividades básicas que necesiten en el día a día, preocupándose también por su estado anímico e intentando hacer feliz su estancia ya sea en un centro de día, hospital, residencia o el propia domicilio.

El trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería conforma un gran equipo humano, ya que en situaciones complicadas son los que viven de primera mano la enfermedad de cada paciente, su mejoría y el mantener una calidad de vida óptima cada día.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.es
 2. www.aulixiar-enfermeria.com
 3. www.20minutos.es
- www.escuelaergon.com

Capítulo 193

UNA COMPLICACIÓN EN EL EMBARAZO LLAMADA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

MARÍA CRUZ FRANCISCO BELVER

1 Introducción

La diabetes mellitus gestacional (DMG) es la presencia de glucemia alta producida durante el embarazo en mujeres que anteriormente a la gestación no presentaban diabetes. Posteriormente, en la gran mayoría de los casos, esta glucosa vuelve a los límites normales después del parto.

Este tipo de diabetes constituye un problema de salud pública por su alta prevalencia y por las consecuencias que puede tener en la salud materna y fetal. Como su nombre indica se diagnostica por primera vez en el embarazo.

La diabetes gestacional puede acarrear complicaciones como macrosomías (niños excesivamente grandes) y complicaciones en el nacimiento, por lo que es de suma importancia llevar controlados los niveles de azúcar. Estas hipotéticas complicaciones se pueden presentar con niveles de glucosa que fuera de la gestación serían considerados normales.

En nuestro país, la prevalencia de DMG está entre el 7,6% y el 10,6%, dependiendo del criterio diagnóstico que se utilice para detectarla. En los últimos años la prevalencia está aumentando, tanto en España como en todo el mundo, debido al gran número de gestantes con factores de riesgo para la DMG como son la obesidad pregestacional, la edad materna mayor de 35 años, hipertensión arterial crónica, antecedentes familiares con diabetes...

2 Objetivos

Dar a conocer la diabetes mellitus gestacional.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la diabetes mellitus GESTACIONAL se ha realizado una búsqueda sistemática consultando en artículos de las principales bases de datos: Google Académico, SCIELO, Mayoclinic, Medline, soluciones para la diabetes... seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Utilizando una serie de palabras clave para que la búsqueda sea más precisa (diabetes mellitus, embarazo, Insulina, Gestación..).

4 Resultados

La diabetes mellitus gestacional se diagnostica por primera vez en el embarazo (gestación). Afecta a la forma en que las células utilizan el azúcar (glucosa). Las hormonas del embarazo pueden bloquear el trabajo que hace la insulina. Cuando esto sucede, los niveles de azúcar en sangre de una mujer embarazada se incrementan.

No se sabe qué causa la diabetes gestacional, aunque sí se sabe que las hormonas de la placenta que son las que ayudan al desarrollo del bebé, bloquean la acción de la insulina en el cuerpo de la madre. Esto quiere decir que se crea una resistencia a la insulina, que a su vez deriva en que la glucosa no pueda ser transformada en energía.

Los mayores riesgos para padecer DMG son : tener más de 25 años al quedar embarazada, antecedentes familiares de diabetes, haber dado a luz a un bebé de más de 4kg, presión arterial alta, tener demasiado líquido amniótico, sobrepeso antes del embarazo o aumento excesivo durante la gestación, síndrome de ovario poliquístico, la raza...

La mayoría de los casos no presenta síntomas. De ser así suelen ser moderados (demasiada sed o temblores) normalmente estos no ponen en riesgo la vida de la mujer embarazada. Esta diabetes suele empezar en la mitad del embarazo. Toda embarazada recibe una prueba oral de tolerancia ala glucosa entre la semana 24

y 28 para detectar la afección. Una vez detectada pueden controlar su evolución en casa midiendo sus niveles de azúcar. La forma más común consiste en punzar un dedo y colocar una gota de sangre en un glucómetro y este le dará una lectura de su nivel de glucosa. El tratamiento para la DMG es mantener los niveles de azúcar en sangre dentro de los límites normales, asegurarse de que el feto esté saludable estando la madre y el bebé bajo inspección médica todo el embarazo, haciendo dieta moderada en grasa y proteína, frutas, verduras etc y ejercicio.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes mellitus gestacional DMG, sigue siendo una de las principales complicaciones obstétricas con alta tasa de morbilidad materna, neonatal y pediátrica. En la semana 24 de gestación debe realizarse la prueba de tolerancia oral a la glucosa, con una carga oral de 75g en ayunas. Para que todo esté. Correcto la glucemia basal debe tener un punto de Core de 92mg/dL, una hora después la carga de glucosa será de 180mg/dL y a las dos horas 153mg/dL. La prueba será positiva si uno de estos valores excede el punto de corte prefijado para el diagnóstico.

A día de hoy no hay un tratamiento específico ni científico para evitar que esta se erradique o se evite tener, pero hay factores para controlarla como la alimentación, tener hijos a una más temprana edad, aunque a veces se produce igual tenga la gestante una edad u otra y mantener una vida más activa etc. Los análogos de insulina de acción rápida lispro y aspart son seguros de administrarse en el embarazo las dosis serán dos tercios pre desayuno y un tercio precena (30 min. Antes de los alimentos). La razón será NPH/rápida 2/1 pre desayuno y 1/1 precena.

6 Bibliografía

1. www.mayoclinic.org
2. www.Scielo.org.mx
3. www.medlineplus.gov
4. www.solucionesparaladiabetes.co

Capítulo 194

INTOXICACIÓN POR IBUPROFENO EN NIÑOS

MARÍA CRUZ FRANCISCO BELVER

1 Introducción

La intoxicación aguda se define como: cualquier exposición ya sea por ingestión, tacto o inhalación a una o varias sustancias que pueden ocasionar una lesión en el organismo. El ibuprofeno es un tipo de medicamento inflamatorio no esteroide (AINE). Puede ayudar a reducir dolores, irritaciones de garganta, fiebre en niños con un resfriado, gripe y alivia dolores de cabeza, de muelas, extremidades en caso de caída o golpe, etc. La mayoría de las intoxicaciones en niños son por un descuido de los cuidadores o por no calcular su peso a la hora de darle la cantidad necesaria para la dolencia. En España, en la población infantil el 37,5% del total de los envenenamientos corresponde a medicamentos y de ellos el 15,5% son AINEs , antiinflamatorios.

Los síntomas de la intoxicación suelen aparecer a las 4-6 horas de la ingestión y su cese entre las 24 y 48 horas de su consumo. Los efectos agudos tienen una mayor morbilidad a nivel gastrointestinal, renal, del sistema nervioso central (SNC) y piel.

Con el uso crónico se contemplaron alteraciones sanguíneas, renales y hepáticas. Los exámenes complementarios serán indicados dependiendo de los signos y síntomas que se sientan, pero son electrocardiograma, control sérico de calcio y magnesio, hemograma, coagulograma, estado ácido-base e ionograma.

2 Objetivos

Describir la gravedad de la ingesta excesiva de este, e informar y describir el protocolo a seguir cuando llega un niño con dicha intoxicación.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre literatura pediátrica infantil. Consultando artículos de las principales bases de datos: Google académico, Medline, Scielo, pediatría integral, páginas web de todo tipo de artículos escritos por pediatras expertos en el tema a tratar en este capítulo. Utilizando palabras clave para así ahondar más en la investigación, palabras como: pediatría, ibuprofeno, intoxicación, niños...

4 Resultados

La Intoxicación por ibuprofeno es un cuadro clínico que puede producirse tras una sobredosis de este último, de forma accidental o intencionada existiendo riesgo de grave afectación hepática. La dosis para administrar el ibuprofeno depende de la edad y del peso del niño. Por regla general, la dosis diaria recomendada es de 20 a 30 mg por kg de peso, repartida en tres o cuatro dosis individuales. se recomienda no sobrepasar la dosis máxima de 40 mg por kg de peso, ya que todo lo que pase de ahí es lo que llamamos intoxicación, esta puede ser más o menos grave.

Los síntomas empiezan a hacer efecto a las 4 horas tras la ingestión y se resuelven en un día. Lo más frecuente es la aparición de clínica gastrointestinal: las náuseas, los vómitos, y el dolor de barriga. También se podría manifestar somnolencia y letargia. Hay síntomas que pueden resultar más raros como es la visión doble (diplopía), dolor de cabeza, nistagmo y acufenos.

De este medicamento existen comercializadas en España formas de administración oral: cápsulas, comprimidos, suspensiones y sobres. Existen comprimidos retard y bucodispersables y sobres efervescentes. Normalmente, a los niños los pediatras se lo recomiendan en forma de jarabe, este viene con una jeringa numérica de la cual el pediatra dependiendo del peso le dirá al padre la cantidad que debe administrarle a su hijo y cada cuantas horas y días se lo debe dar.

Los protocolos a seguir cuando un infante llega con una intoxicación por ibuprofeno son recoger muestras de sangre, orina y aspirado gástrico para posible estudio e identificación del tóxico en este caso ibuprofeno. Hay que hacerles una entrevista a los padres como al edad y peso del niño la hora en que se tomó la dosis no apta de medicamento y cuando empezaron a notar que el infante se encontraba mal.

Los médicos medirán y vigilarán los signos vitales del niño, la temperatura, el pulso la frecuencia respiratoria y la presión arterial. Otros cuidados que se pueden dar dependiendo del grado de intoxicación que el infante presente es: el uso de carbón activado, soporte para las vías respiratorias, incluso oxígeno, una sonda respiratoria a través de la boca, a esto se le llama intubación y un respirador artificial. Al infante se le realizaran exámenes de sangre y orina una radiografía de tórax un electrocardiograma (ECG), se le administrara un laxante. Al niño se le pondrá una vía intravenosa para así darle líquidos por medio de esta y suministrarle los medicamentos para tratar los síntomas de intoxicación.

La recuperación por sobredosis es probable que sea muy positiva y todo quede en un gran susto, Aunque es certero que en personas con sobredosis por ibuprofeno muy elevadas pueden desarrollar lesiones crónicas en el hígado o en el riñón.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir este tipo de intoxicaciones en pediatría es aconsejable dar una charla a los padres o cuidadores de los menores, desde el día en que realizan la primera consulta con su pediatra de cabecera, de cómo administrar el medicamento, que dosis hay que darles y donde hay y no hay que guardar los medicamentos. Estos siempre tienen que estar fuera del alcance de los niños y nunca hay que darlos sin la prescripción del pediatra y más si se duda de la cantidad que hay que darles.

En caso de ingesta accidental, se puede contactar telefónicamente con el Instituto Nacional de Toxicología o consulta del servicio de urgencias más próximo. Una vez allí se realizarán los protocolos de los cuales hemos hablado anteriormente.

6 Bibliografía

1. www.pediatriaintegral.es

.

2. www.medlineplus.gov.
3. www.nurofen.es.
4. www.aeped.es.
5. www.salud.mapfre.es.

Capítulo 195

REVISIÓN GINECOLÓGICA

RAQUEL MONTOYA NUÑEZ

1 Introducción

En la visita ginecológica se evalúa el estado de salud del aparato genital femenino en su conjunto. Durante la visita se realiza un control tanto de los órganos genitales internos como externos, así como del pecho, para evaluar la presencia de problemas o de auténticas patologías.

Cada mujer tiene su tempo y su ritmo particular en sus ciclos. Sin embargo, en términos generales, una mujer debería realizarse por primera vez una revisión ginecológica en su adolescencia, entre los 13 y los 15 años. Y, a partir de ese momento, lo ideal es realizar una revisión periódica anual.

Desde que la mujer inicia su etapa activa sexualmente; esto es, desde que tiene relaciones sexuales por primera vez, debería esperar una media de entre dos o tres años para incluir las primeras citologías en su rutina de supervisión anual.

En ningún caso hay que esperar a experimentar ninguna molestia o síntoma desagradable para acudir a la consulta del ginecólogo. Como ya anticipábamos, la prevención debería formar parte de nuestra vida.

Una revisión ginecológica puede detectar precozmente, por ejemplo, cualquier tipo de cáncer genital. Y, en términos menos preocupantes, el ginecólogo resolverá todas nuestras dudas e inquietudes sobre anticoncepción, salud sexual, hábitos de higiene íntima, planificación familiar, etc.

2 Objetivos

El objetivo principal de una revisión ginecológica es descartar que no existan cambios en los órganos reproductivos que puedan indicar riesgo de desarrollo de enfermedad. Si se detecta de forma precoz, las posibilidades de que se pueda tratar son muy altas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La periodicidad de las revisiones ginecológicas debe establecerse tras una valoración de los factores de riesgo de la paciente. Por lo general, se recomienda que se realicen de forma anual. De no hallarse factores de riesgo, pueden pasar a controles más espaciados. Es labor del ginecólogo educar a la paciente sobre los medios de prevención y factores de riesgo. ante cualquier señal de alerta, hemos de acudir al ginecólogo. Coincida o no con nuestra comprobación anual. Por ejemplo, ante las siguientes circunstancias:

Irregularidades en el ciclo menstrual.

Dismenorrea o dolor agudo relacionado con la menstruación.

Flujo vaginal con color, textura u olor anormal o sospechoso.

Picores, molestias o dolor en la zona vaginal.

Sangrado en la orina y/o molestias al miccionar.

Algún bulto sospechoso en la mama.

Cualquier sospecha de posible ETS (enfermedad de transmisión sexual).

Antecedentes familiares de cáncer de útero o cáncer de mama.

Los especialistas suelen recomendar que las mujeres mayores de 35 años incluyan siempre en sus citologías un test específico del citado virus del papiloma humano. 'Para cualquier duda o consulta, por mínima que parezca, es importante acudir a nuestro ginecólogo.

También no debemos olvidar que nuestras citas periódicas o revisiones con nuestro ginecólogo no pueden acabar con la menopausia.

Precisamente, como ya hemos visto en otros artículos, la menopausia y el climaterio son periodos de la vida de la mujer que requieren de revisiones, chequeos y acompañamiento ginecológico. Precisamente para tratar y paliar las posibles complicaciones asociadas, como la atrofia y la sequedad vaginal o las pérdidas de orina.

El factor hormonal es sumamente significativo: la producción de estrógenos marca la diferencia en la salud ginecológica de las mujeres. Por ello, el ginecólogo también se encargará de revisar este factor para prevenir y tratar cualquier tipo de anomalía vinculada.

5 Discusión-Conclusión

Las revisiones ginecológicas nos permiten detectar a tiempo una posible patología o en su caso compartir como paciente nuestras dudas con el ginecólogo sobre otras molestias que se tengan. La finalidad de la revisión ginecológica es la prevención y detección precoz de alteraciones de los órganos reproductores.

Es importante que la mujer escoja un médico con el que pueda hablar con confianza de ciertos temas delicados, como el sexo, el control de la natalidad, sequedad vaginal, menstruación, menopausia, pérdidas de orina y el embarazo.

6 Bibliografía

1. <https://ginecologiamadrid.es/revision-ginecologica-madrid/>
2. <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/ginecologia/controles-ginecologia/sin012128wr.html#:~:text=El%20objetivo%20principal%20de%20una,pueda%20tratar%20son%20muy%20altas.>

Capítulo 196

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA CORRECTA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO

YESANNA RUIZDÍAZ ADORNO

1 Introducción

La movilización y la realización de cambios posturales en los pacientes encamados o dependientes en un centro hospitalario son fundamentales para prevenir complicaciones como la aparición de úlceras por presión y para una mejor evolución del paciente.

Para movilizar al paciente encamado debemos tener en cuenta su estado y saber si puede colaborar con nosotros o no es posible su ayuda para su movilización.

El paciente puede estar encamado por diversos motivos, ya sea por enfermedad, un traumatismo, por prescripción médica, un accidente etc y están obligados a permanecer inmóviles en la cama.

Como cuidadores de un paciente dependiente es importante que mantengamos en todo momento la mente abierta, seamos empáticos con el individuo y nos mostremos cercanos.

También es importante que aunque nosotros realicemos los movimientos informemos al paciente de todos los procedimientos que vayamos a realizar pidiendo su colaboración en la medida de lo posible, también cabe recordar a los profesionales que es importante mantener la intimidad del individuo.

Si la habitación es compartida, pediremos a los familiares que salgan de la habitación, si se dispone de cortina separadora la bajaremos o colocaremos un biombo entre los pacientes. Se cerrará la puerta de la habitación para evitar corrientes de aire.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la movilización del paciente encamado, ayudando a unificar criterios y mejorar nuestra calidad asistencial.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La movilización del paciente consiste en la correcta colocación y manipulación del individuo para moverlos en la cama, camilla o silla de ruedas.

Las técnicas de movilización se emplean tanto en la propia habitación del paciente como en otras dependencias del centro sanitario.

Conocer los principios básicos acerca de la movilización del paciente es clave para proteger la seguridad y bienestar de los usuarios y, también, el del personal sanitario.

En el sector sanitario los trastornos músculo- esqueléticos son uno de los principales problemas para los profesionales, con el riesgo que ello supone de sufrir lesiones.

En el técnico en cuidados auxiliares de enfermería esto se produce por la adopción de posturas inadecuadas, hacer levantamientos incorrectos o con cargas excesivas, no contar con el número suficiente de profesionales o mecanismos ade-

cuados o la falta de espacio o presencia de barreras arquitectónicas en el lugar de trabajo.

Durante la movilización del paciente encamado se deben de tener en cuenta los siguientes principios generales:

- Se deben de apoyar los pies firmemente y separados unos 50cm.
- Se debe mantener siempre la espalda alineada.
- Se debe de mantener la carga lo más cerca del cuerpo posible.
- Siempre que sea posible se utilizarán medios mecánicos como grúas para la movilización del paciente o se adopción de medidas organizativas para evitar la movilización manual con pacientes.
- Evitar tomar una carga durante tiempo prolongado o realizar cargas durante períodos cortos pero repetitivos.
- No realizar movimientos bruscos o forzados, realizar los movimientos de forma lenta y progresiva.
- Llevar una vestimenta y calzado adecuados (con suela antideslizante).
- Planificar la movilización antes de realizarla.
- Flexionar las rodillas y adecuar la altura del plano de trabajo.
- Aproximarse lo máximo posible a la zona de trabajo y al paciente.
- Agarrar bien al paciente.
- Girar el cuerpo mediante pequeños movimientos y cambios de posición de los pies, no realizándose de forma brusca.
- Mantener un pie en la dirección del movimiento.
- No movilizar de forma manual si se puede evitar (uso de transfer o entremetida), siendo preferible deslizar, empujar o girar.
- Utilizar como contrapeso nuestro propio cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la correcta movilización del paciente encamado.

Es importante mantener la intimidad del paciente y mostrarnos empáticos con el individuo.

Las técnicas de movilización del paciente pueden realizarse tanto en la propia unidad del paciente como en cualquier otra dependencia dentro del centro hospitalario.

Los trastornos musculoesqueleticos por las incorrectas prácticas de los profesionales sanitarios durante las movilizaciones suponen un elevado riesgo de lesiones, por lo que hemos visto una serie de prácticas que podemos realizar para minimizarlos como: mantener la espalda recta, apoyarse firmemente, evitar movimientos bruscos, calzado y vestimenta adecuados...

6 Bibliografía

1. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es>
› ...PDF lectura 6 tecnicas de movilizacion de pacientes para trabajadores del sas
2. <https://revistamedica.com>
› tecnicas-... Técnicas de movilización y transferencias realizadas por los celadores - Ocronos
3. <http://www.hospitalregionaldemalaga.es>
› ...PDF MOVILIZACION MANUAL DE PACIENTES:

Capítulo 197

CALIDAD DEL SUEÑO EN LAS PERSONAS MAYORES

ALEJANDRO CEPEDAL FERNÁNDEZ

ELENA VAZQUEZ BARBON

CRISTINA TUYA FERNÁNDEZ

AROA GONZÁLEZ GARCÍA

ALBA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Esta ampliamente contrastado en la literatura científica que la calidad del sueño deteriora con la edad. En los últimos y recientes trabajos sobre el tema, observamos que solo el 20% de las personas mayores están satisfechas con la calidad de su sueño.

Padecer insomnio, retraso en coger el sueño, frecuentes despertares, sueño ligero, de corta duración, etc., son algunos de los principales trastornos que indican sufrir estas personas de edad avanzada. Además, se ha comprobado en diferentes pruebas clínicas que también existe una baja eficiencia del sueño, una disminución del sueño ortodoxo y una disminución del tiempo de sueño.

Por otro lado, la deficiente calidad de sueño en este grupo etario es sinónimo de aumento de los riesgos de caídas, con todas las consecuencias que conlleva (frac-

turas óseas, inmovilización, problemas respiratorios...). Algunas veces, incluso se puede llegar al fallecimiento por problemas cardíacos, traumatismos craneales...

El aumento de quejas en los mayores con mal sueño se relaciona, de forma importante, con un aumento de quejas de síntomas respiratorios, con limitaciones físicas, la toma de fármacos no prescritos por el facultativo, con síntomas depresivos...

Una duda muy generalizada entre los autores es que debate con cierta frecuencia es que, si el deterioro del sueño con la edad es fruto del envejecimiento de la persona en si misma, o más bien de hechos que se relacionan con este envejecimiento como el aumento de toma de fármacos, una pobre calidad de vida, presencia de factores psicopatológicos...

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer la importancia que tiene el deterioro del sueño con la edad, y además intentar identificar cuáles son los parámetros del sueño, que más se desajustan con el avance de la edad.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se empleará el método de la revisión sistemática de documentos sobre la calidad del sueño en las personas mayores, obtenidos en bases de datos de páginas especializadas de internet como Pubmed, Medline, Cochrane... y en revistas especializadas como Science...

El periodo de publicación de los documentos se limitó al periodo entre el año 2014 y el año 2020, y las palabras claves utilizadas han sido: sueño, ancianos, deterioro.

En una primera colección se obtuvieron 30 trabajos relacionados con el tema de este estudio, a los cuales se les aplicó unos criterios de inclusión/exclusión, terminando siendo seleccionados 11 trabajos válidos para nuestro estudio.

4 Resultados

Los datos objetivos obtenidos de nuestra revisión bibliográfica, en respuesta a nuestro objetivo fueron los siguientes.

El instrumento utilizado con mucha validez por los investigadores es el cuestionario de Pittsburgh para el sueño. Tiene una alta fiabilidad demostrada en numerosos trabajos. Se compone de cuestionario de preguntas sobre los hábitos de sueño del último mes.

Al analizar los datos de este estudio encontramos evidencia que la calidad del sueño se va deteriorando con el avance de la edad en las personas. La puntuación en los trastornos del sueño aumenta con la progresión de la edad, por lo que esto parece avalar la hipótesis de que este deterioro del sueño es consecuencia del propio envejecimiento.

Parece ser que el aspecto que más se deteriora con la edad es la eficiencia del sueño, es decir que no se duerme una parte importante del tiempo que se está acostado. Parece haber unanimidad entre los autores en decir que el deterioro del sueño está en relación con factores circadianos, como una ruptura del propio ritmo, y por otro lado con la presencia de somnolencia diurna con pequeñas siestas.

En este sentido, observamos en nuestra revisión documental que, en las personas mayores con problemas de insomnio, con problemas de conciliación del sueño, hay presencia de un retraso en el ritmo de la temperatura corporal, pudiendo sugerir que existir un ritmo de sueño adelantado o fragmentado.

La principal queja de las personas ancianas, tanto institucionalizadas como en la comunidad, es la dificultad para mantener el sueño a lo largo de toda la noche, con pequeños despertares que fragmentan la continuidad del sueño.

Una posible respuesta aportada por diferentes autores es que los ancianos pasan más tiempo acostados en la cama del que debieran y del que fisiológicamente necesitan, por lo que la continuidad en el sueño nocturno se ve afectada, con fragmentación.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir observando que el cuestionario del sueño de Pittsburgh es el instrumento más utilizado para la valoración de la calidad del sueño en personas mayores, con alta fiabilidad y eficacia.

Por otro lado, también concluimos que el deterioro de la edad es gradual y progresivo con la edad, por lo que es más evidente en las personas ancianas. El deterioro del sueño va creciendo gradualmente conforme avanza la edad, afectando sobre

todo la menor duración del sueño.

En la prevalencia existente sobre la calidad del sueño en ancianos, se nota que en personas mayores de 80 años es menor que en otras franjas de edades, también superiores también a 65 años. Este dato nos puede indicar que el dormir bien es un factor que aumenta la longevidad y la calidad de vida de las personas mayores.

6 Bibliografía

1. López C. El insomnio en el anciano. *Enferm Docente*, 2000, 69; 31-34.
2. Estivill E. El sueño ese desconocido (Tomo2). Madrid: Editorial Médica Internacional, S.A. (EMISA), 1991.
3. Azúa MD, Lample AM, Monzón A, García S, Blasco M. Necesidad de sueño en el anciano. *Enf. Cient.* 1998; 78:41-42.
4. Salgado A, Guillén F. Manual de geriatría (2ª edición). Barcelona: Masson-Salvat Medicina, 1994.
5. Durán M, Torrado V. terapia de conducta en el insomnio de ancianos. *Rev Esp Geriatr y Gerontol.* 1993; 28(1): 18-23.
6. González P, Pedregal JA, Bousoño M, Bobes J. Manejo del paciente con insomnio (1ª Edición). Oviedo: I. Gonfer, 1994.
7. Romero O. insomnio en ancianos: afectación cognitiva y actitudes terapéuticas. *Rev neurol*, 2000; 30(6): 591-593.
8. González FJ. Insomnio e hipnóticos. Hipnóticos en ancianos. *Farm Clin.* 1992; 9(6): 503-513.
9. Pérez A. Enfermería geriátrica: Madrid: Editorial Síntesis, 1995.
10. Royuela A, Macías JA, Conde VJM. Calidad de sueño en ancianos. *Psiquis* 2000; 21(1): 32-39.
11. Estivill Sancho E. Conceptos actuales en los problemas del sueño en el anciano. *Rev Esp Geriatr y Gerontol.* 1990, 25(5): 265-267.

Capítulo 198

EL DUELO Y LOS CUIDADOS ENFERMEROS

SILVIA MARIA VILLAR LUEJE

CRISTINA CRISTOBAL ALLER

1 Introducción

La pérdida de un ser querido es una de las experiencias más dolorosas por las que una persona puede pasar en su vida.

En un sentido por entender la muerte, encontramos el duelo, con un conjunto de representaciones mentales y conductas vinculadas que nos proporcionan elementos para la elaboración efectiva de dicho proceso.

Considero que el vivir la muerte de nuestros seres más queridos es un suceso tan fuerte, que se tiene que atravesar todo un proceso de duelo, en el que se pondrán de manifiesto todos los mecanismos de defensa, antes de conseguir llegar a la aceptación de este acontecimiento. Es por esta razón, que este artículo quiere aportar algunas consideraciones sobre la muerte, y así mismo, abordar las etapas que se transitan durante el duelo.

Duelo:

El duelo es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida (pérdida de un empleo, pérdida de un ser querido, pérdida de una relación, etc.). Aunque convencionalmente se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida, el duelo también tiene una dimensión física, cognitiva, filosófica y de la conducta

que es vital en el comportamiento humano y que ha sido muy estudiado a lo largo de la historia.

En la actualidad se encuentra en discusión el tema de si otras especies también tienen sentimientos de duelo como los seres humanos, y en algunas de ellas se han observado comportamientos peculiares ante la muerte de sus congéneres.

Etapas principales del duelo:

Según el modelo descrito por el libro de la doctora Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) "On death and dying", el duelo se manifiesta en cinco fases:

1. Fase de Negación. Negarse a sí mismo o al entorno que ha ocurrido la pérdida
2. Fase de Enfado, Indiferencia o Ira: Estado de descontento por no poder evitar la pérdida que sucede. Se buscan razones causales y culpabilidad.
3. Fase de Negociación. Negociar consigo mismo o con el entorno, entendiendo los pros y contras de la pérdida. Se intenta buscar una solución a la pérdida a pesar de conocerse la imposibilidad de que suceda.
4. Fase de Dolor Emocional (o depresión). Se experimenta tristeza por la pérdida. Pueden llegar a sucederse episodios depresivos que deberían ceder con el tiempo.
5. Fase de Aceptación. Se asume que la pérdida es inevitable. Supone un cambio de visión de la situación sin la pérdida; siempre teniendo en cuenta que no es lo mismo aceptar que olvidar.

Tipos de duelo:

El duelo no es una enfermedad, aunque puede llegar a serlo si su elaboración no es correcta. Diferentes autores han dado diferentes tipologías de duelo, si bien se carece de una tipología comúnmente aceptada por todos. Se ha hablado, por ejemplo, de duelos complicados, crónicos, congelados, exagerados, reprimidos, enmascarados, psicóticos... y una larga lista.

- Duelo bloqueado: Ocurre una negación a la realidad de la pérdida, donde hay una evitación del trabajo de duelo, y un bloqueo emocional-cognitivo que se manifiesta a través de conductas, percepciones ilusorias, síntomas somáticos o mentales o relacionales.
- Duelo complicado: Síntomas o conductas de riesgo sostenidas en el tiempo y de intensidad riesgosas para la salud dentro de un contexto de pérdida.
- Duelo patológico: La persistencia o intensidad de los síntomas ha llevado a alguno o varios de los miembros de la familia a detener la vida laboral, social, académica, orgánica.

2 Objetivos

Conocer los tipos de duelo para actuar ante dicha situación a la hora de dirigirse a los familiares de los fallecidos.

3 Metodología

Papel de Enfermería frente al duelo:

- Escuchar activamente → escucha terapéutica. Ayuda a comprender las necesidades de la persona afligida
- Transmitir confianza ya que la persona opina que si cuenta una serie de pensamientos puede ser rechazada. Recordarle la confidencialidad
- Expresar sentimientos y actitudes positivas, no de rechazo, juicio... solo de respeto.
- Resaltar aspectos y capacidades positivas de la persona presente y/o ausente
- No juzgar los pensamientos
- Respetar las respuestas emocionales
- Favorecer la expresión de sentimientos con preguntas
- Presentar a otra persona que haya pasado y superado una situación similar
- Prevenir riesgos físicos: suicidio, autolisis, lesión a otras personas

4 Resultados

Tipos de duelo:

El duelo no es una enfermedad, aunque puede llegar a serlo si su elaboración no es correcta. Diferentes autores han dado diferentes tipologías de duelo, si bien se carece de una tipología comúnmente aceptada por todos. Se ha hablado, por ejemplo, de duelos complicados, crónicos, congelados, exagerados, reprimidos, enmascarados, psicóticos... y una larga lista.

- Duelo bloqueado: Ocurre una negación a la realidad de la pérdida, donde hay una evitación del trabajo de duelo, y un bloqueo emocional-cognitivo que se manifiesta a través de conductas, percepciones ilusorias, síntomas somáticos o mentales o relacionales.
- Duelo complicado: Síntomas o conductas de riesgo sostenidas en el tiempo y de intensidad riesgosas para la salud dentro de un contexto de pérdida.
- Duelo patológico: La persistencia o intensidad de los síntomas ha llevado a alguno o varios de los miembros de la familia a detener la vida laboral, social,

académica, orgánica.

Para poder intervenir, es necesario aceptar y conocer su propia patología y examinar el significado personal de la muerte.

Valoración:

- Objetivos y expectativas del cliente y familia
- Conocimientos del diagnóstico terminal
- Fase de la muerte/ duelo
- Percepción del paciente de asuntos pendientes
- Habilidad de afrontamiento del paciente y la familia
- Presencia de miembros en la familia susceptibles a problemas
- Adaptación durante el proceso de duelo.

Planificación:

Un plan completo de intervención implica la colaboración con los miembros del equipo multidisciplinar, la familia y los seres cercanos, y movilizar los recursos de la comunidad.

Intervención:

- Facilitar la comprensión del proceso de duelo
- Dar información
- Comunicar
- Dar soporte
- Mantenimiento de la autonomía
- Fomentar la realidad de la pérdida
- Planificación para el futuro

5 Discusión-Conclusión

El proceso de duelo debe vivirse dignamente, lo que implica enfrentar el dolor y el sufrimiento, permitiéndonos asimilar cada una de nuestras emociones que van apareciendo durante el proceso de duelo.

La muerte de un ser querido y su impacto, dependerá del grado de intimidad de la relación, pero también de la capacidad de desprendimiento.

Las emociones se ven afectadas durante dicho proceso, ya que pocas veces estamos preparados para poder comprender la ausencia de los seres que amamos, y esto nos conduce en ocasiones a disminuir nuestra vida social y experimentar sentimientos de coraje, impotencia, culpa, en sí, un coctel de sentimientos.

Reconocer y abrirse al dolor permite al sujeto sentir ese dolor, mirarlo, abrazarlo, expresarlo y, lo más importante, no reprimirlo. Así, el duelo fluctúa entre el hacer y el sentir, dando una orientación que permita aceptar y entender, intelectual y emocionalmente, la pérdida.

El papel de la Enfermería juega una importante labor ya que realizamos importantes intervenciones encaminadas a la ayuda del manejo del dolor.

6 Bibliografía

1. Gómez M, La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto, Madrid, Arán ediciones, 2007.
2. Espina A, El Enfermo Terminal Asistencia a la Familia y el proceso del Duelo, Cuadernos de terapia familiar. 2009, San Sebastián.
3. Payás A, Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional. Madrid, Paidós, 2010.
4. Navarro Serer, M. (2006). La muerte y el duelo como experiencia vital: acompañando el proceso de morir. Información Psicológica, (88). ISSN 0214-347 X – D.L. V-841-1983. p. 17
5. Bayés, R. (2001). Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca

Capítulo 199

ÚLCERA PÉPTICA, SÍNTOMAS, CAUSAS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

TANIA BERNAL ALVAREZ

ROSA LUZ LEAL FERNÁNDEZ

MARGARITA ALVAREZ HERNANDEZ

1 Introducción

Podemos definir como aparato digestivo a aquel que está formado por una serie de órganos huecos que se encuentran unidos entre si mediante el tubo con-torneado y largo que va desde la boca al ano, formado por el tracto digestivo, páncreas, hígado y vesícula biliar que trabajando con los nervios, las hormonas, la sangre, las bacterias digieren los alimentos y líquidos que el ser humano digiere durante el día.

Las principales funciones del aparato digestivo son la introducción de nutrientes y Agua en el torrente circulatorio mediante la conversión del alimento por frag-mentación mecánica y digestión química en moléculas pequeñas, así como elim-inar los productos de desecho resultantes del proceso de digestión. Estos Nutri-entes y agua son imprescindibles para el buen funcionamiento del organismo

El aparato digestivo está protegido por una mucosa que tiene la finalidad de proteger al estómago e intestino delgado de los ácidos fuertes que se producen durante la digestión; si ésta disminuye, o la cantidad de ácido presente aumenta, se puede formar una llaga abierta o úlcera, en el revestimiento del estómago, intestino delgado o esófago.

Se denomina úlcera gástrica la formada en el estómago, duodenal, es una úlcera péptica que se manifiesta en el duodeno que es la primera parte del intestino delgado. Los síntomas más comunes son dolor de estómago ardiente, hinchazón, eructos, sensación de plenitud, náuseas, intolerancia a los alimentos grasos, acidez.

2 Objetivos

El objetivo que pretendemos al realizar este trabajo es analizar las principales razones por las que se produce una úlcera péptica, así como describir los métodos más eficaces para prevenirlas y los tratamientos una vez estén instaurados.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una investigación en Google académica, buscando artículos y revistas científicas así como revisiones bibliográficas en diferentes libros y artículos. Se han consultado bases de datos como Pubmed, Medline, Scielo, con el fin de buscar la máxima información del tema.

4 Resultados

Las distintas evidencias científicas ponen en evidencia que la causa más común que produce la úlcera es una bacteria, la *Helicobacter pylori*, que si no es diagnosticada y tratada puede inflamar el recubrimiento interior y producir una úlcera. La bacteria puede ser transmisible de una persona a otra, a través de la comida, el agua, por el uso de algunos medicamentos como analgésicos (aspirinas), antiinflamatorios (ibuprofeno, naproxeno sódico) esteroides, anticoagulantes, etc, factores de riesgo importantes son el tabaco, alcohol, el estrés, alimentos picantes que aún no siendo causantes diferentes de la úlcera si que pueden empeorarla o dificultar su curación. Se pueden formar úlceras pépticas, si no se tratan, produciéndose sangrado interno, perforación de estómago o intestino, obstrucción intestinal, o incluso cáncer.

Los síntomas más evidentes son la acidez y el reflujo, siendo signos menos frecuentes la hematemesis o vómitos de sangre (roja o negra), melenas o heces oscuras, debilidad, pérdida de peso, cambios en el apetito, ante cualquier de los signos anteriormente descritos se ha de acudir al médico que realizará las pruebas diagnósticas pertinentes como análisis de sangre, de heces o de aliento (que suele ser la más precisa) endoscopias o una serie gastrointestinal superior (rayos X del sistema digestivo superior)

Existen medidas higiénicas básicas que pueden ayudarnos a prevenir y protegernos medidas como lavarse las manos con agua y jabón, lavado de alimentos y objetos de cocina. alimentos cocinados y tratados correctamente, en general todas aquellas medidas higiénicas que prevengan contagios e infecciones. Los analgésicos, antiinflamatorios y demás fármacos potencialmente peligrosos tomarlos con cuidado en dosis bajas que sean suficientes para aliviar el dolor y siempre acompañados de alimentos. Evitar el consumo de tabaco, alcohol, si se toman medicamentos, protegerse tomando protectores de estómago o antiácidos.

El estómago vacío aumenta el dolor, el cual puede aliviarse comiendo ciertos alimentos o tomando medicación que reduzca la acidez.

5 Discusión-Conclusión

Es indudable que un correcto funcionamiento del aparato digestivo es esencial para cubrir la necesidades del cuerpo humano, los nutrientes y el agua que se aportan durante la digestión son imprescindibles para que el cuerpo funcione correctamente, si el aparato digestivo es capaz de descomponer dichos nutrientes en partículas tan pequeñas que el cuerpo sea capaz de aprovechar dichos nutrientes, estos aportarán energía, crecimiento y regeneración celular, de ahí la necesidad de tener un tracto digestivo en perfectas condiciones.

Queda suficientemente demostrado que si bien es cierto que las úlceras pépticas se producen en su mayoría por bacterias y por medicaciones que resultan muy agresivas para las mucosas que recubren el aparato digestivo, existen agentes externos como los hábitos de salud que no contribuyen para nada en su erradicación, de ahí la necesidad de cambiar costumbres y hábitos tóxicos.

Podemos afirmar también que es necesario, reconocer los síntomas y hacer una detección precoz, consiguiendo que la cicatrización se realice lo antes posible, evitando daños irreparables o mayores.

6 Bibliografía

1. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/aparato-digestivo-funcionamiento>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000206.htm>
3. <https://www.cvadi.es/funcionamiento-del-aparato-digestivo/>
4. <https://medlineplus.gov/spanish/digestivesystem.html>
5. <https://www.cun.es>>
ulcera-peptica
6. <https://scielo.isili.es>>scielo
7. <https://www.mayoclinic.org>>es-es
8. <https://medlineplus.gov>>article
9. <https://www.niddk.nih.gov>>tratamiento
10. <https://www.msdmanuals.com>>hogar

Capítulo 200

CONOCER EL PIE DIABÉTICO

CRISTINA CRISTOBAL ALLER

SILVIA MARIA VILLAR LUEJE

GONZALO PRIETO CRISTOBAL

1 Introducción

Las personas con diabetes pueden tener muchas complicaciones, una de las más importantes es la lesión de los pies como consecuencia de la neuropatía. Incluso los problemas normales pueden empeorar y llevar a complicaciones severas. Los problemas de los pies generalmente se producen cuando hay daño a los nervios, lo que se denomina neuropatía, que resulta en la pérdida de sensación en los pies. La mala circulación y cambios en la forma de los pies o dedos también pueden causar problemas.

Las complicaciones en extremidades inferiores son una causa importante de hospitalización, incapacidad, morbilidad, y mortalidad entre la gente con diabetes. La educación en la prevención de ulceración o pie de riesgo en la diabetes evitaría costes médicos, sociales, y económicos importantes.

Las complicaciones diabéticas del pie son costosas, pero más allá de los intereses financieros son las angustias inevitables sociales y psicológicas a los pacientes y sus familias.

La enseñanza al paciente y a los profesionales de salud son las maneras de reducir factores de riesgo y de prevenir la pérdida de miembros debido a la enfermedad del pie son estrategias importantes para reducir costes.

Según la estrategia de la prevención, perceptiblemente mejorará el control glucémico de la población con diabetes, bajando así la incidencia en los factores de riesgo y de otras complicaciones, debería ser más eficaz en la prevención de la ulceración y de la amputación del pie, esfuerzos que se enfocan solamente en las personas ya catalogadas de alto riesgo.

2 Objetivos

Enumerar los posibles cuidados que se pueden realizar ante la situación de un paciente con pie diabético mencionando sus beneficios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

HIGIENE.

Es necesario lavar los pies diariamente con manopla, esponja suave o la mano tibia (menos de 37°). No prolongar el baño más de 5 minutos para no provocar maceración de la piel. Utilizar jabón neutro añadiendo aceite de parafina al agua para que sea más emoliente.

SECADO.

Para secar los pies es mejor hacerlo por contacto, evitando en lo posible la fricción y presentado una atención especial a las zonas interdigitales. Si no se seca bien el pie, se suele favorecer el crecimiento de microorganismos patógenos.

HIDRATACIÓN.

Después de la higiene diaria hay que aplicar crema hidratante en talón, planta y dorso de ambos pies para evitar la sequedad. Para ello utilice cremas de urea al 15%. Es contraproducente hidratarse los espacios interdigitales o hacer masajes con alcohol o colonia.

LAS UÑAS.

Las uñas tienen una función de protección, por lo tanto, deben sobresalir 1 o 2 milímetros por delante del pulpejo del dedo y, en este sentido, el corte de la uña del pie debe ser recto (y no curvo como el de las manos). Las uñas deben cortarse con tijeras de punta redonda, o bien, limarse con una lima de cartón (nunca metálica).

CALLICIDAS.

No utilice callicidas ni manipule los callos u otras lesiones de sus pies. Si detecta cualquier anomalía, consulte con su equipo asistencial.

CALZADO.

Revisar el interior del calzado antes de ponérselo, con el fin de detectar cualquier piedrecilla u objeto afilado.

Saber escoger el calzado es muy importante, debe reunir las siguientes características:

- De piel y de suela antideslizantes y rígida
- Con cordones o “velcro”
- Talón ancho y no demasiado alto (2-3 cm en hombre, 5cm en mujeres)
- Sin costuras en el interior
- Termoadaptables
- Pala de licra en caso de tener los dedos alterados
- Las suelas y tacones no deben estar gastadas
- Al comprar un nuevo calzado, es conveniente ir a última hora del día, pues es cuando el pie está más hinchado.
- No utilizar siempre el mismo calzado
- La adaptación a unos nuevos zapatos debe ser progresiva

PROTECCIÓN

Evite andar descalzo sobre cualquier tipo de superficie o piso. El pie debe estar siempre (en casa, en la playa, en la piscina, etc) bien protegido para prevenir lesiones innecesarias.

No utilice nunca almohadillas eléctricas, botellas de agua caliente o cualquier otra fuente de calor para calentarse los pies. Podría quemarse sin darse cuenta debido a la alteración de la sensibilidad.

Controlar siempre: los niveles de glucosa, el peso, la tensión arterial y el colesterol. Evitar el tabaco.

Vigilar diariamente los pies para detectar cualquier cambio o anomalía. La autovvaloración es muy importante para evitar las complicaciones. Por esa razón

debes revisar todo el pie sin olvidar la planta. Puedes ayudarte de un espejo o de otra persona si fuera necesario.

En caso de ver alguna anomalía acudir al centro de salud.

Una de las principales consecuencias que surgen de la diabetes es la neuropatía, la cual puede dar lugar a la lesión de los pies. La neuropatía sensorial, autonómica y del motor actúan sinérgicamente para causar complicaciones diabéticas del pie. La polineuropatía sensorial periférica es un factor de riesgo patofisiológico importante para la ulceración y la amputación del pie. Cerca del 50% de pacientes con diabetes de 15 años de evolución tienen neuropatía sensorial periférica. La pérdida de sensación protectora permite que la sensación de trauma pase desapercibido por el paciente. La pérdida de sensación protectora afecta a los dedos y a los pies primero, aunque las funciones del sensor motor de los dedos de las manos pueden también ser deterioradas.

Una manera rápida y fácil de identificar los pies sin la sensación protectora es evaluar la capacidad del paciente de percibir la presión de un monofilamento 5.07 aplicado en los sitios más comunes de la ulceración potencial. Estos sitios son la superficie plantar del dedo gordo del pie y del quinto dedo del pie, las cabezas metatarsales plantares (primero y quinto) y el talón.

5 Discusión-Conclusión

Una estrategia importante en el manejo de la diabetes es enseñar a pacientes y profesionales de salud a reducir los factores de riesgo para disminuir las complicaciones.

El pie es la parte olvidada del organismo, pero los pacientes diabéticos deben tener especial cuidado y deben aprender a revisárselos a diario. Se debe mirar entre los dedos a diario, cuando ponemos o quitamos calcetines; un espejo puede ayudar a examinar zonas difíciles además de todos los cuidados que hemos comentado anteriormente.

Es clave la formación del personal sanitario para proporcionar una buena educación sanitaria a los pacientes diabéticos de cómo prevenir las posibles complicaciones que pueden desencadenarse como consecuencia de la diabetes.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 201

FASCITIS PLANTAR

CELIA MARTINO GONZALEZ

CYNTHIA GEDDES CUETO

EVA MARÍA LÓPEZ ALVAREZ

BEGOÑA RIVERA QUESADA

1 Introducción

La fascitis plantar es una enfermedad que se produce por la inflamación de la fascia plantar.

La fascia plantar es una banda de tejido grueso que atraviesa la planta del pie y conecta el hueso del talón con los dedos de los pies (fascia plantar). Esta estructura tiene una función muy importante en el caminar, es una de las responsables de absorber y devolver la energía que se produce cuando el pie impacta en suelo, protege a los huesos metatarsianos evitando un exceso de flexión en los dedos.

La fascitis plantar la padece alrededor de un 10% de la población en algún momento de su vida, es una de las patologías que más tratan los podólogos.

Es habitual entre deportistas, sobre todo corredores y personas con obesidad. El resto de la población suele padecerla a partir de los 45 años.

Esta patología se manifiesta con un dolor agudo en la zona interna de la planta del pie, entre el talón y el arco interno, aparte del dolor produce excesiva sensibilidad en la parte interna del talón, hinchazón del pie y enrojecimiento.

La fascia durante la noche está más corta y rígida debido al reposo del pie, por eso los primeros pasos que dan las personas que lo padecen les resulta muy dolorosos,

durante el día y con el caminar la fascial se estira por eso se reduce el dolor, lo mismo sucede tras largos periodos de reposo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar los factores que influyen en esta enfermedad.

Objetivos secundarios;

- Exponer algunas de las causas y soluciones.
- Mostrar la incidencia en la población.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una búsqueda sistemática en distintas bases de datos como Scielo, Medline. También en buscadores como Google Académico, artículos ,revistas, publicaciones y distintas fuentes.

Palabras clave: pie, fascia, fascitis, traumatología y podología.

4 Resultados

El número de personas afectadas por la fascitis plantar en España ronda el 10%, de la población , se relaciona principalmente con personas que padecen obesidad y deportes de impacto como puede ser baloncesto , ballet, body pump, corredores y saltar. Aunque también afecta a personas con pies planos, o todo lo contrario, un arco alto, personas que tengan un mal patrón al caminar , todo esto puede afectar a la hora de distribuir el peso del cuerpo.

La edad es un factor más de riesgo, a partir de los 50 años el cuerpo pierde elasticidad, en músculos, ligamentos y articulaciones por ello la capacidad de amortiguación del pie irá decreciendo y tendremos más riesgo de sufrir patologías como la fascitis plantar.

Aunque durante los primeros seis meses suele doler solo por las mañanas, esto afecta a los pacientes actividades de su vida diaria debido al dolor, esto duplica la ansiedad y el estrés en muchos pacientes que utilizan el deporte para evitarlo.

Se soluciona realizando al paciente estiramientos del gemelo y del sóleo, hay que realizarlos frecuentemente dado que el resultado no es inmediato, se puede com-

binar con analgesia, también se suele usar vendajes funcionales, láser, plantillas podológicas o fisioterapia, aun así un gran porcentaje de los pacientes no mejora, en estos casos se recomienda el tratamiento quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico se realiza mediante endoscopia, que se caracteriza por ser un método poco invasivo, o también con cirugía abierta. En esta cirugía lo que se realiza es un corte en la parte del ligamento de la fascia, lo que supone aliviar la hinchazón y liberar la tensión .

Para diagnosticar la fascitis plantar se puede realizar radiografías, resonancias magnéticas u otras pruebas de imagen.

5 Discusión-Conclusión

La fascitis plantar es un problema mayor de lo que nos gustaría en la población , es difícil de precisar su prevalencia porque la gran mayoría de los que la padecen no acuden a consulta de traumatología cuando empiezan a aparecer los primeros síntomas, sino que van directamente a un fisioterapeuta, masajista , toman analgesia o buscan una solución alternativa.

Ignorar esta patología puede causar un dolor crónico.

Es aconsejable para prevenir molestias el usar un calzado adecuado con plantillas hechas a medida, suela gruesa para amortiguar los impactos , cambiar la manera de caminar, evitar el sobrepeso y usar bastones.

6 Bibliografía

1. Revista latinoamericana de Cirugía Ortopédica.
2. <https://www.mayoclinic.org>
3. <https://medlineplus.gov>
4. <https://scielo.org>

Capítulo 202

EL INSOMNIO, UN PROBLEMA COMÚN Y FRECUENTE

CYNTHIA GEDDES CUETO

CELIA MARTINO GONZALEZ

EVA MARÍA LÓPEZ ALVAREZ

BEGOÑA RIVERA QUESADA

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, el sueño es un período fisiológico de reposo que permite al cuerpo y a la psique descansar y reestablecer su equilibrio.

En este proceso el ser humano ocupa alrededor de un tercio de su vida, teniendo en cuenta que el descanso óptimo y recomendado es de alrededor de 8 hs., podemos entender que esto nos ocupe tanto tiempo debido a la importancia que tiene tanto el sueño como el buen dormir.

A priori fue considerado como un fenómeno pasivo en el que no ocurría nada aparentemente, pero luego de la aparición de técnicas de medición de la actividad eléctrica cerebral, se llegó a la conclusión de que es un estado de conciencia dinámico en el que se puede llegar a tener una actividad cerebral tan activa como en periodos de vigilia .

Dormir es una necesidad básica y fundamental, la cual nos permite estar en equilibrio tanto a nivel físico como emocional, nos permite la supervivencia.

Mientras dormimos además de la reparación celular, la recuperación de la energía, y la regulación de la temperatura corporal, se consolidan el aprendizaje y la memoria, almacenando los recuerdos relevantes y olvidando los que no lo son. El insomnio o agripnia es la dificultad para conciliar o mantener el sueño.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de insomnio, los síntomas, las causas y las posibles consecuencias.
- Exponer las recomendaciones para un buen dormir.

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.

También se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

Se utilizaron las siguientes palabras clave: insomnio, sueño, dormir, higiene.

4 Resultados

El insomnio es un trastorno del sueño bastante común y frecuente.

Los síntomas son:

- Estar despierto un largo período de tiempo antes de poder conciliar el sueño.
- Dormir cortos periodos de tiempo.
- Despertarse durante la noche.
- Despertarse muy temprano.
- Despertarse como si no se hubiera dormido nada.

TIPOS DE INSOMNIO :

* Según la duración

- Agudo: dura algunos días o algunas semanas. Suele deberse a algo puntual o algo que nos preocupa.
- Crónico: cuando el insomnio dura más de un mes.

* Según la naturaleza

- Insomnio de conciliación.
- Insomnio de mantenimiento.

- Insomnio de despertar precoz.
- Insomnio global: aparecen los tres tipos anteriores, es el más grave, el tiempo de sueño es muy insuficiente.

CAUSAS:

Hay múltiples causas, entre las que encontramos

- Trabajo a turnos, que altera los ciclos circadianos.
- Jet lag ,producido por un viaje en el que se cruzan varios husos horarios.
- Estilo de vida sedentario.
- Malestar emocional.
- Stress en el trabajo, presión familiar.
- Síndrome de estrés postraumático, debido a una muerte, una pérdida, un accidente, un acto violento, etc.
- Uso de algunos fármacos.
- Abuso de estimulantes, como cafeína, nicotina, alcohol.
- Malos hábitos de sueño.
- Padecer enfermedades como: dolor crónico, cáncer, diabetes, hipertiroidismo, Parkinson, Alzheimer.
- Depresión.

CONSECUENCIAS:

- Somnolencia diurna.
- Falta de energía.
- Irritabilidad.
- Ansiedad.
- Falta de concentración.
- Falta de atención.
- Bajo rendimiento en el trabajo.
- Aumento de riesgo de padecer enfermedades cardíacas e hipertensión.
- Aumento del riesgo de accidentes.
- Depresión.
- Abuso de sustancias .
- Deterioro de la vida laboral, familiar, social.

PREVENCIÓN:

Se le llama Higiene del sueño a los buenos hábitos que lo promueven, y previenen el insomnio.

- Procurar acostarse y despertarse a la misma hora todos los días.

- Realizar actividad física a diario preferiblemente por la mañana o hasta 3 hs antes de acostarse.
- Cenar temprano (3 hs antes de acostarse), evitando comidas copiosas.
- Evitar o limitar el alcohol, la cafeína y la nicotina.
- Limitar o evitar las siestas.
- Evitar la TV, el ordenador, el móvil ,o cualquier tipo de pantalla un par de horas antes de acostarse .
- El dormitorio debe ser cómodo, silencioso, sin luz , la temperatura adecuada y sólo debe usarse para dormir (no TV ni leer).
- Crear un ritual relajante antes de dormir, como un baño, meditar, escuchar música suave.
- Evitar llevar los problemas a la cama.
- Beber infusiones relajantes como la tila, melisa, lavanda, pasiflora, etc.

5 Discusión-Conclusión

Cuando una persona sufre de insomnio, duerme poco o tiene un sueño con poca calidad, y eso influirá negativamente en su vida cotidiana y en su calidad de vida, repercutiendo en todas las esferas : la física, la íntima, la familiar, la social, la laboral, la financiera y la emocional.

Es importante detectar el problema a tiempo para evitar que éste se cronifique.

Unas simples pautas de Higiene del sueño podrían ayudar a resolverlo.

A veces la causa es secundaria a otra patología , en ese caso además de la higiene del sueño sería necesario un diagnóstico ajustado para evaluar el uso de fármacos y una terapia conductual.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov>
2. <https://mayoclinic.org>
3. <https://www.cun.es>
4. <https://Scielo.isciii.es>

Capítulo 203

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PROCESO DE VACUNACIÓN

ENCARNACIÓN LOPEZ SANTOS

LUCIA DIAZ RIVERO

CRISTINA RATO DOPAZO

JOYCE ANDREINA CAÑAR MARTINEZ

VICTORIA RIOS ANTON

1 Introducción

La vacunación tiene como finalidad generar una inmunidad adquirida contra una enfermedad concreta para las personas, estas funcionan mediante una estimulación de anticuerpos. Es decir, se introduce un agente semejante al agente que genera la enfermedad, para así que el cuerpo reaccione al mismo y cree una inmunidad para así poder enfrentar la enfermedad en un futuro. Las vacunas han tenido su origen en china en el año 1787, al comienzo de esto se buscaba la erradicación de la viruela, por lo cual la práctica de la vacunación lleva dándose desde hace más de mil años de antigüedad.

La vacuna se descubrió gracias a un británico que observó que la gente que ya se había contagiado previamente de la viruela bovina, no se contagiaban de la

viruela humana. Ahí se descubrió que estas personas ya habían desarrollado inmunidad ante el virus de la viruela.

Desde el comienzo de la vacunación hasta hoy en la actualidad las vacunas han conseguido prevenir decenas de infecciones, incluso se puede afirmar que gracias a las campañas de vacunación a la larga de los años se han conseguido erradicar enfermedades que provocaban en la antigüedad millones de muertes.

Según la organización mundial de la salud, solo con la vacuna del sarampión salvó a 23 millones de vidas entre los años 2000 y 2018, estas especialmente en los niños que eran la población más susceptible.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer cuales son los beneficios que han traído las vacunas.

Objetivos secundarios:

- Exponer cuales son las vacunas que se han desarrollado a lo largo de los años.
- Describir las funciones de los TCAE y el resto de personal de enfermería en las campañas de vacunación.

3 Metodología

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

4 Resultados

A lo largo de los años se han creado multitud de vacunas que han salvado gran cantidad de vidas, entre ellas:

- 1921: tuberculosis
- 1923: difteria
- 1926: tos ferina
- 1935: fiebre amarilla
- 1938: tifus

- 1952: poliomielitis
- 1954: ántrax
- 1963: sarampión
- 1967: parotiditis
- 1969: rubeola
- 1974: meningitis
- 1981: hepatitis B
- 1984: varicela
- 1991: hepatitis A
- 1998: enfermedad de lyme y rotavirus
- 2006: virus del papiloma
- 2009: gripe A
- 2012: Hepatitis E
- 2019: Ébola

No es necesario que en la actualidad nos sigamos vacunando de todas las vacunas citadas, ya que muchas de estas enfermedades ya han sido erradicadas.

Existen varios tipos de vacunas: las atenuadas (agente atenuado), vacunas inactivas (agente muerto), vacunas de subunidades, recombinantes, polisacáridos y combinadas (administran parte del germen), vacunas con toxoides (utilizan una toxina fabricada a partir del agente).

En la actualidad existe un calendario cerrado de vacunación, la mayoría de estas se administran siendo niño entre los 0 y 14 años.

Hay vacunas como puede ser la de la gripe que es necesario repetir la dosis todos los años debido a que el virus sigue mutando constantemente, esta no es obligatoria, pero sí recomendable para grupos más vulnerables como pueden ser las personas de avanzada edad es por eso que todos los años el personal sanitario crea las campañas de vacunación.

Funciones para las campañas de vacunación:

- El Tcae debe contactar a las personas vulnerables y darles toda la información necesario para que ellos tomen la mejor decisión.
- Tcae y enfermero acudirán a los centros residenciales para la administración de las vacunas, mientras el enfermero vacuna, el tcae rellenará la documentación necesaria.

En algunos casos serán los tcaes de los propios centros residenciales los que administren las vacunas.

- Todo el personal sanitario se juntara para crear la campaña de vacunación, crear los posters que anunciaran las fechas de vacunación.
- El tcae será el encargado de informar a los pacientes cuales serán los posibles efectos adversos.

5 Discusión-Conclusión

Es algo obvio de que las vacunas han salvado millones de vidas, es por eso que en la actualidad se deben de seguir llevando a cabo para conseguir erradicar más enfermedades, la vacunación nunca dejará de existir puesto que en la actualidad siguen apareciendo nuevos agentes patógenos para los cuales se siguen desarrollando vacunas, como claro ejemplo tenemos todos los casos recientes del propio Covid-19, que como se está demostrando pasará a ser una vacunación como la de la gripe que debe repetirse periódicamente, hasta poder conseguir una inmunidad de grupo es decir que al a ver gran parte de la población vacunada, aunque haya gente no vacunada, le sirva la vacuna del resto de la población para no contagiarse.

6 Bibliografía

1. Harvard University Library Open Collections Program. Contagion: Historical views of diseases and epidemics. Acesado el 17 enero 2018.
2. Kendrick, P., Eldering, G. A study in active immunization against pertussis. American Journal of Hygiene 29:133-153.
3. Marks, H.M. The 1954 Salk poliomyelitis vaccine field trial. Clinical Trials. 2011 Apr;8(2):224-34. Acesado el 17 enero 2018.

Capítulo 204

EL ALZHEIMER, ¿CUANTO LO CONOCES?

ISABEL GONZÁLEZ ZAMARREÑO

1 Introducción

El Alzheimer también conocido como demencia senil es una enfermedad que produce problemas en la memoria de la persona que la padece. Los síntomas habitualmente progresan de manera lenta y aumentan su gravedad con el tiempo, llegando al punto de obstaculizar la realización de las tareas cotidianas como pueden ser: comer, vestirse, recordar familiares, etc. Esta enfermedad es la causa del 60-80% de los casos de demencia. La mayoría de pacientes que padecen este achaque son mayores de 65 años, debido a que uno de los factores de riesgo de esta es el incremento de edad.

El Alzheimer empieza despacio. En primer lugar comienza afectando a las zonas del cerebro que se encargan del pensamiento, la memoria y el lenguaje.

Según va avanzando el tiempo, el Alzheimer va empeorando. El paciente no es capaz de reconocer a sus familiares, le es muy complicado escribir, hablar, leer e incluso se le pueden olvidar tareas diarias como por ejemplo como lavarse los dientes, peinarse, etc.

Según evoluciona la enfermedad las personas que la sufren pueden tener episodios de ansiedad o de agresividad. Finalmente, estas personas necesitan tener cuidados totales, una persona que se encargue de ellos y de sus cuidados.

Para el Alzheimer, actualmente no se conoce un tratamiento o cura que lo detenga, pero bien es cierto, que existen medicamentos capaces de retrasar el empeoramiento de los síntomas por un tiempo.

2 Objetivos

Objetivo Principal:

- Conocer la enfermedad del Alzheimer.

Objetivos Secundarios:

- Observar cómo afecta a las personas que lo padecen.
- Describir sus fases.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica sistematizada se ha llevado a cabo recogiendo información sobre el Alzheimer en distintas bases de datos como Google, Google Académico, Medline, Scielo, distintas publicaciones, algunos artículos relacionados con el tema, estudios realizados que hemos encontrado en la nube, etc.

4 Resultados

La enfermedad del Alzheimer como sea dicho anteriormente a groso modo, tiene distintas fases y son las siguientes:

- Fase inicial: en esta fase comienzan los primeros errores de memoria, concentración. Estos fallos se pueden observar cuando la persona va a realizar tareas complejas.

También ocurren cambios de humor, ansiedad, rabia, tristeza.

Es habitual que el enfermo niegue estas evidencias.

Estamos hablando de una duración media de 3 a 4 años.

- Fase Intermedia: en esta ya se empiezan a observar problemas de memoria más graves, problemas para tener una conversación de manera fluida, comienza a aparecer la desorientación.

También en esta fase el enfermo puede sufrir alucinaciones o sufrir ideas delirantes como por ejemplo, que le están persiguiendo, que le han robado, etc.

Es habitual que llegados a este punto sufran de insomnio, su comportamiento ya no sea el adecuado e incluso que tengan episodios de agitación.

Su duración media es de unos 2 a 3 años.

- Fase Final: una vez llegados a esta fase, el enfermo ya no posee nada de memoria, se produce la pérdida completa de esta. Ocurre también la pérdida de lenguaje y la pérdida del control de los esfínteres.

Esta fase, tiene una duración media de 2 a 3 años.

Debemos tener claro que la enfermedad del Alzheimer afecta a la salud mental de la persona a la que afecta, por ello es muy importante intentar que el paciente se sienta seguro y tenga estabilidad en su día a día.

Se le debe dar atención a la persona afectada y según va avanzando la enfermedad deberemos ir dándole todavía más.

Debemos ayudarla en tareas cotidianas que con el paso del tiempo le va a ser imposible realizar, esto debemos de hacerlo de manera que no le creemos más confusión y haciendo que se sienta cómodo.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad del Alzheimer es una enfermedad que afecta a personas mayores de 60 años, según avanza la edad más riesgo tenemos de padecerla. Un factor de riesgo de esta enfermedad es el envejecimiento. El riesgo aumenta también si en la familia se poseen familiares que han padecido la enfermedad.

Actualmente, el Alzheimer no tiene una cura, pero sí se poseen medicamentos capaces de frenar o ralentizar la evolución de los síntomas.

En la actualidad se están realizando diversos estudios para cambiar la evolución de la enfermedad y poder mejorar la calidad de vida tanto de los enfermos como de sus familiares.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/alzheimersdisease.html>
2. <https://www.afaaljarafe.org>
3. <https://www.alz.org>
4. <https://www.wordreference.com/sinonimos>

Capítulo 205

ÚLCERAS POR PRESIÓN: EL PERSONAL SANITARIO QUE PUEDE PREVENIRLO

CORNELIA DOBROTA

1 Introducción

Las úlceras por presión constituyen un importante problema sociosanitario ya que reduce en gran medida la calidad de vida del paciente, empeora su enfermedad, aumenta el tiempo en el hospital y ocasiona importantes costes al sistema de salud.

Las úlceras por presión son lesiones de la piel como consecuencia de la misma postura durante mucho tiempo. Los pacientes encamados tienen un mayor riesgo, ya que por ellos mismos no pueden cambiar de posición.

Las úlceras por presión se manifiestan en tejidos que cubren prominencias óseas o en zonas de apoyo prolongado.

Los principales puntos de presión del cuerpo son:

En decúbito supino: talones, sacro, omoplatos, codos y cabeza.

En decúbito lateral: tobillos, rodillas, trocánter, costillas, hombros y orejas.

En decúbito prono: dedos de los pies, rodillas, genitales (en hombres), mamas (en mujeres), región costal, hombros, mejillas y frente.

Los factores que predisponen a la aparición de úlceras por presión se pueden clasificar en factores extrínsecos y factores intrínsecos.

Los factores extrínsecos actúan sobre el organismo del paciente desde el exterior, pueden ser por presión directa, fricción, cizallamiento, humedad y tiempo.

Los factores intrínsecos son característicos o propios del paciente, derivados de su propia enfermedad. Pueden ser: pérdida de la función sensitiva y motora, disminución de la percepción, riesgo de destrucción de la integridad de la piel por deficiencias nutricionales y trastornos inmunológicos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer que es una úlcera por presión.

Objetivos secundarios:

- Describir en qué zonas se producen las úlceras por presión.
- Explicar cómo podemos evitar la aparición de úlceras por presión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, de páginas de google y también se han consultado páginas científicas en las principales bases de datos como Scielo, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas para realizar el documento.

4 Resultados

Por parte del personal de enfermería deben de realizarse una serie de procedimientos para la determinación del nivel riesgo del paciente en el desarrollo de la UPP. Debe ser realizada al ingreso del paciente y revisada cada 48 horas, o cuando varíen sus condiciones de salud. Para valorarlo se destaca el uso de la escala de Braden.

La escala de Braden es una herramienta muy útil para la evaluación del riesgo que ha sido ampliamente probada y se usa con frecuencia. Con este sistema se puede comprobar el riesgo que presenta un paciente de desarrollar las úlceras por presión en base a varios parámetro.

Los parámetros a tener en cuenta son: la fricción que pueda producirse del cuerpo con la sábana, la movilidad del paciente, la actividad que pueda desarrollar, la

nutrición, la humedad y sensibilidad de la piel y la fricción del cuerpo con las sábanas. Es una herramienta eficaz para tomar las medidas preventivas necesarias a adoptar de acuerdo con el riesgo que pueda presentar cada paciente.

Las úlceras por presión tienen una clasificación según la profundidad de los tejidos que estén dañados. .

El personal de enfermería es el encargado de determinar el estadio que tiene la lesión.

- Úlcera de primer grado. Aparece una alteración de la piel por la presión. Visible una zona eritematosa que no recupera su color. Las capas epidermis y dermis están afectadas, sin embargo no existe destrucción.
- Úlcera de segundo grado. Aparece una úlcera con ampolla y desprendimiento de la piel. La capa de la epidermis o dermis tiene pérdida de continuidad de la piel.
- Úlcera de tercer grado. Aparece una úlcera profunda con bordes donde existe destrucción de la capa subcutánea. Se ve dañado el tejido muscular. Puede existir necrosis y/o exudación.
- Úlcera de cuarto grado. Aparece de una úlcera en forma de cráter profundo. Puede presentar fistulas con destrucción muscular. Aparece exudado abundante y necrosis.

Las medidas preventivas que podemos realizar para poder evitar o mejorar las úlceras por presión en los pacientes hospitalarios son:

- Inspección frecuente del estado de la piel
- Limpiar y secar la piel meticulosamente
- Realizar una correcta hidratación
- La ropa de la cama del paciente ha de estar seca, limpia y sin arrugas.
- Utilizar protectores de la piel como ácidos grasos hiperoxigenados
- Realizar cambios posturales cada 2-3 horas.
- Fomentar la movilización del paciente.
- Colocar apósitos, taloneras, almohadas y demás útiles necesarios para evitar la presión.

5 Discusión-Conclusión

Después de realizar la investigación considero que uno de los puntos más importantes a tener en cuenta es realizar las medidas preventivas necesarias. En estas medidas preventivas juega un papel muy importante el técnico de cuidados auxiliares de enfermería debido a que es el encargado de realizar las funciones de

aseo e hidratación, cambios posturales, realización y mantenimiento de la cama del paciente.

Además es muy importante que en el momento que empiezan a aparecer las primeras manifestaciones de una úlcera por presión se realicen las funciones oportunas por parte del personal de enfermería para su tratamiento y curación mediante apósitos o pomadas y así evitar que la úlcera pase de un grado a otro.

6 Bibliografía

1. Úlceras por presión (internet) Disponible <https://medilineplus.gov>
2. Upp (scielo) Disponible <http://scielo.iics.una.py>
3. Técnicas básicas de enfermería. Tema Úlceras por presión Editorial MC Graw Hill
4. Revista médica úlceras por presión (internet)
5. Escala de Braden (scielo) Disponible <https://scielo.conicyt.cl>

Capítulo 206

EL CUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO POR EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

BEATRIZ ROMERO ARROYO

1 Introducción

La enfermedad oncológica constituye una de las primeras causas de mortalidad en España, aunque los porcentajes de curación son cada vez más elevados y no todos los tipos de cáncer son necesariamente mortales.

La palabra cáncer significa cangrejo. Bajo este concepto general se engloban más de 100 enfermedades diversas. También se suele utilizar como sinónimo de neoplasia.

Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina «metástasis».

La enfermedad se puede difundir por vías sanguíneas, linfática y por diseminación por los tejidos contiguos. Es posible que el cáncer comience en cualquier parte del cuerpo humano, formado por billones de células. En condiciones normales, las células humanas se forman y se multiplican para formar células nuevas a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células envejecen o se dañan, mueren y las células nuevas las reemplazan.

A veces, el proceso no sigue este orden y las células anormales o células dañadas se forman y se multiplican cuando no deberían. Estas células tal vez formen tumores, que son bultos de tejido. Los tumores son cancerosos (malignos) o no cancerosos (benignos).

2 Objetivos

Analizar el cuidado del paciente oncológico por el técnico 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

Una persona enferma de cáncer se siente considerablemente aislada de su pasado y tratada como alguien distinto a quien era antes.

La atención al paciente oncológico requiere de la intervención coordinada de equipos formados por profesionales de múltiples especialidades durante todo el proceso en los que los técnicos auxiliar de enfermería juegan un papel importante. El cáncer es una enfermedad dura en la que los pacientes pasan por etapas de sufrimiento. La relación de ayuda que se establece llega a crear vínculos en ocasiones muy estrechos entre el técnico auxiliar de enfermería y el paciente, ya que sus funciones requieren de un contacto estrecho con el enfermo.

Algunas de estas funciones serían:

1. Asistenciales:

Cuidados básicos como puede ser la higiene y su bienestar físico.

Cuidados preoperatorios como el rasurado, la dieta.

Cuidados psicológicos como el trato humano y dialogar con ellos.

Cuidados posoperatorios como vigilancia de los drenajes, recogida de muestras.

Cuidados específicos vinculados con el tipo de neoplasia.

2. Rehabilitadoras:

Ayudar en la educación sanitaria del paciente y de la familia.

Intentar ayudar al paciente en lo relacionado a su disminución funcional.

3. Administrativas:

Realizar las tareas necesarias para facilitar las pruebas exploratorias como volantes de citaciones, preparación de material, avisos.

Todas ellas provocan un acompañamiento en el que se debe respetar sus deseos y decisiones, aceptar su necesidad de intimidad y comunicación.

Esta enfermedad viene acompañada de una importante carga emocional por la incertidumbre de su evolución, los efectos secundarios, el cambio en la vida cotidiana y los síntomas de la misma. Por estas razones el paciente oncológico suele sentir una percepción de vulnerabilidad y de pérdida de control que aumentan el nivel de angustia y que le hace necesitar unos cuidados específicos.

5 Discusión-Conclusión

Socialmente, el cáncer es considerada una patología ligada al deterioro ambiental, a los factores de riesgo y al modo de vida que llevamos. Es una de las enfermedades más temidas y constituye la segunda causa de mortalidad en España. El tratamiento del cáncer no se enfoca únicamente en los aspectos físicos de la enfermedad, por lo tanto, los pacientes no deben dejar al lado los problemas emocionales asociados con el cáncer. Una de las mejores cosas que un paciente puede hacer para mejorar la calidad de vida es aprender más sobre el cáncer que padecen. De esta manera, la enfermedad aparenta ser menos ambigua y temible.

6 Bibliografía

1. <https://www.cancer.gov>

www.redaccionmedica.com.

2. Libro técnicas básicas de enfermería "Editex" <https://www.cancerquest.org/>.

Capítulo 207

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

ANA MARIA ALONSO ROJO

CATALINA GARCÍA DA-CUNHA

1 Introducción

En España 800.000 personas padecen Alzheimer. Cada año son diagnosticados 40.000 nuevos casos, constituyendo la principal causa de demencia en nuestro país. Somos el tercer país en el mundo con mayor porcentaje de casos demencia entre sus habitantes. En la población de entre 75 y 79 años un 4% está diagnosticada de Alzheimer aumentado a un 34% en la población mayor de 85 años. Debido a esto se puede afirmar que el envejecimiento es el principal factor de riesgo para que una persona pueda desarrollar la enfermedad. Afecta por igual a ambos sexos, no existiendo diferencias en número de casos entre hombres y mujeres.

Además, es la enfermedad más discapacitante entre los adultos ancianos en España generando uno de los mayores costes entre el total de los diferentes tipos de gastos sociales. Su tratamiento supone el 2% del gasto del producto interior bruto nacional y el 22% de los gastos sanitarios totales. El gasto individual se encuentra en unos 24.000 euros por paciente al año, aumentando progresivamente cuanto más gravedad y avance presente la enfermedad. Ya que a mayor gravedad de la enfermedad mayor dependencia supone.

Se calcula que entre el 30 y el 40% de los casos totales de Alzheimer no están diagnosticados.

2 Objetivos

- Promover el conocimiento de la enfermedad del Alzheimer definiendo en qué consiste la enfermedad y describiendo los síntomas de las fases que componen su enfermedad.
- Investigar el coste que esta enfermedad produce en la sociedad en general.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión científica bibliográfica actualizada sobre la enfermedad del Alzheimer. Para ello he usado búsquedas en bases de datos médicas disponibles como Elsevier, Scielo o Pubmed, además de motores de búsqueda como Google scholar.

4 Resultados

El Alzheimer es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso de carácter progresivo, que afecta a las células cerebrales . Su origen es desconocido.

Presenta cambios patológicos en el cerebro de tipo neurológicos y neuroquímicos característicos (dilatación de los ventrículos cerebrales, placas seniles o la pérdida y degeneración de las neuronas y de la sinapsis). Así como una serie de manifestaciones clínicas de tipo cognitivo (alteración de la memoria y del lenguaje, agnosia y apraxias) y alteraciones del comportamiento, de los sentidos, de tipo afectivo y psicóticas.

Es una enfermedad insidiosa. Las primeras señales son una disminución de la memoria inmediata o reciente, cambios de humor repentinos y apatía. El trastorno evoluciona lenta y progresivamente durante un periodo variable de entre 2 a 10 años o más. Su memoria se va agravando, surgen alteraciones de comportamiento y su lenguaje y actividad cotidiana se deteriora... En los casos de EA de inicio precoz , es decir antes de los 65 años, su evolución es más rápida, mientras que en los de inicio tardío más lento .

La enfermedad del Alzheimer se clasifica en tres fases que describen las características de la enfermedad en las distintas etapas de su evolución.

Estadio I.

- Tiene una duración aproximada de 3 años. Afectación mental ligera. Deterioro de la memoria episódica. La persona olvida eventos recientes, nombres, citas, llamadas telefónicas. Su memoria espacial, temporal se ve disminuida. Desorientación. Disminución de la concentración.
- Cambios de humor bruscos, apatía, síntomas de depresión, pérdida de interés, aislamiento de su entorno. Ansiedad, sensación de inquietud.
- El lenguaje se conserva, pero presenta menos elocuencia o espontaneidad y mezcla de ideas. Inicio del deterioro del juicio crítico.
- En esta fase el paciente sigue conservando suficiente autonomía como para poder trabajar, conducir y mantener con independencia sus actividades básicas de la vida diaria como comer, ducharse o vestirse.

Estadio II.

- Pérdida de la memoria reciente. Se pierde en trayectos habituales, deambulación continua. Desorientación. Repetición continua de acciones. Confusión, Desaparece el pensamiento abstracto. Inquietud. Agresividad, actitudes desmesuradas. Irritabilidad. Miedos. Necesidad de vigilancia permanente . Continúa manteniendo recuerdos lejanos. Aún conserva la orientación personal (su nombre, edad etc).
- Pérdida de fluidez al hablar, afasia. Habla menos. Empobrecimiento del vocabulario. Apraxia. Agnosia, no reconoce a las personas con las que convive. Dificultad para expresarse y darse a entender. Repetición de frases.
- Pérdida de equilibrio. Caídas, golpes. Dificultad progresiva en la coordinación de gestos. Sus movimientos se vuelven más lentos. Pérdida de autonomía. Necesita ayuda y supervisión las 24 horas del día para todas sus actividades de la vida diaria, la dependencia con respecto a un cuidador es cada vez mayor (dificultades para vestirse, no sabe utilizar los cubiertos, ayuda para ducharse , para ir al baño).
- Síntomas de tipo psicótico. Alucinaciones. Embotamiento, falta de emociones. Apatía cada vez mayor. Pérdida de interés total hacia actividades sociales, ocio y recreo.

Estadio III

- Los síntomas mentales se agravan. No recuerda hechos pasados ni recientes. Deja de reconocer a su familia e incluso a sí mismos. Alteraciones emocionales imprevisibles, llora, grita, se agita sin motivo. Afectación de sus facultades intelectuales. No comprende lo que le dicen y su comunicación se deteriora. Solo repite palabras concretas sin sentido.

- Ya no es capaz de realizar actividades básicas de su vida diaria, volviéndose completamente dependiente. En la mayoría de los casos la persona termina encamada debido a la rigidez muscular. Acaban presentando incontinencia urinaria y fecal y la alimentación debe ser asistida. También son característicos de esta etapa los temblores.

5 Discusión-Conclusión

El Alzheimer es una enfermedad cuya prevalencia aumenta exponencialmente con la edad. Por ello, ante la previsión del progresivo envejecimiento de la población española, será necesario impulsar políticas y acciones que lo solventen como por ejemplo políticas sanitarias destinadas a mejorar el diagnóstico de la enfermedad y la coordinación entre sus profesionales y sobre todo impulsar políticas de bienestar social que ofrezcan recursos asistenciales a pacientes y sus familiares, los cuales sufren una carga emocional y financiera enorme.

Además, actualmente no existe cura para la enfermedad del Alzheimer. Solo existen tratamientos que buscan hacer más lenta su progresión o fármacos destinados a paliar síntomas concretos.

Por ello urge impulsar su investigación e invertir en lograr un mayor conocimiento de la enfermedad para desarrollar fármacos más eficaces.

6 Bibliografía

- 1.C. Abel, R.F. Allegri, R.L. Arizaga, D. Baumann, C. Bavec, R. Caccuri, et al. Guía de Práctica Clínica en la Enfermedad de Alzheimer. Rev Neurol Arg, 31 (2006), pp. 140-144
2. Donoso A. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 3ª ed. Santiago, Ed. Universitaria, 2001

Capítulo 208

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL

ANA MARIA MENENDEZ MENENDEZ

1 Introducción

Los trastornos mentales como la depresión, el trastorno de angustia, la ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo, entre otros, han existido siempre, pero las condiciones de nuestra sociedad relacionados con el mercado, la producción, el conocimiento, etc., implican para las personas unos importantes niveles de exigencia, así como otras formas de relacionarse, con los demás, con la tecnología, volviendo el entorno altamente competitivo, todas esas presiones pueden llevar al límite la salud mental. Esto se evidencia en el creciente número de personas con problemas de salud mental que reportan los entes sanitarios, incluyendo el suicidio dentro de las cifras de mortalidad. Las consecuencias de los problemas mentales también pueden llevar a repercusiones físicas como: dolores musculoesqueléticos, trastornos gástricos, debilitamiento del sistema inmunitario, enfermedad cardíaca y otras afecciones.

Para el acompañamiento de estos pacientes en las actividades básicas de la vida diaria es primordial el papel del TCAE, junto con el resto de profesionales del equipo:

- Médico de atención primaria o médico de cabecera
- Enfermero especializado

- Asistente médico
- Psiquiatra, un médico que diagnostica y trata las enfermedades mentales
- Psicoterapeuta, por ejemplo, psicólogo o consejero habilitado
- Farmacéutico
- Un asistente social
- Integrantes de la familia

Siempre nos hemos encontrado con enfermos con trastornos mentales, no sólo en el hospital, sino también en geriátricos o en centros de discapacitados psíquicos. En el entorno hospitalario pueden estar, bien en unidades de psiquiatría o en otras especialidades médicas, en razón a su enfermedad.

2 Objetivos

Estudiar de las funciones del TCAE y analizar cómo influyen esos cuidados en la mejoría del enfermo y su posterior incorporación a la sociedad, logrando el equilibrio físico, social y psíquico del paciente.

3 Metodología

Para la realización del capítulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos sobre salud mental en las bases de datos de Scielo, Dialnet, Google Académico, así como la revisión de libros de texto sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Podemos definir la “salud mental” según la OMS como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La «enfermedad mental» según la OMS es una alteración de tipo emocional, cognitivo o del comportamiento en que se ven afectados procesos psicológicos básicos tales como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el lenguaje,... y que dificulta a la persona en su adaptación al entorno cultural y social.

Un problema mental se transforma en enfermedad cuando los signos y los síntomas son permanentes y afectan a las funciones normales de la persona que se ven mermadas. Cuando esto sucede en ocasiones es necesario ingreso hospitalario en la unidad de psiquiatría y es en ese momento cuando la figura del TCAE se revela como una pieza fundamental dentro del equipo multidisciplinar porque actúa como enlace entre el paciente y el resto de los profesionales.

Las principales clases de enfermedades mentales son las siguientes:

- Trastornos del neurodesarrollo. Esta clase abarca una amplia gama de problemas que generalmente comienzan en la infancia o niñez, a menudo antes de que el niño comience la escuela primaria. Algunos ejemplos incluyen el trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y trastornos del aprendizaje.
- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Los trastornos psicóticos causan pérdida de contacto con la realidad, como delirios, alucinaciones y pensamiento y habla desorganizados. El ejemplo más notable es la esquizofrenia, aunque a veces se pueden asociar otras clases de trastornos con la pérdida de contacto con la realidad.
- Trastorno bipolar y trastornos relacionados. Esta clase incluye trastornos con episodios alternados de manía (períodos de actividad excesiva, energía y excitación) y depresión.
- Trastornos depresivos. Estos incluyen trastornos que afectan la manera en que te sientes emocionalmente, como el nivel de tristeza y felicidad, y pueden afectar tu capacidad para funcionar. Algunos ejemplos incluyen el trastorno depresivo mayor y el trastorno disfórico premenstrual.
- Trastornos de ansiedad. La ansiedad es una emoción caracterizada por la anticipación de un futuro peligro o desgracia, junto con una preocupación excesiva. Puede incluir comportamientos con el objeto de evitar situaciones que causan ansiedad. Esta clase incluye el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y las fobias.
- Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. Estos trastornos implican preocupaciones u obsesiones y pensamientos y acciones repetitivos. Algunos ejemplos incluyen el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de acumulación y la tricotilomanía.
- Trastornos relacionados con el trauma y el estrés. Estos son trastornos de adaptación en los cuales una persona tiene problemas para lidiar con una situación estresante de la vida durante o después de esta. Algunos ejemplos incluyen el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de estrés agudo.
- Trastornos disociativos. Estos son trastornos en los cuales el sentido de sí mismo

se ve alterado, como el trastorno de identidad disociativa y la amnesia disociativa.

- Síntomas somáticos y trastornos relacionados. Una persona con uno de estos trastornos puede tener síntomas físicos que causan una gran angustia emocional y problemas de funcionamiento. Puede o no haber otra afección médica diagnosticada asociada con estos síntomas, pero la reacción a los síntomas no es normal. Los trastornos incluyen el trastorno de síntomas somáticos, el trastorno de ansiedad por enfermedad y el trastorno facticio.

- Trastornos alimenticios y de la alimentación. Estos trastornos incluyen problemas relacionados con la alimentación que afectan la nutrición y la salud, como la anorexia nerviosa y el trastorno por atracones.

- Trastornos de eliminación. Estos trastornos se relacionan con la eliminación inadecuada de orina o heces por accidente o a propósito. Mojar la cama (enuresis) es un ejemplo.

- Trastornos del ritmo circadiano. Se trata de trastornos del sueño lo suficientemente graves como para requerir atención clínica, como el insomnio, la apnea del sueño y el síndrome de las piernas inquietas.

- Disfunciones sexuales. Estas incluyen trastornos de la respuesta sexual, como la eyaculación precoz y el trastorno orgásmico femenino.

- Disforia de género. Esto se refiere a la angustia que acompaña al deseo declarado de una persona de ser de otro género.

- Trastornos de mal comportamiento, control de los impulsos y de la conducta. Estos trastornos incluyen problemas de autocontrol emocional y conductual, como la cleptomanía o el trastorno explosivo intermitente.

- Trastornos relacionados con las sustancias y las adicciones. Estos incluyen problemas asociados con el uso excesivo de alcohol, cafeína, tabaco y drogas. Esta clase también incluye el trastorno del juego compulsivo.

- Trastornos neurocognitivos. Los trastornos neurocognitivos afectan la capacidad para pensar y razonar. Estos problemas cognitivos adquiridos (en lugar de problemas de desarrollo) incluyen el delirio, así como trastornos neurocognitivos debidos a afecciones o enfermedades como lesiones cerebrales traumáticas o la enfermedad de Alzheimer.

- Trastornos de personalidad. Un trastorno de la personalidad implica un patrón duradero de inestabilidad emocional y comportamiento poco saludable que causa problemas en la vida y en las relaciones. Algunos ejemplos son los trastornos límite, antisocial y narcisista de la personalidad.

- Trastornos parafilicos. Estos trastornos incluyen el interés sexual que causa angustia o impedimento personal o causa daño potencial o real a otra persona. Algunos ejemplos son el trastorno de sadismo sexual, el trastorno voyerista y el

trastorno pedófilo.

- Otros trastornos mentales. Esta clase incluye los trastornos mentales que se deben a otras afecciones médicas o que no cumplen con todos los criterios de uno de los trastornos mencionados anteriormente.

El TCAE es el profesional que acompaña al paciente en todo momento, siendo una de sus funciones más importantes conseguir su bienestar físico y psíquico. Con tal fin lleva a cabo diferentes actuaciones encaminadas a cubrir las necesidades que el paciente no pueda llevar a cabo por sí mismo por tener mermadas sus capacidades, tales como es la de proporcionar al ingreso la ropa adecuada, explicar las normas de la unidad para que conozca sus derechos y obligaciones, realizar el registro de sus pertenencias, orientar al enfermo en el tiempo y en el espacio, ayudarlo en el aseo e higiene diaria, animarle a que tenga una buena imagen, a proporcionar las condiciones idóneas para su descanso y en el caso de que el enfermo sea dependiente, cuidar de su alimentación, hidratación, desplazamientos y movilidad, retirar el material potencialmente peligroso, así como tener máximo control sobre la toma de medicación y tratamientos y colocar las contenciones mecánicas siempre bajo prescripción y supervisión médica.

Este tipo de enfermedades deben tratarse a tiempo, de modo contrario pueden tener serias consecuencias, y durante el proceso de tratamiento el TCAE es elemento clave en su curación, mediante la escucha activa, la empatía y sus cuidados de calidad aportarán confianza y seguridad al paciente, lo que ayudará a una más pronta recuperación.

5 Discusión-Conclusión

La paciencia, tranquilidad, empatía, son esenciales en el trato diario del TCAE con estos pacientes junto con el trabajo en equipo y desarrollar habilidades que conduzcan al enfermo a una mejor readaptación cuando regrese a su domicilio y a su entorno social.

Para la persona que padece síntomas psicóticos, las creencias excéntricas o alucinaciones son bastante reales y no algo que suceda en su imaginación. La familia y los amigos desempeñan un papel fundamental a la hora de motivar al paciente con esquizofrenia a seguir con su medicación y llevar un tratamiento correcto a largo plazo.

Sabiendo qué medicamentos han ayudado y cuáles han causado efectos secundarios no deseados, podremos ayudar a que los médicos identifiquen con rapidez

la mejor solución para el paciente.

6 Bibliografía

1. Fernando Ballano y Angélica Esteban. (2017). Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Madrid: Editex.

Capítulo 209

LA TURNICIDAD Y SUS PATOLOGÍAS

ROSA SUAREZ GARCIA

ANA ISABEL DACAL LÓPEZ

1 Introducción

En el transcurso de nuestra vida dormimos alrededor de unos 25 años. El cuerpo está diseñado para dormir durante el periodo nocturno por lo que trabajar a turnos puede alterar nuestras horas de sueño afectando a la salud y lo que conlleva problemas físicos y psicológicos. Los problemas del trabajo asociados a turnos nocturnos pueden enfocarse de una manera dual: desde la organización y desde los intereses del trabajador.

La primera se centra en los aspectos laborales más relevantes, interesándose por la satisfacción laboral, el rendimiento y el absentismo.

Según los intereses del trabajador, se aborda medidas de salud y bienestar general, desde los ámbitos biológico, médico y socio-familiar. A nivel biológico se toma en cuenta las perturbaciones ocasionadas en los ritmos fisiológicos. El componente médico estudia el deterioro de la salud, pero desde un punto de vista estrictamente laboral. Y el nivel socio-familiar se centra en los inconvenientes y las perturbaciones sufridas por el trabajador en el entorno social y familiar ocasionados por el desempeño laboral en sistemas de rotación de turnos y nocturnidad permanente.

La rotación laboral durante la noche representa factores de riesgo para desarrollar múltiples enfermedades de tipo crónico, desde los componentes biológico, psicológico y social, por lo que abordar estos riesgos permite establecer medidas que

mitiguen el impacto en los trabajos nocturnos. Desde el punto de vista biológico, se ha relacionado la falta de sueño con un aumento de peso, diabetes, aumento de la presión arterial, problemas cardíacos, depresión y abuso de medicamentos. De igual modo, se ha dicho que el sueño hace que las hormonas del apetito se desorganicen. A largo plazo, los hábitos alimentarios irregulares pueden provocar molestias e incluso trastornos gastrointestinales. No obstante, es indudable que las causas de los síndromes gastrointestinales complejos son múltiples, siendo la frecuencia de úlcera péptica dos y tres veces y media mayor entre quienes trabajan regularmente por turnos.

2 Objetivos

Identificar las patologías que pueden ocasionar la turnicidad en la salud y describir el riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del personal sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática consultando artículos en las principales bases de datos tales como Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas usando descriptores como: TURNICIDAD/ PATOLOGÍAS/ han servido para la realización de este trabajo.

4 Resultados

EL trabajo a turnos puede provocar alteraciones del sueño ya que la variedad en el horario (mañanas, tardes y noches) afecta a nuestros ciclos circadianos; manifestaciones cardio circulatorias como pueden ser tensión arterial alta, arritmias,...; digestivas (alteraciones en las horas de las comidas, estreñimiento, gastritis y flatulencias,...; trastornos psiquiátricos y psicológicos provocando ansiedad, depresión, fatiga, insomnio, teniendo mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres; trastornos ginecológicos y reproductivos que en algunos casos puede provocar abortos espontáneos, partos prematuros y bajo peso del bebé. También llegan a crear trastornos en la vida familiar y social.

Las evidencias sugieren que los mayores efectos negativos para la salud relacionados con la turnicidad laboral, ocurren en aumento con la edad. Se ha comprobado

una adaptación más lenta por turnos en los trabajadores de edad media que en los jóvenes.

El horario nocturno no solo afecta la salud mental de los individuos, por todos los cambios neuro bioquímicos que se generan, sino que además influye en las relaciones interpersonales debido a que el cambio de horario genera aislamiento social; ya que comúnmente es difícil combinar los horarios de trabajo con los horarios de sus familias, amistades y demás, conduciendo a problemas de irritabilidad, trastornos psíquicos, crisis conyugales y trastornos sexuales. En el personal de sanitario se ha observado una asociación entre el turno laboral y alteraciones de salud tales como trastornos digestivos, musculares, de sueño, del carácter, actividad mental y relación social, siendo común que las alteraciones gastrointestinales como acidez, gastritis, entre otros, aparezcan generalmente por el hecho de que los trabajadores no poseen horarios adecuados para alimentarse.

Producto de pérdida de la vida social y actividades de ocio y recreación, se dan cambios en la dinámica de interacción, con lo cual se genera un submundo orientado meramente a la vertiente del cumplimiento de funciones laborales y extra laborales, lo que hace abandonarse de sí mismo, conduciendo a alteraciones de tipo emocional.

5 Discusión-Conclusión

Intentar unos hábitos saludables con dieta equilibrada (evitar bebidas excitantes, comidas con alto contenido calórico, comidas rápidas,...); ejercicio físico sin ser de manera excesiva, realizar las horas de sueño recomendables, evitar ambientes tóxicos (tabaco, alcohol, sustancias toxicológicas,...). Teniendo en cuenta todas estas recomendaciones conseguiremos un estilo de vida saludable y con ello mejoraremos nuestra calidad de vida. Es relevante tomar en cuenta que una adecuada organización laboral es el punto clave dentro de las estrategias de intervención que contribuyan a mitigar el impacto del trabajo nocturno. Dicha gestión debe incorporar la preparación al personal para mejorar sus horas de descanso, así como una adecuada rotación de los trabajadores para disminuir la continuidad en un horario de noche. Las dosis de turnos nocturnos y la cantidad de horas laboradas por semana son los principales riesgos presentes.

La turnicidad laboral genera importantes repercusiones en los rangos normales de presión arterial, frecuencia cardíaca, así como alteraciones gastrointestinales. Por otra parte se encuentra las implicaciones de tipo social y familiar, al verse

afectadas por la rotación nocturna, acarreado múltiples afecciones de tipo emocional.

De igual manera contemplar programas de evaluación sobre el impacto de los turnos nocturnos en los diversos escenarios laborales son responsabilidad de las organizaciones de salud, las cuales procuran el bienestar de la población en general, sin embargo deben procurar con mucha más razón el bienestar de los trabajadores que se responsabilizan por brindar atención sanitaria en los diversos niveles de atención pública.

6 Bibliografía

1. http://extranet.ugt.org/saludlaboral/oprp/Documentos/Noticias/libro_turnos.pdf
2. <https://revistamedica.com/efectos-adversos-turnos/>

Capítulo 210

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL TRASTORNO BIPOLAR

ANA MARIA ALONSO ROJO

CATALINA GARCÍA DA-CUNHA

1 Introducción

En España existen más de 1 millón de personas que padecen trastorno bipolar y es la sexta causa de discapacidad en el mundo.

En España sólo un tercio de los casos se encuentran adecuadamente diagnosticados. El estigma asociado a esta enfermedad impide un diagnóstico precoz y la aplicación de un tratamiento adecuado que evitaría un peor pronóstico de la enfermedad. Los afectados tardan una media de cinco años en ser diagnosticados.

Se trata de una enfermedad crónica que causa un gran impacto tanto en la salud física y mental del paciente como en su desempeño académico, social y laboral, ya que la enfermedad requiere de una atención continuada, tanto de sus pautas de vida como del cumplimiento adecuado de su tratamiento, es decir, no solo en las crisis de la enfermedad sino como prevención para evitar recaídas de la enfermedad.

Aunque el trastorno bipolar puede aparecer en cualquier rango de edad afecta sobre todo a personas jóvenes. La mayoría de casos se diagnostican entre los 18 años y la mitad de la veintena con un pico máximo de prevalencia entre los 20 y 30 años.

En cuanto al género, se trata de un trastorno que afecta doblemente más a mujeres que a hombres.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir qué es el trastorno bipolar, describir sus síntomas, causas y posibles tratamientos para promover el conocimiento de la enfermedad y reducir el estigma asociado a la enfermedad.

Objetivos secundarios:

- Investigar el coste que esta enfermedad produce en la sociedad en general.
- Describir posibles pautas de prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión científica bibliográfica actualizada sobre el trastorno bipolar. Para ello he usado búsquedas en bases de datos médicas disponibles como Elsevier, Scielo o Pubmed, además de motores de búsqueda como Google scholar.

4 Resultados

Se trata de un trastorno que afecta a los mecanismos que regulan el estado de ánimo.

Se producen cambios en el estado de ánimo intensos. Altos emocionales que van desde la euforia, exaltación o alegría (Episodio maníaco) a la depresión, tristeza, desesperanza, inhibición (Episodio depresivo) teniendo descansos entre cambios de humor que suelen ser duraderos y estables. Estos cambios pueden durar días, semanas e incluso meses.

Además, se pueden tener síntomas maníacos y depresivos a la vez (Episodio mixto).

Junto con los cambios de ánimo, también se producen cambios en el comportamiento y en los niveles de energía y de actividad. En casos muy graves las personas con bipolaridad pueden perder el contacto con la realidad.

En la mayoría de los casos existe una gran dificultad para llegar al diagnóstico y por tanto un gran retraso en establecer un tratamiento adecuado, lo cual empeora el pronóstico de la enfermedad. En determinados casos se puede llegar a tardar hasta 10 años desde la aparición de los primeros síntomas.

Se desconoce cuál es la causa exacta del trastorno bipolar. Es probable que sean varios los factores que influyan en su aparición. Desde factores genéticos, factores morfológicos como la estructura y función del cerebro así como variados factores de tipo ambiental como trastornos del sueño, estrés, malos hábitos, abuso de sustancias, problemas laborales, problemas interpersonales, traumas emocionales, mala estructura familiar o abusos de tipo sexual, físico o emocional.

En cuanto a los síntomas del trastorno bipolar los describiremos según los episodios anímicos que lo caracterizan:

En los episodios maníacos aparecen tres o más de los siguientes síntomas:

Estados eufóricos u optimistas exagerados así como estados de ansiedad, agitación, tensión, nerviosismo o alerta. Estar más activo o enérgico de lo habitual. Problemas para conciliar el sueño

Sentimientos de grandiosidad, sobreestiman sus capacidades y logros. Actitud impulsiva, falta de juicio.

Mal carácter, irritabilidad extrema

Pensamiento y habla acelerados. Falta de concentración.

En los episodios depresivos se incluyen los siguientes síntomas:

Sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza o culpa.

Falta de elocuencia al hablar. Falta de concentración. Mala memoria.

Autoestima baja, falta de confianza. Retraimiento, aislamiento social.

Falta de energía. Dormir en exceso. Pérdida de interés y de la capacidad de sentir placer en sus actividades habituales. Pensamientos suicidas.

Existen diferentes tipos de trastorno bipolar que pasaremos a detallar a continuación:

Trastorno bipolar I. Cuando se produce al menos un episodio maníaco grave con una duración de al menos 7 días y también puede estar precedido de un episodio depresivo mayor. Los casos más graves de manía puede provocar psicosis (desconexión de la realidad).

Trastorno bipolar II. En este tipo de trastorno bipolar se incluyen episodios depresivos importantes, y como mínimo un episodio maníaco, pero las manías en este

tipo de bipolaridad son menos graves que en el de tipo de trastorno I. Reciben el nombre de hipomanías.

Trastorno ciclotímico. Este tipo se caracteriza por muchos períodos de episodios de hipomanía y depresivos pero sus síntomas son mucho menos graves que episodios totalmente maníacos o depresivos.

Otros tipos. Aquellos que son inducidos por el abuso de drogas, alcohol u otras sustancias así como el estrés y malos hábitos diarios.

El tratamiento del trastorno bipolar se centrará en medicamentos y distintas formas de psicoterapia, siendo necesario probar diferentes combinaciones para determinar qué fórmula proporciona mejores resultados.

La elección de los medicamentos dependerá de los síntomas que se presenten, pero en la mayoría de los casos se trata de medicamentos que estabilizan el estado de ánimo, los cuales previenen los cambios de ánimos abruptos típicos del trastorno bipolar (manía, hipomanía, depresión) y reducen la intensidad y frecuencia de las recaídas.

El litio es el tratamiento más frecuente y más efectivo. También se suelen utilizar distintos antipsicóticos y antidepresivos.

En cuanto a la psicoterapia, se resalta la importancia de la psicoeducación, tanto del paciente como de su familia. Se trabajará en el conocimiento de la enfermedad para reconocer los síntomas de cada fase y prevenir posibles recaídas. Se trabajará también en la aceptación de la enfermedad. Se tratarán los diferentes episodios que vayan surgiendo como por ejemplo las fases depresivas y se promoverán buenos hábitos de vida.

Además estudios recientes señalan que dentro de la psicoterapia, la terapia que más eficacia ha demostrado en el tratamiento del trastorno bipolar es la terapia de tipo cognitivo-conductual.

5 Discusión-Conclusión

El trastorno bipolar sigue siendo una patología desconocida para la sociedad en general. Su diagnóstico sigue produciendo un alto impacto y estigma social a pesar de las campañas de sensibilización e información.

Se trata de una patología mental importante, que afecta a la vida de los pacientes. Casi la mitad de ellos pierden su trabajo, ya que las alteraciones del ánimo impactan en las actividades de su vida cotidiana además de que la estigmatización de la enfermedad produce situaciones de discriminación y aislamiento social. Pero

siguiendo las pautas terapéuticas, con los recursos farmacológicos disponibles, una buena adherencia y con la ayuda de la rehabilitación psico-social, incluso en casos muy graves, los pacientes pueden llevar una vida totalmente normalizada, de buena calidad y un desarrollo personal satisfactorio.

6 Bibliografía

1. Vázquez Gustavo H. Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM-5. *Psicodebate*. 2014;14(2):9-24.
2. Chávez-León E, Benítez-Camacho E, Ontiveros Uribe MP. La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud Mental*. 2014;37(2):111-17.
3. Vázquez-Barquero JL, Díez JF, Peña C, Arenal A, Arias M. Estudio comunitario de salud mental de Cantabria: una recopilación final de sus resultados. En: González de la Rivera y Revuelta JL, Rodríguez Pulido F, Sierra López A. *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona: Masson- Salvat Medicina;1993.p. 165-185.
4. Goodwin F, Redfield K. *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*, 2nd ed. US: Oxford University Press; 2007
5. Task Force on DSM–IV. Mood disorders. En: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Cuarta edición. American Psychiatric Publishing; 2007; pp. 345–428.
6. Moncrieff J. Un enfoque alternativo del tratamiento farmacológico en psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2018;38

Capítulo 211

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS CAÍDAS EN ANCIANOS

CARMEN VERÓNICA HUACANI MAMANI

1 Introducción

Las caídas como síndromes geriátricos que está considerado como uno de los problemas más importantes en el adulto mayor ya que está considerado por su alta tasa de incidencias. La OMS define la caída como un acontecimiento que precipita a una persona hacia el suelo involuntariamente.

Una caída puede suceder en cualquier edad pero son los niños y los ancianos quienes están más propensos para sufrir este tipo de problemas sin embargo el resultado en personas mayores pueden llegar a provocar discapacidad, lesiones físicas importantes o la mortalidad en algunos casos. A esta edad la fragilidad que tienen juntos a los problemas o de deterioro funcional son indicadores para ayudar a detectar a un anciano frágil y así poder establecer unas pautas correctas y apropiadas para el cuidado de las personas mayores.

Para un anciano una caída puede permanecer por mucho tiempo pero hay ocasiones en las que este no comunica la caída ya que pueden sentirse limitados, miedo a una recriminación o simplemente porque después de la caída no notan ni sienten ningún tipo de dolor o molestia como para informar al médico por eso en estos casos el Tcae juega un papel importante en el cuidado y prevención de este tipo de problemas como son las caídas.

2 Objetivos

Describir la importancia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las caídas de ancianos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo 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 diagnóstico debidamente correcto lo deberá hacer un médico que le hará un reconocimiento y una valoración geriátrica integral para la evaluación el médico puede pedirle al anciano el desarrollo de algunas actividades habituales esto ayudará a identificar algún tipo de causa que provoque la caída.

Asi como también el facultativo necesitará una valoración clínica como:

- Una anamnesis: aquí se recoge toda la información de la caída como por ejemplo el cuándo, como, el donde y muy importante porque se dio lugar la caída. Una persona mayor que cae una vez tiene riesgo de volver a caer de nuevo.
- También es importante los antecedentes patológicos en esto incluimos si el paciente tiene algún tipo de enfermedad aguda o crónica.
- Realizamos una encuesta para saber si el anciano tiene hábito del consumo de alcohol o es fumador.
- Se debe de tener un registro de todos los fármacos que puede estar tomando: la cantidad y el motivo así como también las posibles reacciones que pueden provocarle.
- Es muy importante que la exploración física del anciano sea completa órganos, aparatos y el sistema:

La exploración de la piel y el color

Inspección y palpación del pulso

Una exploración cardiovascular completa

Examen visual

Examen neurológico

Revisión del sistema locomotor

Valoración de la nutrición

Eliminación sistema urinario y renal

Hay algunos casos en los que se necesitará de exámenes o pruebas de laboratorio

Teniendo todos estos datos el médico puede obtener una mejor valoración del estado del paciente esto podrá ayudar a detectar el tipo de problema que puede tener dicha persona y el facultativo si es necesario proporcionar o administrar algún tipo de tratamiento para dicho problema.

5 Discusión-Conclusión

Una caída puede perjudicar y prolongarse durante mucho tiempo así como traer consecuencias leves o muy graves para un anciano ya que este si se encuentra con algún déficit físico o psicológico podría provocarle un serio problema, también se puede contar con la ayuda de fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales que ayudarán a su estado físico y mental. Por eso es importante que el personal sanitario así como la familia informen rápidamente de cualquier cambio en su comportamiento o lesiones que puedan observar por mínimas que sean porque así ayudaremos a que el anciano reciba un cuidado y tratamiento oportuno y rápido mejorando su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc154w.pdf>
2. <https://medicina.uc.cl/publicacion/síndrome-caídas-adulto-mayor/>
3. <https://www.geriaticareia.com/2020/05/03/las-caídas-síndrome-geriátrico-por-excelencia/>

Capítulo 212

CONOCIMIENTOS BÁSICOS DEL TCAE EN EL EMBARAZO

SUSANA YEGUAS GONZALEZ

RICARDO LEONEL BAQUE VACA

LAURA PÉREZ PRIETO

ESTEFANIA PRADO SUAREZ

HÉCTOR SANTOS JIMENEZ

1 Introducción

Los primeros controles o ayudas a la atención del embarazo se remontan a los inicios de la raza humana, su estudio y atención ha ido variando a lo largo de la historia, siempre marcados por mitos y tabúes.

La primera vez donde se recogen estos cuidados por escrito es en China y a lo largo de la historia se van recogiendo y viendo diferencias en dichos cuidados.

El embarazo es el proceso de la formación de un ser humano este periodo abarca desde la concepción (cuando el óvulo es fecundado por un espermatozoide) al parto (el embarazo medio desde la fecundación es de 266 días. No es mucho tiempo pero es sorprendente dada la complejidad de un ser humano).

Durante el transcurso del embarazo la mujer manifiesta una serie de cambios físicos y mentales que debe conocer para estar preparada. Todos estos cambios son producidos por las hormonas del embarazo.

Para que un embarazo llegue a buen término es importante llevar un seguimiento por parte de los servicios médicos (pidiendo pruebas y evaluándolas) también es muy importante y se debe controlar el peso, llevar una dieta adecuada, abstenerse de ingerir sustancias peligrosas como pueden ser drogas, alcohol, tabaco e incluso fármacos.

2 Objetivos

- Conocer los cambios que sufre el cuerpo y la mente de una mujer.
- Tratar de acompañar, aconsejar y calmar resolviendo las dudas en la medida de lo posible a la mujer embarazada.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo he realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una busca sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Google Académico.

4 Resultados

El embarazo lo dividimos en tres trimestres de los cuales veremos los cambios de cada etapa que sufre el cuerpo de la mujer.

- En el primer trimestre (1-3 meses)

Primeros cambios hormonales que sufre el cuerpo aunque algunas mujeres no notan ningún síntoma durante las primeras semanas después de la concepción, incluso podríamos decir que no se enteran que están embarazadas, otras por el contrario se dan cuenta inmediatamente notan una serie de síntomas como:

1. Náuseas y vómitos es un síntoma clásico al principio del embarazo
2. Cansancio y vértigo, muchas mujeres se sienten cansadas y aletargadas y en ocasiones algunas presentan ocasionalmente vértigos y desmayos
3. Cambios en las mamas, cuando se produce el embarazo las mamas empiezan a sentir sensación de plenitud, a menudo aparecen hipersensibles y dolorosas
4. Aumento de la frecuencia de micción a causa de los extraordinarios cambios producidos en los niveles hormonales.

Y por otros cambios en el bienestar físico y mental causados por el aumento repentino del nivel de hormonas. A medida que van pasando las semanas el cuerpo

de la mujer se va adaptando al cambio hormonal y la mayoría de las mujeres se encuentra mejor a partir de la semana 12. Es bueno saber que para muchas mujeres este es casi siempre el peor trimestre del embarazo.

- En el segundo trimestre (4-6 meses)

En este trimestre podríamos destacar que la mayoría de las mujeres se sienten bien ya que las molestias del primer trimestre desaparecen, a esto da paso una sensación de energía y un sentimiento de satisfacción. el volumen del útero empuja el contenido del abdomen hacia arriba lo que produce indigestión, reflujo de ácido gástrico desde el estómago al esófago (pirosis).

Sobre los intestinos uno de los efectos en este trimestre es el estreñimiento.

- En el tercer trimestre (7-9 meses)

Los trastornos del sueño son obvias ya que cada vez la mujer se encuentra más cansada debido al aumento del volumen.

La acidez que experimentaba en el 2º trimestre empeora especialmente cuando está echada.

Disnea.

La presión del bebé en la parte superior del abdomen puede causar dolor en las costillas eso puede provocar la disnea (dificultad respiratoria) a causa de la restricción que sufre el diafragma.

La frecuencia de micción aumenta debido a la falta de espacio.

Otro cambio es el dolor que sufren las articulaciones debido al peso generado por la gestación.

Durante el 3º trimestre casi todas las mujeres sufren o experimentan dolor de espalda y algunas presentan dolor en la parte baja de la espalda o en ambas piernas causado por el nervio ciático.

5 Discusión-Conclusión

A la primera sospecha de un posible embarazo, es muy importante tanto para la salud de la madre como para su futuro hijo que se ponga en manos de un equipo médico.

En la primera visita el médico establecerá la historia clínica de la embarazada desde el primer día del último periodo menstrual (unas 2 semanas antes de la fecundación) y calculando que el embarazo dura 280 días para así saber cuando será la fecha posible de parto y valorar posibles complicaciones durante estas etapas.

En ese momento es importante ayudar a la mujer embarazada con sus dudas, preocupaciones y es ahí donde el equipo médico deberá explicarle todos los cambios y problemas que puedan surgir durante el embarazo.

También debe saber que los cambios hormonales pueden afectar a su estado emocional puede sentirse más taciturna, más sensible, más propensa al llanto o bien sentirse insegura.

Gracia a conocer gran parte de los cambios que va a sufrir durante el embarazo la mujer, esta hará mejor frente a dicha situación sintiéndose segura, tranquila y acompañada.

6 Bibliografía

1. <https://www.revista-portalesmedicos.com>.
2. <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com>.
3. <https://www.juntadeandalucia.es/pdf>.

Capítulo 213

LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

ADÁN RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Todo ser vivo necesita nutrientes para poder realizar sus funciones vitales, en la búsqueda incansable de mejorar esos nutrientes nos hemos dado cuenta que las madres son las que más nutrientes nos aportan en nuestra primera etapa de la vida, siendo de vital importancia para el desarrollo cognitivo y emocional del lactante, aunque en muchos países se ve que sufren graves problemas por desnutrición al no poder las madres acceder a los nutrientes necesarios para la formación de una leche adecuada. Llega a ser tal la importancia que todos los países del mundo están de acuerdo en ello.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) recomienda la lactancia materna a demanda del lactante y de forma exclusiva hasta los seis meses de edad y continuar con ella mientras se introducen gradualmente el resto de alimentos hasta los 12 meses, prolongándose posteriormente el tiempo que la madre y el niño deseen. Esta alimentación proporciona unos Beneficios para la madre que no se pueden conseguir con otro tipo de alimentación ya que esta fomenta lazos emocionales con el lactante.

Es tal la importancia de utilizar leche materna que se fomentan los bancos de leche y cada vez son más las madres que donan para ayudar a las que por desgracia no pueden por sí mismas.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa la importancia de la lactancia materna y cuáles son sus aspectos más fundamentales.

3 Caso clínico

Paciente de 28 años primípara que acaba de dar a luz, se encuentra nerviosa y emocionada a la vez por dar de comer por primera vez a su bebé. Teme no poder satisfacer las necesidades nutricionales de su bebé ya que sus amigas le han infundado miedo ya que ellas han tenido malas experiencias porque no tuvieron la información y las herramientas adecuadas para realizar la lactancia de una manera fructífera. Por eso es de vital importancia el papel del TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) en el asesoramiento de la madre durante las primeras horas de vida del bebé. Ya que se recomienda que se realice la primera toma en el mismo paritorio, evitando tomas de suero y biberones. Debemos poner al bebé piel con piel con la madre y dejar que sea el niño el que busque el pecho sin forzar a que mame para que se desarrollen los reflejos de arraigo.

Por eso el TCAE da una serie de recomendaciones a la madre como:

- Mantener un ambiente calmado y sin ruidos fuertes para favorecer la alimentación.
- Aconsejar a la madre sobre las posiciones en las que puede amamantar y darle seguridad para que amamente sin estresarse.
- Para fomentar el agarre la madre debe rozar con el pezón los labios del bebé y el instinto de succión aparecerá y este se agarrará al pecho para empezar la alimentación.
- Informarla de las posibilidades de que salgan grietas en los pezones y del dolor derivado de este.
- Aconsejarla de que el bebé vacíe primero un pecho y después el otro.
- Informarla de que puede haber posibles infecciones generándose una mastitis.
- Incentivarla a que continúe con la lactancia lo máximo posible ya que es beneficioso.
- Informarla sobre las mejores posiciones para el bebé tras la alimentación para favorecer la digestión.

4 Discusión-Conclusión

La más importante conclusión que podemos realizar es que hay que animar a las madres a que le den leche materna a los lactantes aunque a veces sea difícil el proceso o resulte incómodo el llevarlo a cabo puesto que sin ella los bebés no tienen medios de crear sus defensas inmunitarias, y además perderíamos ese proceso de lazos necesario para el desarrollo emocional y físico del lactante.

El personal sanitario debe ayudar en todo momento a esas madres proporcionándoles apoyo emocional e informando sobre los beneficios y así disipar las dudas y mitos que pudieran haber sobre dar el pecho.

5 Bibliografía

1. <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/breastfeeding/Paginas/benefits-of-breastfeeding-for-mom.aspx>.
2. <https://www.minsalud.gov.co>
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000639.htm>.

Capítulo 214

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y EL MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

BEATRIZ ROMERO ARROYO

1 Introducción

Son lesiones o trastornos de la integridad de la piel. Cursan con una degeneración rápida de los tejidos por disminución de oxígeno en la zona afectada como consecuencia de una deficiencia del riego sanguíneo. Generalmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está constantemente en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. En los primeros momentos de su aparición, se observa un enrojecimiento de la piel en la zona de apoyo, que no desaparece al suprimir la presión. Este enrojecimiento puede evolucionar hasta convertirse en una herida profunda, que puede ser dolorosa y que cicatriza con gran lentitud. Estas circunstancias favorecen la invasión de microorganismos. Cuando se infecta la úlcera el problema puede llegar a afectar al músculo y al hueso.

También es posible que, en lugar de enrojecimiento, aparezca directamente una ampolla. La isquemia aparece cuando la presión sobre la piel (32mmHg o presión de cierre de los capilares) es superior a la presión del interior de los pequeños vasos sanguíneos periféricos que aportan sangre al tejido.

Los dos grupos de mayor riesgo de padecer úlceras por presión son los ancianos y los pacientes con lesión en médula espinal y parálisis cerebral debido a la gran pérdida de función sensorial y motora.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Reducir el riesgo de infección.

Objetivos secundarios:

- Identificar correctamente las úlceras por presión según su estadio.
- Mantener el buen estado de la piel, eliminando o disminuyendo la presión.

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 incidencias de úlceras por presión es un indicador muy vinculado a la calidad de los cuidados de enfermería porque no se trata de una enfermedad sino que puede ser un indicador de un accidente asistencial. Así y todo hay una serie de factores que influyen y aumentan el riesgo de aparición de las mismas que se pueden clasificar en:

- Factores extrínsecos :

Presión prolongada

Piel húmeda

Rozamiento por fricción

- Factores intrínsecos:

Estado general de salud del paciente

Nivel de movilidad del paciente

Estado nutricional

Edad

Nivel de hidratación de la piel.

Hay varias formas de clasificar las úlceras por presión, la más generalizada, es por la profundidad y la extensión del daño en los tejidos. Los diferentes grados son:

Estadio I: Una zona enrojecida en la piel que no se vuelve blanca cuando se la presiona con el dedo

Estadio II: Se forman ampollas en la piel o una llaga abierta

Estadio III: La piel pierde totalmente el grosor, se forma un agujero abierto y hundido llamado cráter. No están afectados el hueso, tendones o el músculo.

Estadio IV: La úlcera por presión es profunda y/o extensa y hay daño en el músculo y, a veces, en los tendones y las articulaciones, llegándose a ver incluso el hueso. Suele aparecer tejido necrótico (tejido muerto, tanto esfacelos como escaras).

Las úlceras por presión son evitables en la mayoría de los casos. Es posible conseguir que no aparezcan y desde el punto de actuación del técnico auxiliar de enfermería se debe realizar una correcta higiene donde debe observarse minuciosamente los puntos de apoyo y comprobar el estado de la piel.

Se deben realizar cambios posturales y establecer en cada paciente una pauta de movilización en función del riesgo de cada paciente. Debe ofrecerse al paciente una dieta equilibrada y muchos líquidos y usaremos medidas complementarias como;

Colchones especiales

Cojines y almohadas para los cambios posturales y así conseguir que disminuya la presión con cada cambio postural

Protectores locales como coderas o taloneras.

5 Discusión-Conclusión

La valoración del riesgo es uno de los medios más eficaces para poder identificar los pacientes susceptibles de desarrollo de una úlcera por presión. El mejor tratamiento es la prevención y conseguirla depende sobre todo de la calidad y de la continuidad de los cuidados. Este tipo de lesiones presenta un problema sanitario importante ya que se estima que el 12% de las personas ingresadas en hospitales e instituciones sanitarias lo padecen. Así pues hacer especial énfasis en las medidas de prevención, conseguir la máxima implicación del paciente y de la familia en la planificación y ejecución de los cuidados y evaluar constantemente la práctica asistencial son medidas verdaderamente importantes para la mejoría de estas lesiones.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/>.

2. <http://www.cruzroja.es/>
3. www.sspa.juntadeandalucia.es.

Capítulo 215

EL AUXILIAR FRENTE A LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

CARMEN VERÓNICA HUACANI MAMANI

1 Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual o también llamadas ETS son infecciones que se transmiten principalmente por tener relaciones sexuales ya sea por vía vaginal, anal u oral pero también se pueden contraer por otro tipo de vías como por ejemplo contacto con sangre y hemoderivados hay algunas infecciones que se pueden transmitir de madre a hijo durante el embarazo o en el parto como por ejemplo: la sífilis, hepatitis b, el VIH, gonorrea, herpes, clamidiasis y el VPH (virus del papiloma humano) en algunas ocasiones las infecciones son fáciles de curar pero en otras necesitan un tratamiento más específico que requiere mucho más tiempo para poder controlarlo. Si no se controla y se trata una ETS aumentan las posibilidades de que se pueda volver a contraer otra infección.

Muchas veces las ETS no tienen síntomas o pueden tener síntomas leves y la persona no es capaz de percatarse de la enfermedad, estas infecciones pueden llegar a provocar graves problemas a la salud reproductiva de una persona como infertilidad o la transmisión de la infección maternoinfantil. Las ETS es un grave problema en la actualidad es por eso que la OMS elabora programas pautas y normas a nivel mundial para poder ayudar y concienciar a la gente respecto a estas enfermedades.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa el auxiliar frente a las enfermedades de transmisión sexual.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 realizadas.

4 Resultados

Si crees que tienes una enfermedad de transmisión sexual es aconsejable que acudas al médico y con la ayuda de la enfermera y el Tca se encargaran de hacer una revisión completa del paciente física, genital así sabrá si hay alguna infección o alguna alteración fuera de lo normal.

Una ETS se puede detectar con análisis de laboratorio:

- Muestra de orina
- Análisis de sangre, detecta VIH y la sífilis.
- Fluidos, si hay llagas en los genitales el médico puede extraer muestras y examinar las secreciones.

En algunas ocasiones se deben realizar unos análisis de detección, son pruebas que ayudan a detectar una ETS en personas que no muestran síntomas, estos análisis se recomiendan para:

- Todas las personas, y se realiza mediante un análisis de sangre o saliva sirve para detectar el VIH. Los especialistas recomiendan que las personas propensas con riesgo se realicen una prueba anualmente.
- Una mujer embarazada, se aconseja que durante el embarazo se realice una prueba de detección de hepatitis C y gonorrea a mujeres que tengan un alto riesgo.
- Mujer mayor de 21 años, es aconsejable la prueba del papanicolaou que detecta cambios en el útero.
- Mujeres sexualmente activas, se recomienda que las mujeres menores de 25 años se hagan el examen para detectar la clamidia que se realiza mediante una muestra

de orina o líquido vaginal, así como también se aconseja el examen para detectar la gonorrea.

- Hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, son muy propensos y con un alto riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual se aconseja una prueba anual para su detección.
- Personas con VIH, estas personas son mucho más susceptibles a contraer una infección los especialistas aconsejan que se hagan exámenes nada más saber que son positivos en VIH.

Recuerda que el especialista realizará los exámenes pertinentes para descartar o confirmar una enfermedad de transmisión sexual.

5 Discusión-Conclusión

Hay que tener en cuenta que una persona sexualmente activa es propensa a contraer una enfermedad de transmisión sexual en cualquier momento de su vida, es por eso que se aconseja prevenir este tipo de problemas con el uso de preservativos, revisiones ginecológicas anuales, evite relaciones sexuales que puedan ser riesgosas, vacunarse de la hepatitis B, importante no compartir objetos íntimos o personales, dialogue con su pareja mejorando la salud sexual, intentar reconocer los síntomas para que el especialista le recomiende el tratamiento adecuado.

Es importante acudir al especialista si observamos o tenemos alguna molestia y con ayuda del personal sanitario (enfermera y Tcae) podremos prevenir y ser más responsables frente a una ETS.

6 Bibliografía

1. <https://m.monografias.com/trabajo16/enfermedades-sexuales/enfermedades-sexuales.shtml>.
2. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).

Capítulo 216

LA NEUMONÍA BILATERAL

SANDRA ZAPICO LÓPEZ

M DEL PILAR ARTOS RIO

NURIA ZAPICO FERNÁNDEZ

ROCÍO PILLADO LOUZAO

1 Introducción

La neumonía es una infección de los pulmones que afecta a los pequeños sacos de aire (alvéolos) y a los tejidos que los rodean. La neumonía es una de las causas de muerte más frecuentes en todo el mundo.

La neumonía es una de las causas de muerte más frecuentes en todo el mundo. A menudo, la neumonía es la enfermedad terminal que acaba causando la muerte en personas que tienen otras enfermedades graves y crónicas.

Algunos tipos de neumonía se pueden prevenir mediante vacunación.

En Estados Unidos, entre 4 y 5 millones de personas desarrollan neumonía cada año, y 55000 de ellas mueren como consecuencia de la enfermedad. En Estados Unidos, la neumonía, junto con la gripe, constituye la octava causa de muerte y es la principal causa infecciosa de muerte. La neumonía es la causa más común de muerte entre las infecciones que se desarrollan mientras el paciente permanece hospitalizado y es la causa general de muerte más común en los países en desarrollo. La neumonía es también una de las infecciones graves más frecuentes en los niños y en los recién nacidos, con una incidencia anual de 34 a 40 casos por cada 1000 niños en Europa y América del Norte.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa que es la neumonía bilateral y cuales son sus aspectos más fundamentales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La neumonía está causada por diferentes microorganismos, incluyendo bacterias, virus, micobacterias, hongos y parásitos. Las neumonías bacterianas y víricas son mucho más frecuentes que las neumonías por micobacterias, hongos o parásitos. Los gérmenes causantes varían según la edad de la persona, su estado de salud y el lugar donde vive, entre otros factores. Puede participar más de un microorganismo. Por ejemplo, la gripe (una infección vírica) se complica a menudo por una neumonía bacteriana.

Las vías respiratorias y los pequeños sacos de los pulmones están constantemente expuestos a organismos microscópicos. La nariz y la garganta están llenas de bacterias y, a veces, de virus, y las personas inhalan regularmente pequeñas cantidades de estos microorganismos del aire o los aspiran del tubo digestivo, la boca o la garganta. Normalmente, estos microorganismos son eliminados fácilmente por los mecanismos de defensa de los pulmones.

El reflejo de la tos, que ayuda a expulsar la mucosidad y las sustancias extrañas. Las células que recubren las vías aéreas pulmonares, que impiden que los microorganismos invadan los pulmones y que empujan el moco y las sustancias extrañas hacia arriba de manera que puedan ser expulsados al toser.

Las proteínas producidas por las células de los pulmones, que atacan a los microorganismos.

Los glóbulos blancos de los pulmones, que son parte del sistema inmune fisiológico y que también atacan a los microorganismos.

Se desarrolla una neumonía cuando los mecanismos de defensa no están funcionando correctamente.

Se inhala una gran cantidad de bacterias que sobrepasan las defensas normales.

Se introduce un organismo especialmente virulento.

Por lo general, la neumonía comienza tras la aspiración pulmonar de microorganismos procedentes de las vías respiratorias altas, pero a veces la infección está causada por un desequilibrio entre los microorganismos de las vías respiratorias y los pulmones o por la inhalación de microorganismos procedentes del aire que son transportados a los pulmones a través del torrente sanguíneo o bien invaden los pulmones desde un lugar cercano donde hay una infección.

5 Discusión-Conclusión

La manera más eficaz para prevenir la neumonía es dejar de fumar.

Algunos ejercicios, como los de respiración profunda y la fisioterapia para eliminar la mucosidad y las secreciones de los pulmones, son útiles en la prevención de la neumonía en personas que se encuentran en una situación de alto riesgo, como quienes han sido sometidos a una intervención quirúrgica de tórax o abdomen y las personas debilitadas.

Las vacunas pueden ayudar a prevenir la neumonía. A veces, cuando una persona no vacunada tiene contacto con una persona que se sabe que tiene un virus que puede causar neumonía (como la gripe), los médicos prescriben ciertos fármacos antivirales para tratar de prevenir la infección y la neumonía.

6 Bibliografía

1. Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2021-12-16]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>.

ISSN 1024-9435.

Capítulo 217

LA FAMILIA ANTE EL ENFERMO MENTAL

SARAY ÁLVAREZ LUAÑA

MARTA ELISA PANDIELLA GARCÍA

BORJA DIEGO MIGUEL

PILAR FERNANDEZ GONZÁLEZ

MARTA MIGUEL PICHEL

1 Introducción

En las circunstancias personales y sanitarias del enfermo mental, no toda la ayuda se genera desde un punto de vista farmacológico, incluso también podemos afirmar que no todo el tratamiento depende única y exclusivamente del tratamiento facultativo pautado por un doctor, que también; pero no debemos de obviar que gran parte de la ayuda en este ámbito terapéutico viene del acompañamiento. El estado de ansiedad que genera a la familia es algo a tener muy en cuenta.

La función de apoyo psicosocial es un rol fundamental para la familia, ejerciendo estos un efecto protector y estabilizador frente a los trastornos mentales, facilitando la adaptación a las nuevas circunstancias y ayudando a la integración de éstos en su entorno social.

Hay muchas consecuencias de tener un enfermo mental en la familia , aislamiento social, vergüenza, miedo, irritabilidad, culpabilidad, preocupación por el futuro..La familia convive con la enfermedad y también tiene que asumirla y pasar por su proceso de duelo. Cada familia puede tener diferentes necesidades, como pueden ser: económicas, emocionales, educativas, necesidad de inclusión social, físicas, etc.

La familia del enfermo mental es la fuente prioritaria de apoyo para el enfermo convivan o no con él, son un papel clave para una mejoría en el tratamiento.

2 Objetivos

Trabajamos en este texto con el objetivo claro de proporcionar herramientas a la persona que tiene que tratar con un enfermo mental.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo de revisión bibliográfica se ha procedido a consultar diversas fuentes y bases de datos, asimismo se ha considerado textos completos. En los buscadores se han considerado palabras clave como, neurosis, enfermedad mental, familia enfermo mental.

Una vez seleccionados los textos, se ha procedido a obtener la información reseñable y plasmarla de forma breve y concisa para que sirva como consulta rápida a las personas afectadas por el cuidado de un enfermo mental.

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud, ya venía avisando a través de su famosa definición de “enfermedad mental” que “ la salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos”.

Dentro del campo de acción de los familiares que están con pacientes mentales encontramos una serie de cuidados a los que es necesario hacer referencia por

la importancia en la autoestima que genera en el enfermo mental y la tranquilidad que aporta al mismo al verse integrado posicionado en su realidad cómo una persona normal dentro de la sociedad que tiene unas facultades especiales. Estos cuidados tradicionalmente considerados como “cuidados básicos” dentro de una población con ausencia de problema mentales, adquiere una consideración de “cuidado importante” en tanto y en cuanto da autosuficiencia ,autonomía y aporta tranquilidad al paciente al verse sometido a una supervisión que proporciona seguridad ante brotes que luego puedan causar remordimientos, una vez terminados. Estos cuidados son :

HIGIENE

Es un cuidado básico muy importante, proporciona buen olor en la proximidad, contribuye a reducir la flora bacteriana y con ellos reduce las posibilidades de infecciones etc, aporta confort y un momento tranquilo para estar el paciente con el mismo.

Cómo base de debe tener en cuenta que debe :

1. Realizarse un baño o ducha como mínimo al día, aunque debemos tener cuidado con enfermos que puedan mostrar signos compulsivos de repetición para evitar que se conviertan en trastornos obsesivos compulsivos.
2. Mantener las uñas cortas es importante en el cuidado para evitar autolesiones o que pueda agravar lesiones en casos de brotes violentos, además, debe exigirse y extremar la limpieza para evitar la proliferación de hongos, bacterias, etc.
3. Introducir en el cuidado diario la costumbre de la higiene bucal y del cepillado de manera regular detrás de las comidas.
4. Cuidar también el buen hábito de higiene de ojos, nariz y boca.

ALIMENTACIÓN.

No podemos olvidar que el trastorno mental muy frecuentemente conlleva desarreglos alimenticios y descontrol de ingestas, tanto por exceso como por defecto. Adquiere especial relevancias cuando se está pasando un proceso depresivo, anoréxico o bulímico, y en estos casos se debe vigilar de forma exhaustiva la cantidad ingerida y un seguimiento de horarios y periodos postprandiales para evitar el intento de inducir el vómito.

ACTIVIDAD Y EJERCICIO.

Ahora que hemos hablado de la alimentación y su relación con la enfermedad mental, se puede ver más claro la relación entre la actividad deportiva y el ejercicio en enfermos mentales. Alimentación y ejercicio en el caso del enfermo mental suele ir íntimamente relacionado , pero en sentido inverso a una persona

sana. Esto se explica más claramente si consideramos que, habitualmente una persona que hace deporte suele mantener una alimentación equilibrada o lo más equilibrada posible dentro de una normalidad, sin embargo, el paciente mental suele utilizar el deporte no como un fin en sí mismo para encontrarse vital, sino como una herramienta para conseguir su obsesión, es decir, el paciente que tenga anorexia o bulimia no hará deporte para estar en forma sino para estar “excesivamente” delgado, haciendo muchísimo más deporte mientras que restringe la alimentación proporcionalmente al incremento de deporte. De la misma forma una persona depresiva tenderá a comer más y evitar toda actividad, incluso no saliendo de la cama en varios días, por ejemplo.

En enfermos mentales depresivos se estimulará la actividad física y en enfermos mentales con estados hiperactivos trataremos justamente lo contrario favoreciendo la calma y tratando de proporcionar un entorno tranquilizante.

AUTOIMAGEN AUTOCUIDADO

El autocuidado es un aspecto muy importante dentro de la idea que el paciente mental tiene de sí mismo debe enfocarse desde diversos puntos de vista en la fase del tratamiento, estos son:

- En cuanto a la fase en la que el paciente está pasando un estado depresivo, se hará muy importante el hecho del fomento de la autoestima
- En cuanto a la fase en la que el paciente está atravesando una fase maníaca, se hace necesario reposicionarlo en la realidad no contribuyendo a fomentar su manía e informando la realidad. También es importante fomentar el adecuado maquillaje y vestido.

SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN.

En lo referente a la sexualidad algunos pacientes presentan conductas consideradas clínicamente aberrantes, cómo desinhibición, abusos sobre otros, etc... Por este motivo el familiar podría seguir estas pautas:

- Analizar y detectar conductas.
- No emitir juicios de valor sobre estas conductas.
- No fomentar e intentar suavizar los sentimientos de culpabilidad en el paciente.
- Comunicarse con el médico.
- Suprimirlas.

SEGURIDAD

Desde el punto de vista de la seguridad, debemos proporcionar ambientes seguros tanto desde el punto de vista de la seguridad física como de la seguridad emocional.

PPIOS. BÁSICOS CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS.

Existen unas recomendaciones, que podemos considerar como principios básicos para el cuidado del paciente psiquiátrico, estos pueden resumirse en:

- Aceptar su enfermedad y no juzgarlo ni sentenciar.
- No debemos mentirle.
- Debemos tratarle como la persona que es, y no tratarlo como un mueble.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la familia es una pieza fundamental en el tratamiento del paciente mental, sin embargo en muchas situaciones, no saber cómo actuar, el ritmo de vida, la carga laboral unida a otros muchos factores coyunturales, hacen que no siempre pueda realizar todo lo descrito anteriormente.

Hay veces en las que hablando o aconsejando a un enfermo mental puede ayudarnos mucho a reducir sus crisis, ataques de ira, etc, y mejorar en muchos aspectos en lo relativo al núcleo familiar.

Por lo tanto es muy importante aportar a las familias todas las ayudas y pautas necesarias para que puedan llevar a cabo esa buena relación familiar y como parte del tratamiento del enfermo para su mejoría.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 218

RELACIÓN DE AYUDA EN ENFERMERÍA

GRACIELA PÉREZ GARCÍA

1 Introducción

La relación de ayuda se basa en el establecimiento de una relación interpersonal, intensa y profunda, en la que las actuaciones de los participantes (paciente-Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) tienen repercusión sobre el otro, con el fin de hacer frente a situaciones en la vida que afectan a su esfera emocional y salir fortalecidos al finalizar el proceso.

La relación de ayuda se fundamenta en la interrelación que se constituye entre dos personas:

- El paciente: que se encuentra en un estado de ansiedad y enfermedad, y solicita la ayuda.
- El TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería): que domina los conocimientos y las herramientas para calmar el malestar y prestar la ayuda solicitada.

Los aspectos propios y específicos que definen la relación de ayuda en los cuidados de enfermería son los siguientes:

- Ayuda exclusiva y única: la relación debe adecuarse a la persona, al contexto y al periodo que se considere.
- Asistencia definida, precisa y precoz: se extiende durante un periodo de tiempo determinado y plantea unos objetivos terapéuticos concretos que pretenden potenciar la autonomía del paciente.

- Papeles definidos: el TCAE presta atención sanitaria y el paciente y sus familiares la reciben.
- Resolver problemas del paciente: apoyo que presta el TCAE para resolver aquellos sentimientos o comportamientos que son problemáticos para el paciente.
- Crecimiento personal: tanto para el paciente como para el TCAE.
- Fases de un plan: la relación terapéutica se estructura según una serie de fases y se desarrolla según un plan determinado.

La relación de ayuda es un proceso exclusivo de interacción de una TCAE que apoya a un paciente con unas características determinadas de edad, sexo, personalidad, situación familiar, social y laboral.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa la relación de ayuda de la enfermería y cuáles son sus conceptos más fundamentales.

3 Metodología

Para llevar a cabo correctamente este trabajo, he realizado una búsqueda de los aspectos más relevantes, que me han servido de guía para realizar el trabajo definitivo.

Se ha utilizado bases de datos como SciELO, para la búsqueda y contrastación de referencias. Las palabras clave más usadas han sido: relación de ayuda en enfermería, auxiliar enfermería, TCAE, Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, empatía, cuidados, paciente.

Se ha utilizado información y procedimientos específicos y concisos de la manera más respetuosa posible, siéndome útiles diversas revistas médicas nacionales como Revista Médica Electrónica Portales Médicos. Así como también, libros de Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente.

4 Resultados

Para unos resultados óptimos, la puesta en práctica de una relación de ayuda eficaz y centrada en el paciente comprende la aplicación de una serie de com-

portamientos (actitudes y técnicas) que tienen en cuenta no sólo las necesidades físicas del enfermo, sino también sus necesidades emocionales.

En general, los pacientes suelen tener dificultades para reconocer lo que les pasa y compartirlo con profesionales sanitarios. Por ello, necesitan la ayuda que les presta un profesional en el que puedan confiar, que se presente como verdadero y natural, con una madurez emocional y un buen conocimiento del mismo.

Es necesario entonces, poner en práctica las siguientes actitudes para seguir una relación de ayuda de calidad:

- **Habilidad empática:** ponerse en el lugar del paciente para comprender sus sentimientos, actitudes y comportamientos, para que así se sienta comprendido.

Efectos de la comunicación empática:

- El ayudado se siente valorado y aceptado como persona.
- El ayudado se siente reafirmado en su propia existencia como persona original, autónoma y valiosa.
- El ayudado aprende a aceptar los propios sentimientos.
- Enseña al ayudado a confiar en su propia experiencia.
- Ayuda a que el ayudado explore su problema con libertad y se autoexplora más profundamente.
- Fomenta la responsabilidad del ayudado.
- Contribuye eficazmente a superar la soledad del ayudado.
- Crea una base sólida que consolida los procesos de la relación de ayuda.
- Mejora el nivel de autoconocimiento del propio agente de ayuda.
- **Congruencia y autenticidad:** ser fiel a uno mismo para que exista una relación en lo que se dice, se siente o se piensa. Significa además, intentar ser objetivo en los planteamientos que se le hacen al paciente.
- **Respeto cálido:** considerar al paciente un ser único e irrepetible que merece aprecio, valoración y reconocimiento por encima de todo. La relación de ayuda debe de estar basada en la aceptación del otro, la acogida cálida, la responsabilidad, la consideración desinteresada, y la atención generosa.
- **Inmediatez:** capacidad para concretar y aclarar la información que expresa el paciente, centrándola en el presente.

5 Discusión-Conclusión

La relación de ayuda es una herramienta básica e imprescindible en la prestación de unos cuidados de enfermería eficaces y de calidad, y aumenta la capacidad del

paciente para su desarrollo y crecimiento personal, lo que le permite vivir más plenamente que antes de establecer la relación.

La relación entre el TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) y el paciente es fundamental para la recuperación de este último, una buena relación estaría basada en el respeto y la comprensión por parte del TCAE de las circunstancias personales de cada paciente, lo cual ayudaría a mejorar su estado emocional, y debería estar enfocada a la ayuda para que el paciente fuera lo más autónomo posible.

6 Bibliografía

1. <https://scielo.isciii.es>
2. <https://revistamedica.com/relacion-tcae-paciente/>.
3. Promoción de la Salud y apoyo Psicológico al paciente. McGraw Hill.
4. Relaciones del TCAE con el paciente. Isipedia.
5. Madrid Soriano J. Los procesos de la relación de ayuda. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2005.

Capítulo 219

CAUSAS PRIMORDIALES PARA CONTROLAR LA OBESIDAD INFANTIL

NELLY FERNÁNDEZ ABRIL

1 Introducción

La obesidad es considerada una enfermedad crónica producida por el acumulo de tejido adiposo debido al desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto energético. Por lo general, los niños en edad escolar toman una mayor cantidad de alimentos de la que precisan, siendo además su alimentación rica en grasas, azúcares sencillos y en consecuencia en calorías, predominando la carne, los productos preconizados, dulces, además del consumo insuficiente de verduras, legumbres, frutas y pescados.

A pesar de que hay muchos controles a nivel de sanidad como controlar la obesidad infantil. sin embargo hay un riesgo alarmante en su aumento. ya que no es solo por la publicidades que se puedan llevar de los malos hábitos del consumo alimentos como pueden ser los dulces como la bollería. Además de esto también hay riesgo de factores genéticos. por lo general si los padres son obesos tiende hacer el hijo tambien obeso, el control de educacion nutricional siempre tiene que ser dirigido por los padres que es la mejor fuente de poder controlar una alimentación adecuada. para así prevenir malas consecuencias que puede provocar la obesidad infantil a los niños en crecimiento, ya que esto le puede provocar diabetes, hipertensión arterial ,colesterol y muchas enfermedad que se le puedan desarrollar por situaciones del sobrepeso.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar cómo la educación para la salud influye en la alimentación infantil.

Objetivos secundarios:

- Analizar actividades físicas como método para paliar la obesidad infantil.
- Conocer los factores que determinan la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El estudio llevado a cabo por Drewnowski et al, demuestra que la grasa y el azúcar son unas grandes fuentes de recompensa neurobiológica, lo que se traduce en que los alimentos ricos en energía producen un mayor goce sensorial y placer que otros alimentos. Según un estudio de Díaz et al, el 37.5% de las madres pensaban que su niño obeso tenía un poco de sobrepeso y el 26.6% creía que su niño obeso estaba con un peso normal. La mayor proporción de obesidad infantil tiene su origen en el estilo de vida, en combinación con factores genéticos, influencias sociales y hábitos de vida adquiridos en el entorno familiar.

No todos los niños padecen de sobrepeso algunos tienen una forma corporal más grande que pueden simular obesidad, no por eso es motivo de preocupación.

Las causas y problemas relacionadas con la obesidad infantil siempre van relacionados con la forma y estilo de la mala alimentación, que comen alimentos de muchas calorías y a cualquier hora del día que son evidencias visibles de aumento de peso. Entre los alimentos que nos son saludables son los dulces, las bebidas de frutas.

El ejercicio es primordial en los niños, ya que tienen mucha las probabilidades de subir de peso al no quemar calorías al tener una vida sedentaria, como mirar

la tele, videojuegos

También influye demasiado los factores familiares si los padres son sobrepeso hereda el hijo, al igual que si estuviera tomando medicaciones o por traumas psicológicos la cual pondría cereales l en complicaciones la salud del niño.

Para prevenir el aumento de peso de los niños tiene que estar reflejado en la buena costumbres alimenticias y también físicas como el ejercicio y tener un entorno de confort adecuado a Las buenas costumbres en sus comidas diarias, en sus alimentos saludables deben ser incluidos frutas, verdura, leche baja en grasa yogures.

Entre las partes saludable de un niño es tener buen descanso como hacer la siesta y dormir bien, siempre un niño tiene que estar bajo la revisión de un médico para ver la evaluación de vida saludable del niño, Y poder así prevenir la obesidad infantil.

5 Discusión-Conclusión

La obesidad infantil es una enfermedad creciente que hay que paliar desde edades muy tempranas para poder evitar patologías posteriores y trastornos tanto físicos como psíquicos.

La obesidad infantil es una enfermedad que nos afecta a todos, por lo que mediante la educación en el hogar y colegio, se deben ayudar a los pequeños a concienciarse de la importancia de una buena alimentación y la práctica de ejercicio físico. ya que estos trastornos de la mala nutrición pueden conllevar a tener una mala salud al niño. la cual hay campañas de tanto televisivas de cómo controlar la mala nutrición y tener vida saludables.

6 Bibliografía

1. Obesidad infantil-Síntomas y causa. Mayo Cline mayoclinic.org
2. Artículos académicos para métodos de la obesidad
3. La obesidad infantil es una enfermedad creciente que hay que paliar desde edades muy tempranas para poder evitar patologías posteriores y trastornos tanto físicos como psíquicos. La obesidad infantil es una enfermedad que nos afecta a todos, por lo que, mediante la educación en el hogar y colegio, se

deben ayudar a los pequeños a concienciarse de la importancia de una buena alimentación y la práctica de ejercicio físico

4. <https://www.sanitas.es>

Capítulo 220

EXPOSICIÓN Y ESTUDIO DE LA FIEBRE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARISOL RODRÍGUEZ DE LAS NAVAS

MARIA VIOLETA ARROYO VILLASEVIL

EVA GONZALEZ MOLINA

PILAR DONAIRE GUTIERREZ

RAQUEL ALAMILLO GARCÍA-PATOS

1 Introducción

Pirexia o fiebre, son las denominaciones que le da la medicina y que corresponderá a un incremento de la temperatura corporal por encima de lo normal, 37°C. No es una patología por sí sola, es una señal de que algo, le está pasando al organismo, ya que la fiebre es un sistema de defensa de nuestro propio cuerpo, contra un agente interno o externo (1)

Definición simple: Incremento de la temperatura corporal en respuesta a una elevación del punto fijo del Centro Termorregulador (CTR) hipotalámico. Sobre 37,5° de temperatura axilar hablaremos de fiebre. En cambio, entre 37° y 37,5°, hablaremos de febrícula (2).

Es un síntoma / signo de gran incidencia que es uno de los principales motivos de consulta en la población general.

La fiebre no incurre en una condición de gravedad a considerar en sí misma, pero si puede ser la manera que tiene nuestro cuerpo de decir que tenemos, una patología más grave. Por otra parte, su posible gravedad puede verse alterada por las posibles patologías crónicas que afectan al enfermo (neumopatías, cardiopatías, epilepsia, endocrinopatías, etc.).

La importancia clínica de la fiebre radica en que, siendo un signo fácil y preciso de ver y comprobar, es un buen indicador de enfermedad ya que no está expuesto a variaciones emocionales. También es muy útil para saber con exactitud la gravedad de este cuadro febril, estudiar la evolución de la enfermedad y su posterior respuesta al tratamiento.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Exponer las posibles causas de fiebre o pirexia.

Objetivos secundarios:

- Aprender a diferenciar el concepto de fiebre e hipertermia.
- Ver la clasificación de las fiebres.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, ministerio de sanidad y consumo y diferentes páginas referentes a sintomatología y características de la Pirexia, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las infecciones ya sean, bacterianas o virales son las principales causas que nos encontramos a la hora de que se presente el estado de pirexia. Continuando con

segundas causas, aunque, mucho menos común, son las posibles neoplasias y las enfermedades inflamatorias sistémicas (enfermedad inflamatoria intestinal, lupus, artritis reumatoide). Otras un poco menos comunes son fiebre por fármacos, infarto del miocardio o a consecuencia de algún trauma.

Es esencial diferenciar la fiebre con la Hipertermia, ya que en esta última existe una subida de la temperatura no controlada por la termorregulación hipotalámica, además esta situación puede en la mayoría de los casos ser potencialmente mortal. La diferencia está dada por una minuciosa historia clínica (actividad física excesiva, exposición previa al calor ambiental excesivo (golpe de calor), no respuesta a los antipiréticos y no tanto en los registros térmicos o su patrón (salvo cuando la T° es mayor o igual a 42°C). Es muy difícil y complicados que la fiebre e hipertermia pueden estar presentes conjuntamente en un enfermo.

Cuando se da una temperatura corporal central menor de 35° , hablaremos de Hipotermia, la cual podría estar causada por exposición a ambientes con temperatura ambiental demasiado baja, así como a condiciones patológicas (shock, sepsis, mixedema) o drogas (alcohol, anestésicos, psicofármacos).

Clasificación.

Se la puede clasificar por su temporalidad, lo que es lo mismo que por su duración. Pudiendo ser, aguda que sería aquella que no pasa de los 15 días de duración, como en las infecciones respiratorias, infecciones de piel y partes blandas, infección urinaria. Tiende a las elevaciones de temperatura en horario de tarde.

Nos encontramos con la fiebre prolongada. Es la que se alarga por más de 15 días de duración.

Tendríamos la fiebre de Origen Desconocido. Que según los parámetros se observaría, duración de más de tres semanas, temperatura de más de $38,3^{\circ}\text{C}$ por lo menos en tres ocasiones y no haber podido llegar a ningún diagnóstico de las causas después de llevar el enfermo ingresado una semana o más.

Aunque también se las clasifica por su patrón. En el que la temperatura corporal se observará por su variabilidad diaria, pudiendo ser intermitentes, las elevaciones térmicas retornan a los valores normales durante cada día de fiebre. Ejemplos: abscesos bacterianos, tuberculosis miliar, linfomas siguiendo el patrón de $38 - 36 - 38 - 36^{\circ}\text{C} \dots$

En la fiebre continua también llamada sostenida: No presentará variaciones mayores a $0,6^{\circ}\text{C}$ por día. Ejemplos: neumonía neumocócica

Cuando hablamos de fiebre remitente: es en la que, durante su transcurso, nunca baja a los valores normales durante cada día de fiebre. La mayoría de las afecta-

ciones febriles se presentan de esta manera siendo su patrón de siempre fiebre. Si hablamos de la fiebre recurrente: En este patrón la fiebre va y viene, pero con periodos de ausencia de fiebre. Esta a su vez, puede presentar patrones intermitente, continuo o remitente también llamada fiebre en dromedario por las curvas que se evidencian en grafica.

En la presentación clínica nos encontramos con los Síntomas: decaimiento, Malestar general, sensación de frío o de calor alternándose entre ellos. Además, puede darse cefaleas, palpitaciones, anorexia, sed, somnolencia, hiperestesia cutánea, dolores musculares y sensibilidad a la luz.

Y en lo que refiere a los signos: piel sudorosa, ojos brillantes, la cual dependerá de la etapa de evolución de la fiebre, en un principio lo primero que se evidencia son extremidades frías, encontraríamos en condición de reposo una temperatura axilar de 37,5°C, taquicardia y polipnea (Incremento de la frecuencia cardiaca en 10 latidos por min y de la frecuencia respiratoria en 5 ciclos/min., por cada grado de Incremento de la T°) (2).

5 Discusión-Conclusión

Debido a la importancia de lo que nuestro propio cuerpo o nuestro propio organismo nos da a entender nos pone sobre aviso, al despertar el proceso de la fiebre llegamos a la conclusión de que tomando como referencia estos síntomas, signos y patrones, podemos llegar a establecer un diagnóstico verdadero de la etiología de la fiebre o pirexia, como también de la hiperpirexia y ya con un diagnóstico, descartar patologías o que nos lleve a otras patologías más graves que se puedan estar dando en nuestro organismo y no dieron la cara todavía, esto será debido y posible a la observación de síntomas como la deshidratación y se deberá comenzar a buscar la probable patología de la que es originaria la pirexia siempre concluyendo con un examen físico completo.

6 Bibliografía

1. <https://med.unne.edu.ar>
2. <http://semiologia.med.uchile.cl/general/fiebre/>

Capítulo 221

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA FASE PREOPERATORIA DE LA PIEL

PILAR DONAIRE GUTIERREZ

MARISOL RODRÍGUEZ DE LAS NAVAS

MARIA VIOLETA ARROYO VILLASEVIL

EVA GONZALEZ MOLINA

RAQUEL ALAMILLO GARCÍA-PATOS

1 Introducción

La preparación de la zona que va a ser intervenida y en lo referente a la piel se realiza con el objeto de prevenir las infecciones producidas por la flora que coloniza nuestra piel en circunstancias normales.

En este procedimiento lo que se realiza es remover la suciedad, la grasa, y microorganismos de flora transitoria que se encuentran en la piel y llegar a controlar mediante soluciones antisépticas a los microorganismos residentes que son la población bacteriana, que están depositados en los folículos pilosos y que no son eliminados con el lavado rutinario habitual. La adecuada preparación de la piel nos va a permitir reducir el peligro de infecciones de la herida operatoria

asociadas a estos procedimientos invasivos, beneficiando como consecuencia, la calidad de la atención de los enfermos, para ello el aseo de la zona quirúrgica es de vital importancia en la zona operatoria y áreas circundantes, deben estar limpias, sin residuos, libres de suciedad y así la flora bacteriana quedará reducida a niveles mínimos. Los estudios además demuestran que la infección se reduce en gran consideración al acortar el tiempo de ingreso preoperatorio del enfermo dentro del Centro Asistencial. El aseo siempre se debe comenzar antes de la preparación quirúrgica de la piel (1).

2 Objetivos

- Ver los pasos a seguir así como el material a utilizar para la preparación de la piel.
- Describir el rasurado como parte muy esencial de la prevención de infecciones y de la preparación antes de la intervención quirúrgica.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Su objetivo es reducir la flora microbiana que existe en la piel y mucosas del enfermo antes de comenzar la intervención quirúrgica.

1) Ducha con detergente de clorhexidina la noche anterior a la intervención.

El enfermo debe seguir este orden al lavarse:

- Cabeza. Tórax. Extremidades superiores, e inferiores. Genitales.
- Secar la piel correctamente.

2) Pintar el campo quirúrgico con povidona yodada al 7,5-10 % o gluconato de clorhexidina al 4-5 % o clorhexidina al 0,5 % en alcohol etílico al 70 %, según la siguiente técnica:

- Utilizar instrumental y gasas estériles.

- Aplicar el antiséptico con movimientos circulares desde el punto central hacia la periferia. En enfermos obstétricas y en los neonatos no se utilizará povidona yodada en la preparación del campo quirúrgico, ya que la absorción del yodo supone un peligro de hipotiroidismo transitorio en el recién nacido. No se aplica clorhexidina en ojo ni en oído medio. No se aplicará alcohol sobre mucosas, ojos o heridas.

3) Cubrir el área con talla estéril.

4) Rasurar el área quirúrgica lo más cercano posible a la intervención (el tiempo transcurrido entre el rasurado y la intervención aumenta el peligro de infección postoperatoria por lo que debe realizarse lo más cercano posible al momento de la intervención). El pelo es uno de los mayores contaminantes y la principal fuente de estafilococos.

La pauta de rasurado es:

Previamente se deberá impermeabilizar la zona a lavar para evitar que el antiséptico corra de la piel a la mesa quirúrgica y se estanque debajo del enfermo, provocando posteriores quemaduras.

- Cortar el pelo con tijeras, lo más corto posible.
- Humedecer el pelo. Rasurar con maquinilla estéril. Sostener la piel tersa y rasurar en dirección al crecimiento del pelo para evitar micro lesiones.
- Aplicar antiséptico sobre la piel ya rasurada (povidona yodada al 10% o clorhexidina al 5%) en sentido centrífugo desde el centro hacia la periferia.
- Cubrir con paños estériles y fijados levemente para que sean retirados en el quirófano.
- Si el rasurado se hace en seco, para recoger el pelo se utilizará esparadrapo, dando toques suaves, sin esparcirlo.

La zona a rasurar depende de la cirugía que se vaya a practicar:

En cirugía abdominal, se rasurará desde la línea mamaria hasta el tercio superior de los muslos hasta la línea de la mesa, con el enfermo en decúbito supino. Incluye el vello púbico.

En cirugía mamaria y torácica, se rasurará el hombro, la región superior del brazo hasta el codo, la axila y la pared torácica hasta la línea de la mesa, y más allá del esternón hasta el hombro opuesto. El enfermo se encuentra en decúbito lateral.

En cirugía toraco-abdominal lateral, el rasurado debe incluir la axila, el tórax y el abdomen, desde el cuello hasta la cresta ilíaca. Se extenderá hasta la línea media, tanto anterior como posteriormente. El enfermo está en posición lateral.

En cirugía recto perineal y vaginal, la preparación abarcará el pubis, la vulva, los labios, el periné, el ano y zonas adyacentes, incluida la cara interna del tercio superior de los dos muslos. La posición del enfermo será de litotomía.

En cirugía de cadera, la preparación abarcará el abdomen del lado afectado, el muslo hasta la rodilla y las nalgas hasta la línea de la mesa, la ingle y el pubis. La posición del enfermo será en litotomía/ginecológica.

En cirugía de rodillas y de la región distal de la pierna, la zona a preparar incluirá la circunferencia total del miembro afectado y se extenderá desde el pie hasta la región superior del muslo.

En las intervenciones de mano y pie, las uñas deben limpiarse minuciosamente.

5 Discusión-Conclusión

Con estas pautas y Protocolos de actuación llegamos a la conclusión de que en la preparación de los enfermos deben estar escritas, y por supuesto revisadas con un mínimo anualmente por los cambios y modificaciones en avances de investigación que se vienen produciendo y siempre deben estar a la disponibilidad del personal de enfermería en el lugar de trabajo para su guía y consulta.

Las pautas y protocolos determinan responsabilidad y autoridad, serán estas guías las que asienten los procedimientos y deben incluirse en la educación y orientación del personal de la unidad, ayudando al desarrollo del conocimiento, aptitudes y habilidad y que van a influir y mucho en la prevención de las infecciones hospitalarias y en el cuidado del enfermo, positivando la experiencia y calidad de la atención.

6 Bibliografía

1. <http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/recomendaciones/piel.html>
2. <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com>

Capítulo 222

EL AUXILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

ANDREA LOPEZ RICO

1 Introducción

Podemos definir atención primaria por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación ya un costo 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.

Además la atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de su salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social económico global de la comunidad. La atención primaria de salud en el siglo XXI ha de ser una forma de práctica sanitaria capaz de proveer servicios de alta complejidad y calidad, de base generalista y multiprofesional, capaz de conjugar la centralidad del paciente con su contextualización comunitaria y, todo ello, en un marco de continuidad en el tiempo y con un rol de nexo de unión y coherencia entre los diferentes dispositivos asistenciales con los que el paciente entra en contacto. No es solo un lugar donde se llevan a cabo algunas prácticas relacionadas con la salud, sino también una forma de concebir la salud, organizar los recursos, relacionarse con el entorno y desempeñar una práctica sanitaria a lo largo del tiempo. Es una forma de materializar una visión de la salud que, en la actualidad, se plantea como contra hegemónica en muchos aspectos y, a su vez, como más necesaria que nunca.

2 Objetivos

Los objetivos serán el saber las funciones importantes que tienen en atención primaria, un técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este presente capítulo se ha investigado en la base de datos de Google, pubmed, scielo, elsevier, revistas, así como libros relacionados con la atención primaria, usando las palabras claves que fueron, tcae, funciones, ap, centro de salud, red hospitalaria.

4 Resultados

Los TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) en atención primaria llevarán a cabo una serie de funciones que abarcan bastantes

1. Procesos de abastecimiento de medicamentos, de material fungible y del instrumental necesario en la atención primaria:

- Recuento de las existencias.
- Realizará pedidos periódicos y urgentes.
- Pedidos de material especial.
- Colocación de los pedidos recibidos.

2. Revisión y reposición de medicamentos, de material fungible y del instrumental necesario en la atención primaria:

- Reposición de la medicación y del material fungible en la sala de urgencias estando siempre a punto para cualquier imprevisto que pudiese surgir.
- Mantenimiento de los carros de material de la sala de urgencias colocando el material necesario.
- Colaboración en la revisión periódica del carro de urgencias.
- Reposición de material fungible en las consultas.
- Control de las caducidades de los productos de farmacia y del material fungible (muy importante para evitar dar medicaciones en mal estado o utilizar material con fecha de esterilización caducada)

3. Recepción, control de la temperatura y colocación en las neveras de las vacunas.

4. Mantenimiento de los aparatos (aerosoles, ECG, botellas de oxígeno, etc.).

5. Desinfección y esterilización del material y del instrumental sanitario una vez usado.

6. Mantenimiento del circuito de lavandería.
7. Promoción del proceso adecuado de la gestión de los residuos.
8. Participación en el proceso de análisis clínicos conjuntamente con otros miembros del equipo sanitario:
 - Información y entrega de material para las pruebas de análisis clínicos a quien proceda.
 - Preparación de analíticas programadas a domicilio y en residencias de ancianos.
 - Recogida de muestras: preparación de tubos y etiquetado, codificación y registro, preparación adecuada de la nevera de transporte y atención de las reclamaciones.
9. Colaboración en los procesos asistenciales:
 - Apoyo en actividades diversas (curas, sondajes, suturas...).
 - Apoyo en técnicas diagnósticas (tales como radiografías, ecografías)
 - Apoyo en la atención domiciliaria en el caso que fuera necesario desplazarse.
 - Suministro de material de curas durante el procedimiento.
10. Apoyo en la instrumentalización en equipos de salud bucodental y de atención a la mujer.
11. Colaboración en las actividades de prevención y promoción de la salud .
12. Participación en otras actividades acordadas por los equipos de los centros de salud que contribuyan a mejorar la cartera de servicios.
13. Participación en las actividades formativas del centro de salud .

Conclusión

El tcae tiene una función importante, es una figura sanitaria muy cercana con el paciente, trabajará mano a mano con el resto del personal, garantizando una asistencia integral y de calidad al paciente, mostrando siempre su cara más amable y cercana en la que pueda confiar y así conseguir que siga las pautas del médico con el fin de lograr que tenga una recuperación temprana.

5 Discusión-Conclusión

El tcae tiene una función importante, es fundamental en ap ya que su labor complementa las tareas del resto de personal del servicio y da apoyo en los momentos más críticos al personal médico y de Enfermería. Por ello, debemos tener en cuenta que tenemos que tener empatía y respeto hacia la situación de cada paciente, ya que no sabemos el problema de salud que puede tener y la situación personal que puede estar pasando cada persona ya sea en un centro de salud como también puede ser en un centro hospitalario, debe hacer buen equipo con las compañeras y resto de personal para tener una buena atención al paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 223

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

RAQUEL ALAMILLO GARCÍA-PATOS

MARISOL RODRÍGUEZ DE LAS NAVAS

MARIA VIOLETA ARROYO VILLASEVIL

EVA GONZALEZ MOLINA

PILAR DONAIRE GUTIERREZ

1 Introducción

En referencia a lesiones que se pueden producir en la piel del enfermo, en este artículo nos centraremos en las úlceras por presión que se producen en la piel por estar el enfermo siempre en la misma postura durante mucho tiempo, lo que se da con más frecuencia es la que se produzcan donde los huesos están más en contacto con la piel, lo que es lo mismo en las zonas declives del cuerpo, especialmente en la zona del sacro, aunque también en los talones, tobillos, y caderas. Puede causar infecciones graves y poner la vida del enfermo en peligro, llegando a ser un gran problema para los cuidadores de instituciones o en ingresos, donde las personas tienen que mantener un reposo absoluto.

En términos etiológicos y definitivos una presión o roce excesivo y continuo sobre la piel produce las úlceras por presión y la necrosis tisular. Tiene un campo clínico de afectación bastante amplio desde la pérdida superficial de la piel hasta la desintegración del tejido adiposo, articulaciones, músculo hueso y puede llevar al enfermo a la muerte. Aunque también entran en juego otros condicionantes, el más importante es la presión excesiva que mantiene el cuerpo y que no se alivia con cambios posturales, lo ideal sería un cambio postural cada dos horas para aliviar la presión, colchones anti escaras, vendajes, desbridación y cuidados hidratantes de la piel.

2 Objetivos

- Analizar las diferentes fases por las que pasan las úlceras por presión.
- Ver los tipos de tratamientos los que nos ayudarán a prevenir o a curar, estas úlceras por presión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica, 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 la primer estadio o fase se produce el eritema en la piel que permanece intacta, pero es la lesión que nos avisa de la úlcera, el enfermo siente calor, edema e insensibilidad.

El segundo estadio o fase este se da con el comienzo de la pérdida del grosor de la piel llegando afectar a la dermis, es superficial con un aspecto de quemadura o agujero.

En el tercer estadio o fase ya se ha perdido el grosor de la piel, hay necrosis subcutáneamente del tejido y se puede extender hacia dentro, ya se nota un agujero considerable por debajo del tejido.

En el último estadio o fase se puede llegar a la lesión al hueso y acabar con él perforando a vasos musculares y músculos.

Los mecanismos por los que se producen las úlceras por presión pueden ser debidos a diversos condicionantes:

- Extrínsecos: son las fuerzas mecánicas de presión sobre el tejido blando y al mismo tiempo fricción sobre la piel, causará la deformación del tejido, el bloqueo de los vasos y un daño que lesiona y perfora la piel y los músculos.
- Intrínsecos; fibrosis o isquemias locales, la edad del enfermo, o la incontinencia urinaria y fecal y la enfermedad de los vasos pequeños.

Hay distintos condicionantes de riesgo como enfermos hospitalizados, trastornos neurológicos o enfermos mayores.

El tratamiento de este tipo de lesiones se divide en dos principales:

- Conservador o quirúrgico y medidas de nutrición: hay que evitar la presión y limpiar la herida y restaurar el estado nutricional del enfermo con un alto contenido en proteínas, calorías y vitaminas, hay que controlar la anemia, aliviar la presión con apósitos de espesor de unos 6 cm recubierto con otro apósito más ligero, elástico y aireado para que circule el aire, una segunda piel o gel de silicón a modo de cojín, utilización de colchón anti escaras y realizar los cambios posturales.

El tratamiento local o conservador se basará en tener el área limpia de sustancias y medicamentos con un desbridamiento enzimático a bases cremas y la aplicación de nuevos medicamentos que renueven celularmente y promuevan la epitelización.

- Tratamiento quirúrgico se valora siempre y cuando el enfermo este en unas buenas condiciones para la cirugía y la lesión no tenga tejido necrótico y que al mismo tiempo sé de qué el tejido de granulación se encuentre sano y haya signo del borde de cicatrización en la úlcera.

5 Discusión-Conclusión

Sin duda y a lo largo del tiempo, la experiencia en las asistencias y los estudios se ha demostrado y se llega a la conclusión que elegir un tipo de tratamiento u otro va a variar y también en gran medida se debe tener en cuenta del lugar de localización de la úlcera, de la educación, motivación y del estado del enfermo.

Hay que estudiar siempre distintas opciones de tratamiento que depende del tipo de úlcera como de su localización clasificándolas en cierre directo, injertos cutáneos, colgajos cutáneos, musculares, musculocutáneos, perforantes, y la expansión tisular.

Se puede complicar estas cirugías plásticas con los hematomas comunes, necrosis del colgajo, infección, dehiscencia o recurrencia de la herida incidiendo siempre que la higiene y los cambios posturales son fundamentales para la prevención, tratamiento y curación de estas lesiones.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 224

LA LACTANCIA MATERNA

PAULA GARCÍA GARCIA

1 Introducción

La lactancia materna es el proceso por el que la madre alimenta a su hijo recién nacido a través de sus senos, que segregan leche inmediatamente después del parto, que debería ser el principal alimento del bebé al menos hasta los dos años.

La leche materna incluye todos los nutrientes que un recién nacido requiere hasta los seis meses de edad, por lo que será su único alimento. Estos nutrientes son: grasas, carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales, factores antiinfecciosos y factores bioactivos.

Según recomienda la OMS recomienda la OMS, la lactancia materna puede extenderse hasta que el niño cumpla los dos años o incluso durante más tiempo si así lo desea la madre.

Durante este periodo la leche materna debe ser el único alimento del bebé, excepto si necesita algún tipo de suplemento vitamínico. No es necesario que el bebé tome agua u otro tipo de líquidos: según la OMS la propia leche materna contiene un 88 por ciento de agua, por lo que es suficiente para saciar al lactante. La leche materna tendrá variaciones durante este periodo en cuanto a su composición y cantidad, adaptándose a las necesidades del recién nacido. Se llama calostro a la leche materna que se producen durante los dos o tres primeros días tras el parto. Esta leche contiene una mayor cantidad de proteínas y minerales. En adelante, la leche va reduciendo su porcentaje de proteínas y aumenta el contenido en grasas y lactosa.

En este periodo no hay que establecer un horario para amamantar, sino que el bebé tiene que ser alimentado cuando lo necesite.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las propiedades y beneficios de la lactancia materna.

Objetivos secundarios:

- Orientar y educar a la población sobre la importancia de la lactancia materna, tanto para la madre como para el recién nacido.
- Contribuir a la promoción y mantenimiento de la lactancia materna.
- Entender que la lactancia materna exclusiva y durante dos años o más, proporcionan nutrientes de alta calidad y una adecuada energía, y puede ayudar a prevenir el hambre, la desnutrición y la obesidad.
- Transmitir que la lactancia materna también significa seguridad alimentaria y mejora de la nutrición en la niñez y posterior edad adulta.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica exhaustiva de varios artículos disponibles de la OMS y la AEPED.

Revisión bibliográfica de diferentes bases de datos como pueden ser pubmed, scielo, cuidate plus, dialnet. estudio exhaustivo de artículos sobre factores asociados a la lactancia materna exclusiva, como promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica, recomendaciones del comité de lactancia materna de la AEP.

4 Resultados

La lactancia materna contiene todos los nutrientes que el bebé necesita durante los 6 primeros meses de vida, además de proteger el sistema inmunitario del recién nacido. Reduce también el riesgo de padecer diversas enfermedades como el asma o diferentes tipos de alergias, además de prevenir también la obesidad infantil. La lactancia materna es la forma de nutrición natural del lactante y sus ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas son conocidas. La leche materna es el alimento óptimo para el lactante y su composición es la ideal para el mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los primeros 4 a 6 meses de vida.²

La lactancia materna exclusiva también aporta grandes beneficios a la madre, ya que favorece una rápida recuperación y disminuye enormemente la posibilidad de padecer cáncer de ovario o de mama. Las mujeres que amamantan pierden el peso ganado durante el embarazo más rápidamente y es más difícil que padezcan anemia tras el parto, también tienen menos riesgo de hipertensión y depresión postparto. La osteoporosis y los cánceres de mama y de ovario son menos frecuentes en aquellas mujeres que amamantaron a sus hijos.

La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecerá su hijo recién nacido. No solo considerando su composición sino también en el aspecto emocional, ya que el vínculo afectivo que se establece entre una madre y su bebé amamantado constituye una experiencia especial, singular e intensa. Existen sólidas bases científicas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa para el niño, para la madre y para la sociedad, en todos los países del mundo. La Lactancia Materna Exclusiva es un proceso fundamental para la salud y desarrollo de los/as niños/as, sin embargo, no ha logrado mantenerse por el periodo recomendado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Mundial de la Salud. La poca popularidad que tiene la Lactancia Materna debe ser considerada como un problema de salud pública.

Desde otro punto de vista, la leche materna es un alimento ecológico, puesto que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse con lo que se ahorra energía y se evita contaminación del medio ambiente. También es económica para la familia. Además, debido a la menor incidencia de enfermedades, los niños amamantados ocasionan menos gasto a sus familias y a la sociedad en medicamentos y utilización de Servicios Sanitarios y originan menos pérdidas por absentismo laboral de sus padres.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, la lactancia materna facilita la recuperación del peso previo al embarazo y fortalece el vínculo de amor y unión con su hijo. Previene la anemia. Fortalece los huesos. Reduce el riesgo de padecer cáncer de ovario y mama. Representa un gran ahorro económico.

Por todas estas razones y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Academia Americana de Pediatría (AAP), el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de la vida del niño y continuar el amamantamiento

junto con las comidas complementarias adecuadas hasta los 2 años de edad o más.

6 Bibliografía

1. I González Méndez, B Pileta Romero - Revista cubana de Enfermería, 2002 - scielo.sld.cu.
2. R Niño, G Silva, E Atalah - Revista chilena de pediatría, 2012 - scielo.conicyt.cl.
3. YMB Ortiz, CC Navarro, GG Ruíz - Revista cuidarte, 2014 - dialnet.unirioja.es.
4. MTH Aguilar, JA Maldonado - Anales de Pediatría, 2005 - Elsevier.
5. V Díaz-Argüelles Ramírez-Corría - Revista cubana de pediatría, 2005 - scielo.sld.cu.
6. Publicaciones y estudios de la OMS y AEP.

Capítulo 225

DEAMBULACIÓN Y MOVILIZACIÓN PARA PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA

MELANIE NAVIA LOPEZ

M^a ROSA IGLESIAS ALVAREZ

MARTA MARIA GONZALEZ ZAPICO

1 Introducción

La deambulaci3n o capacidad para caminar es una funci3n importante que la mayoría de las personas realiza de manera automática, es decir, sin pensar en ello o hacer un esfuerzo constante.

Cuando una persona queda inmovilizada o encamada despu3s de una lesi3n, intervenci3n quirúrgica o incapacidad para caminar, esta actividad aparentemente sencilla se convierte en un obstáculo difícil de superar. Cuanto más tiempo esté inmovilizado el usuario, más difícil será recuperar la capacidad para caminar. una deambulaci3n precoz disminuye el tiempo de hospitalizaci3n y evita complicaciones.

Por todo ello existen diversos aparatos de ayuda para sostener al usuario cuando camine. Dichos aparatos sirven para aliviar el peso corporal y permitirle caminar. Los bastones alivian, aproximadamente, el cuarenta por ciento del peso, fundamentalmente, atribuido a las extremidades inferiores.

Además, estos aparatos ofrecen al usuario confianza, estabilidad, apoyo frente a una extremidad débil o reducir la presión sobre una extremidad.

Vamos a intentar explicar qué uso tiene cada aparato de ayuda: muletas, andadores etc. y de qué manera puede facilitar que la calidad de vida de la persona con movilidad reducida se vea afectada en la menor medida posible.

Debemos tener en cuenta que todas las ayudas técnicas además de facilitar la vida físicamente del usuario, también de manera psicológica pueden resultar beneficiosas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Proporcionar una mayor comodidad al usuario.

Objetivos secundarios:

- Favorecer un movimiento pulmonar y una ventilación óptima.
- Evitar contracturas a causa de una flexión articular constante.
- Favorecer un movimiento articular óptimo.
- Ayudar a mantener la piel intacta.
- Evitar lesiones a causa de un movimiento inadecuado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las muletas ayudan a caminar al proporcionar soporte durante la deambulación, cuando las extremidades inferiores son incapaces de sostener el peso corporal, es deseable que esta situación sea temporal.

Para que el uso de las muletas sea efectivo hay que tener en cuenta varios factores: la medida será de 5 cm. desde la axila hasta el apoyo axilar de la muleta, la

empuñadura deberá permitir una flexión del codo de 20 a 30 grados.

El tipo de muleta que emplee un usuario dependerá de su capacidad para caminar, de la fuerza muscular necesaria para sostenerse y de sus necesidades individuales. Además se deberá procurar que el usuario utilice un calzado adecuado (en caso de llevar cordones, que este bien atado; suela de goma; cerrado).

Hay tres clases principales de muletas: Axilar para uso a corto plazo, Lofstrand o canadiense (de antebrazo) y plataforma.

Los andadores ayudan al usuario a mantener el equilibrio mientras caminan. Al caminar soporta todo o parte de su peso corporal en los brazos y no en las piernas. Pueden tener o no ruedas o plataformas. Las ruedas se colocan en las patas delanteras del andador para evitar caídas y una posible lesión.

Hay que vigilar las conteras de goma con frecuencia para comprobar su buen estado.

La altura del andador se ajusta bajando o levantando las patas de la pieza de extensión, hasta lograr la altura apropiada para el usuario en la cual debe poder flexionar el codo de 20 a 30 grados.

Para la deambulación se debe colocar el andador directamente frente al usuario dándole indicaciones para que se agarre a la empuñadura y enseñándole a doblar ligeramente los codos y avanzar con el andador.

Los bastones se emplean para proteger a los usuarios frente a las caídas por inestabilidad, pérdida del equilibrio, están débiles o tienen una o ambas piernas que le impiden mantener una postura erguida

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las personas con discapacidad son conscientes del peligro de las caídas, por lo que suelen tener miedo cuando caminan o se desplazan.

Una intervención e instrucciones adecuadas sobre el uso de medios de ayuda: bastones, andadores, etc., incluso cuando la discapacidad es de grado mayor, la utilización de grúas, transfer, etc., ayudarán a aliviar esos temores, que pueden ser tan fuertes que les lleguen a causar inmovilización y depresión.

Por todo ello sería terapéutico que los profesionales hablando con el usuario intentarán tranquilizar y explicar las conductas específicas para evitar las caídas, ayudarlos a que muestren estabilidad y puedan realizar la actividad sin ayuda.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 226

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA (LRD)

LUIS MANUEL DE LA ROZA GRANDA

1 Introducción

España se encuentra inmersa en un proceso del envejecimiento de sus habitantes. Las cohortes más anchas de su pirámide poblacional cada vez ocupan tramos más elevados mientras que aquellas que integran la base van reduciendo su tamaño progresivamente, estrechándose, llegando al punto que cada vez se asemeja más a una pirámide invertida.

Una de las consecuencias de nuestra evolución demográfica es que según el INE a fecha 01/01/2021 el 19,77% de la población del país tenía 65 años o más que suponen 9.369.837 personas de las cuales, según la misma fuente, 2.854.052 tiene algún grado de dependencia. A esto hemos de añadir aquellas personas menores de 65 que son dependientes bien por enfermedad o accidente.

Como sociedad, hemos de buscar la mejor manera posible de atender a esta creciente demanda de cuidados que necesitan cada vez mayor número de personas dependientes.

Cuando surge la necesidad de prestar cuidados a grandes dependientes (grado III según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal

y Atención a las personas en situación de dependencia) las familias, cada vez con mayor frecuencia (y en parte es posible gracias a la propia ley) optan por que sea un profesional quien preste esa atención, bien en el hogar o en su defecto, en un centro geriátrico adecuadamente dotado.

La justificación de este trabajo se basa en que esos cuidados profesionales mencionados unas líneas atrás, en muchas ocasiones serán prestados por un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y dadas las características de las personas que tendrán que atender es de vital importancia que conozcan cuáles son las lesiones relacionadas con la dependencia (LRD), cómo tratarlas y mejor aún como evitarlas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Entender en qué consisten las lesiones relacionadas con la dependencia (LRD).

Objetivos secundarios:

- Conocer qué medidas se han de aplicar para que las LRD no se produzcan.
- Transmitir qué cuidados son los adecuados en caso de que hayan aparecido las LRD.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica 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: Lesiones relacionadas con la dependencia, prevención, cuidados, úlceras por presión y cizalla, lesiones cutáneas asociadas a la humedad, lesiones por fricción, dependencia.

4 Resultados

Existen cuatro mecanismos de producción de lesiones crónicas relacionadas con la dependencia, que son: presión, fricción, cizalla y humedad además de otros

factores que facilitan su desarrollo como son: drenajes, catéteres, radioterapia, falta de hidratación, desnutrición, diabetes, sequedad, eritema, tabaquismo...

Las lesiones crónicas que se pueden producir son:

Úlceras por presión (UPP): habitualmente son fruto de la intervención de dos fuerzas, la presión y el cizallamiento, aunque la presión sola puede producir lesiones de mucha importancia. Se localizan en la piel y/o tejido subyacente habitualmente sobre una prominencia ósea, en alguna ocasión responden a la presión externa ejercida por algún material o dispositivo clínico.

Hay determinados factores intrínsecos o característicos del paciente que hacen tener una mayor predisposición a padecer úlceras por presión como son:

- la edad, a mayor edad la piel del paciente es más susceptible de ser dañada porque ha perdido muchas de las características protectoras (flexibilidad, hidratación, disminución del grosor del tejido subcutáneo)
- padecer hipoxia o mala circulación impiden que llegue el oxígeno necesario a los tejidos
- enfermedades como la diabetes o la presión arterial baja, medicamentos inmunosupresores, vasoconstrictores, sedantes que pueden interferir sobre el sistema inmune, la movilidad o la resistencia de los tejidos
- la malnutrición

De igual manera también existen factores extrínsecos como son:

- exceso de humedad en la zona sometida a presión,
- empleo de jabones, perfumes o polvos de talco que alteran el ph de la piel
- realizar masajes o manipulaciones sobre la piel de manera inadecuada
- la colocación de dispositivos como catéteres, sondas...
- exceso de humedad y elevada temperatura en la habitación.

Características clínicas:

Las UPP se forman desde el exterior hacia el interior cuando son originadas por fuerzas de presión, pero si estas son consecuencia de la combinación de fuerzas de presión combinadas con las de cizalla el daño evolucionará de dentro a afuera. En cuanto a la forma son redondeadas u ovaladas (excepto cuando sean fruto de la presión ejercida por dispositivos clínicos que adoptarán la forma de los mismos) y se hallarán de forma perpendicular sobre un saliente óseo si son fruto exclusivo de la presión, en el caso de que esta se combine con la cizalla entonces tendremos formas irregulares con un doble eritema y desplazadas entre 30º y 45º respecto del saliente óseo.

Cuando la UPP se ha originado exclusivamente por la presión, suelen tener una evolución favorable si se tratan adecuadamente, por el contrario suelen tener una

evolución más complicada cuando en la formación de la UPP ha intervenido la fuerza de cizalla.

Lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH).

Son aquellas localizadas en la piel que habitualmente no afecta a tejidos subyacentes y muestran el aspecto de un eritema (inflamación) y/o erosión de la misma causada por la exposición prolongada de la piel a fuentes de humedad con potencial irritativo (ej. orina, heces, exudado de heridas, sudor...). Por lo tanto la humedad es el agente etiológico principal, pero no el único, sino que debemos contar con otros factores adicionales o coadyuvantes.

Factores coadyuvantes:

El daño producido es directamente proporcional al tiempo de exposición, a la cantidad, a la capacidad irritativa y el pH de la humedad que “ataca” a la piel. Además de otros factores, como la existencia de fricción, la presencia de patógenos en la piel y la condición física y el estado de salud del individuo.

Características clínicas:

Las lesiones cutáneas asociadas a la humedad se presentan como una inflamación en la piel, sola o con presencia de erosiones y/o infecciones cutáneas secundarias. Suelen ser lesiones superficiales, su localización no responde a patrones relacionados con la presencia de prominencias óseas. En caso de existir erosión, se muestra con bordes difusos e irregulares, acompañadas de eritema importante y sin rotura de la piel, a estas lesiones las acompañan síntomas como ardor, hormigueo y dolor.

Lesiones cutáneas por fricción:

Son consecuencia de las fuerzas producidas entre dos planos al desplazarse, así uno de ellos será el formado por el paciente y el otro la superficie en la que se apoya. Se produce un deterioro tisular directo, frecuentemente muy similar a una quemadura.

Cuanto mayor sea la fricción, mayor será la importancia de la lesión, esta dependerá de las características físicas de las superficies en contacto (cuanto más rugosas o ásperas sean tendrán mayor coeficiente de rozamiento) además de la humedad de la piel (cuanto más húmeda está mayor capacidad de adherencia tiene) y la temperatura (el rozamiento entre superficies hace que se incremente la temperatura de la piel, lo que facilita el proceso de erosión de la misma)

Características clínicas:

Este tipo de lesiones cuentan con tres presentaciones clínicas, todas ellas dolorosas en mayor o menor grado y frecuentemente con edema, que son:

Eritema con forma lineal: no palidecen al ser presionados y siguen los planos de rozamiento.

Flictena: vesícula o ampolla (según el tamaño de la lesión) que determina claramente la fricción como originadora de la lesión.

Úlcera: Se produce al romper la flictena, quedando una lesión abierta con pérdida de sustancia.

Lesiones combinadas (presión-humedad, presión-fricción, humedad-fricción, multifactoriales), en ellas intervienen al menos dos mecanismos de producción de la LRD

Prevención:

Estos son los puntos básicos que el TCAE ha de desarrollar para lograr que no se produzcan las lesiones que estamos estudiando:

- Realizar la valoración del riesgo en el primer contacto con el paciente.
- Revisar la piel diariamente.
- Mantener la piel limpia y seca en todo momento.
- Utilizar productos para la higiene diaria de PH neutro.
- Aclarar el jabón/gel escrupulosamente y secar sin frotar prestando especial atención a los pliegues.
- Utilizar hidratantes para la piel hasta que se absorban completamente.
- La ropa de cama ha de permanecer seca y sin arrugas.
- Aquellas zonas que puedan estar expuestas a humedad, protegerlas con productos barrera.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados sobre la piel sana en las zonas de riesgo

Control de: Presión, cizalla, roce y fricción.

Para aminorar el daño que estos factores pueden producir, debemos de tener en cuenta unas herramientas que han de ser utilizadas conjuntamente puesto que de forma aislada no lograrían el efecto preventivo que se busca y son las siguientes:

- Movilización: hay que animar al paciente a que permanezca tan activo como su condición física y estado de salud le permita. Si no fuera capaz de realizar movimientos por su cuenta, entonces el TCAE colaborará en la realización de movilizaciones pasivas.
- El TCAE realizará los cambios posturales programados necesarios, cuando el paciente se encuentra encamado.
- Utilizar superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) que consigan

una mejor redistribución de la presión que soporta el cuerpo del paciente, especialmente en las zonas más sensibles de ser dañadas. La SEMP empleada es un determinante en la frecuencia de los cambios posturales, teniendo que ser dicha frecuencia mayor sobre un colchón convencional que no redistribuye la presión, que sobre una SEMP que redistribuya la presión, o de alivio de la presión.

- Utilizar las almohadas, cojines o cuñas que sean necesarias para lograr que la persona adopte la postura adecuada para evitar la aparición de LRD al igual que apósitos correspondientes para zonas sensibles (p. ej. taloneras)

5 Discusión-Conclusión

Ha quedado claramente expuesta la diversidad de LRD y el papel relevante que el TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) ha de tener para evitar que estas se produzcan o en su defecto, evitar que evolucionen produciendo un daño mayor al paciente.

Tras una correcta valoración, realizar un buen trabajo preventivo suponer evitar un sufrimiento innecesario, en esta tarea el buen hacer del TCAE es imprescindible.

Por lo tanto, como se ha expuesto, la base del éxito para evitar la aparición y/o desarrollo de las LRD se basa en el necesario conocimiento por parte del sanitario (TCAE) de las diferentes tipologías de las lesiones objeto de esta exposición además de la aplicación de todas las medidas preventivas necesarias. Este es el único camino para evitar la aparición del 95 % de las LRD que hoy se producen.

6 Bibliografía

1. Navarro SP. Los cuidados del técnico auxiliar de Enfermería en las úlceras por presión. Madrid: Monsalvez; 2020.
2. Paniagua Asensio, María L. LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA: PREVENCIÓN, CLASIFICACIÓN Y CATEGORIZACIÓN DOCUMENTO CLÍNICO Safe Creative 2020.

Capítulo 227

LOS DIFERENTES TIPOS DE LA DISFAGIA

LETICIA FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

La disfagia es la dificultad para tragar, es decir, que tu cuerpo necesita más tiempo y esfuerzo para mover los alimentos o líquidos de la boca al estómago. La disfagia puede ser dolorosa. En algunos casos, la deglución es imposible.

La dificultad ocasional para tragar, como cuando comes demasiado rápido o no masticas lo suficiente tu comida, no suele ser motivo de preocupación. Sin embargo, la disfagia persistente puede ser una enfermedad grave que requiere tratamiento.

La disfagia puede manifestarse a cualquier edad, pero es más común en adultos mayores. Las causas de los problemas de deglución varían y el tratamiento depende de la causa. Síntomas

Entre los signos y síntomas de la disfagia se pueden incluir los siguientes:

- Dolor al tragar
- Imposibilidad de tragar
- La sensación de que la comida se atasca en la garganta o el pecho, o detrás del esternón
- Babeo
- Ronquera
- Regreso de la comida (regurgitación)
- Acidez estomacal frecuente
- Alimentos o ácido estomacal que vuelve a la garganta

- Pérdida de peso
- Tos o arcadas al tragar

Causas:

La deglución es compleja y en ella participan varios músculos y nervios. Cualquier afección que debilite o dañe los músculos y los nervios que se usan para tragar o que cause un estrechamiento de la parte posterior de la garganta o del esófago puede causar disfagia.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa los diferentes tipos de la disfagia y cuáles son sus aspectos más fundamentales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La dificultad para deglutir puede provocar lo siguiente:

Malnutrición, pérdida de peso y deshidratación. La disfagia puede dificultar la ingesta suficiente de alimentos y líquidos.

Neumonía por aspiración. Los alimentos o los líquidos que ingresan en las vías respiratorias durante los intentos de deglución pueden causar neumonía por aspiración debido a que los alimentos introducen bacterias en los pulmones.

Atragantamiento. Un alimento atorado en la garganta puede causar atragantamiento.

Si el alimento bloquea completamente las vías respiratorias y nadie interviene con una maniobra de Heimlich exitosa, puede producirse la muerte. Los resultados pueden indicar alguno de los siguientes tipos de problemas:

Disfagia de la cavidad oral, un trastorno de la boca. Las afecciones incluyen:

Debilidad después de un accidente cerebrovascular

Problema muscular o nervioso

Disfagia orofaríngea, un trastorno de la garganta. Las afecciones incluyen:

Ciertos tipos de cáncer

Enfermedades neurológicas como esclerosis múltiple o enfermedad de Parkinson

Divertículo faringoesofágico, una pequeña bolsita que se forma y recoge las partículas de comida en la garganta

Disfagia esofágica, un trastorno del esófago. Las afecciones incluyen:

Estenosis esofágica (estrechamiento del esófago)

Tumor en el esófago

Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), en la que el contenido del estómago se filtra hacia el esófago.

La evaluación de la deglución a pie de cama y los otros tipos de herramientas de evaluación de la disfagia sólo indican si usted tiene riesgo de tener uno de estos trastornos. Si sus resultados muestran que está en riesgo, es probable que el profesional de la salud pida pruebas de seguimiento.

Cambiar tus hábitos alimenticios. Intentar comer porciones más pequeñas con más frecuencia. Cortar los alimentos en trozos más pequeños, masticarlos bien y comer más despacio. Si tienes dificultad para tragar líquidos, hay productos que puedes comprar para espesarlos.

Probar alimentos con diferentes texturas para ver si algunas te causan más problemas. Los líquidos livianos, como el café o el jugo, son problemáticos para algunas personas y los alimentos pegajosos, como la mantequilla de maní o el dulce de leche, pueden dificultar la deglución. Evita los alimentos que te causen problemas.

Limitar el consumo de alcohol y de cafeína. Estos pueden secar la boca y la garganta, lo que dificulta más la deglución.

5 Discusión-Conclusión

La disfagia orofaríngea en los enfermos de alzhéimer es un síntoma muy prevalente que, por la escasa evidencia e importantes lagunas en su manejo y disminución de complicaciones, pone de manifiesto la necesidad de futuras investigaciones. Las medidas dietéticas desempeñan un papel primordial y deben ser individualizadas en función del paciente y del momento evolutivo de la enfermedad. Además, espesar fluidos es el pilar de la dieta en estos casos, y la alteración de las características de los alimentos, uno de los abordajes más comunes. Prevención, intervención precoz, asegurar un adecuado soporte nutricional y llevar a cabo

una alimentación adecuada adaptada al enfermo de alzhéimer deben ser elementos básicos en su plan de cuidados, y tanto familiares como cuidadores deben tener conocimientos suficientes para formar parte activa de los mismos.

Hay un relativo desconocimiento y desacuerdo en cuanto a la alimentación de estos enfermos y a las medidas básicas de adaptación en la evolución de la enfermedad, por lo que resulta fundamental un abordaje multidisciplinar que incluya aportaciones de diferentes dominios profesionales. En relación al diagnóstico precoz de la disfagia, sería conveniente mejorar la evaluación clínica, ya que se ha mostrado insuficiente para identificar penetraciones silenciosas y aspiraciones, por lo que se hace necesaria la confirmación por examinación videolaparoscópica.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 228

EL TRASTORNO DEL SUEÑO EN LOS ANCIANOS

CARMEN VERÓNICA HUACANI MAMANI

1 Introducción

El sueño es una parte importante en nuestra vida a la cual dedicamos una gran parte de ella, dormir es muy necesario para nuestro organismo es por eso que cualquier alteración que podamos tener distorsiona nuestra salud. En los ancianos es un problema muy serio porque puede llegar a modificar y condicionar su día a día llegando a sufrir continuos despertares durante la noche o en ocasiones dificultando conciliar el sueño este puede convertirse en un problema serio afectando a la persona psíquicamente.

Al envejecer el sueño va cambiando y su vez modifica su estructura (calidad y cantidad) en los ancianos este tipo de problema puede ocasionar: problemas en la conducta sobre todo en personas con demencia o con deterioro cognitivo, es muy frecuente que las personas mayores manifiesten su malestar por no dormir, este problema aumenta con la edad, el tiempo de sueño es mucho más corto, a esta edad se da lugar despertares y cabezadas muy seguidas durante el día o la noche.

Hay que tener en cuenta que a esta edad hay una mayor incidencia de padecer una demencia por lo tanto el manejo de este tipo de personas es mucho más compleja, con todo esto podemos decir que el sueño influye en muchos aspectos a la salud y bienestar del paciente anciano.

2 Objetivos

El objetivo es valorar, conocer y a la vez poder detectar signos y síntomas que pueden llegar a afectar al paciente anciano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, 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 pacientes ancianos tardan mucho tiempo en dormir y se despiertan mucho más fácil teniendo frecuente despertares durante la noche y a primeras horas de la mañana todo esto provoca que durante el día el anciano necesite mini siestas o cabezadas para recuperar las horas de sueño.

Para una buena valoración clínica del anciano se debe tener en cuenta:

- recabar datos médicos (enfermedades) algunos de estos trastorno como la incontinencia, úlceras por presión, etc. Alteran negativamente a la hora de dormir.
- Consumo de alcohol y cafeína, no es bueno el abuso de estimulantes.
- Consumo farmacológico, algunos fármacos pueden afectar el tiempo y la calidad del sueño.
- Dolor y estrés emocional
- Trastornos psiquiátricos
- Hay que poner mucha atención en la exploración física
- Exploración neurológica y orofaríngea.

En los ancianos podemos encontrar distintos trastornos de sueño y los más comunes pueden ser:

- Insomnio, no permite descansar correctamente
- Hipersomnias, es un sueño excesivo y prolongado pero con el cual no se consigue el sueño reparador.
- Trastorno conductual, se manifiesta cuando una parte del cuerpo se despierta y la otra no.

- Apnea del sueño, impide dormir provoca que la persona despierte muchas veces.
- Sonambulismo, se manifiesta cuando una persona se levanta, camina y habla dormida.
- Síndrome de las piernas inquietas, movimientos involuntarios.
- Movimientos periódicos en las piernas, mientras la persona está dormida las piernas tienden a dar patadas.

Podemos decir que la principal causa del trastorno del sueño en pacientes ancianos son por todos los cambios fisiológicos que estos sufren a esta edad, por eso se aconseja primero que nada una buena valoración del especialista, la práctica de ejercicio físico de manera regular con la ayuda de terapeutas ocupacionales, evitar perturbaciones que pueden llegar a molestar en el momento de dormir, una dieta equilibrada, proporcionar un entorno agradable todo esto ayudará a una mejor calidad de sueño.

5 Discusión-Conclusión

Tener una vida saludable hacer ejercicio, evitar siestas, tener un horario de sueño, una dieta saludable, un entorno cómodo ayudarán a evitar el trastorno del sueño por eso si notamos algún cambio o alteración es mejor acudir al médico o especialista, el insomnio en los ancianos debe de ser considerado no sólo como un problema nocturno sino también diurno porque afecta en su día a día por eso es importante intentar brindarle las comodidades necesarias para su buen descanso.

Todo esto ayudará a mejorar su calidad de vida porque a esta edad son susceptibles a padecer muchas afecciones y enfermedades que pueden llegar a repercutir en su salud.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000064.htm>
2. <https://www.iis.es/trastornos-del-sueno-personas-mayores-insomnio-ancianos-tratamiento/>
3. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200014
4. <https://www.larescvalenciana.org/trastornos-del-sueno-en-el-anciano/>

Capítulo 229

MUJER 50 AÑOS. ANEMIA FERROPÉNICA

MARÍA JOSÉ LÓPEZ ARNE

1 Introducción

Existen muchos tipos de anemia. La anemia ferropénica ocurre cuando el cuerpo no tiene suficiente cantidad de hierro. El hierro ayuda a producir glóbulos rojos. La anemia por deficiencia de hierro es la forma más común de anemia.

La anemia leve por deficiencia de hierro normalmente no causa complicaciones. Sin embargo, si no se trata, puede volverse grave y ocasionar problemas de salud, entre ellos: Problemas de corazón.

Cuando se tiene anemia, el cuerpo no recibe suficiente sangre rica en oxígeno y como consecuencia, se puede sentir cansancio o debilidad. También se pueden tener otros síntomas, como falta de aliento, mareo o dolores de cabeza.

El tratamiento principal de la anemia ferropénica se basa en la administración de hierro, sea a través de la dieta o mediante administración oral de suplementos de hierro. El objetivo es restaurar los parámetros hematológicos alterados además de reponer los depósitos de hierro.

Se produce por consumo escaso en la comida, falta de absorción en el tubo digestivo, aumento de las necesidades no compensado o la pérdida crónica en sangre. La anemia por sangrado más frecuente es la debida a la menstruación, sobre todo si no es compensada con una alimentación adecuada.

Las mujeres con sangrado menstrual abundante suelen necesitar suplementos de hierro.

2 Objetivos

Describir la anemia ferropénica a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Mujer 50 años. 3a revisión. Primera en junio de 2020.

Alergias : sumatriptán.

Comentarios : edema de glotis

Antecedentes familiares : tíos y tías con enfermedades coronarias. Bocio numerosos miembros de familiares maternos y paternos.

Antecedentes sociales y profesionales : mujer de 50 años. TCAE. Vive en familia con dos hijos.

Enfermedades previas :

- DL no HTA ni DM.
- Hipotiroidismo inició tratamiento 2021 ante TSH > 8. No autoinmune Ac TPO negativo en mayo 2021.
- Migrañas con aura visual dx a los 25 años con TAC de cráneo que resultó normal, muy relacionado con estrés. I tolerancia a tritones.
- Quiste uterino abril 2019, con retirada por histeroscopia y Anatomía Patológica, con resultado normal
- Estreñimiento crónico controlado con dieta.

Medicación previa

- Ferrogradumet/Ferro sanol los días que tenga menstruación y 48 horas después.
- Pantok 10mg (simvastatina)
- Eutiróx 25 mcg/día

Derivada de Atención Primaria.

Paciente sin clínica frecuente de pirosis, ni RGE.

Estreñimiento de tiempo de evolución controlado con rutina alimentaria. pero en cuanto pierde rutina escasos días se descontrola, pero no ha habido cambios recientemente en esta esfera.

Menstruación de 1 semana de duración y abundantes de siempre. Intentó controlar con la píldora pero seguía con abundante cantidad aunque sí acortado el tiempo pero le provocó aumento importante de peso, por lo que no le compensaba. Llevaba dos meses sin tomar el hierro de esta manera antes de la analítica. Habitualmente, suele necesitar.

Derivada de Atención Primaria.

Paciente sin clínica frecuente de pirosis, ni RGE.

Estreñimiento de tiempo de evolución controlado con rutina alimentaria. pero en cuanto pierde rutina escasos días se descontrola, pero no ha habido cambios recientemente en esta esfera.

Menstruación de 1 semana de duración y abundantes de siempre. Intentó controlar con la píldora pero seguía con abundante cantidad aunque sí acortado el tiempo pero le provocó aumento importante de peso, por lo que no le compensaba. Llevaba dos meses sin tomar el hierro de esta manera antes de la analítica. Habitualmente, suele necesitar.

Octubre 2020

Mejor laboral y familiarmente . Se encuentra bien. No clínica gastrointestinal.

Mejoría con pauta actual, aunque mantiene depósitos de hierro bajos, que es lo esperable dado que estamos con pauta intermitente ante menstruación abundante y prolongada.

Plan : acordamos realizar pauta larga de 3 meses para intentar recuperar un mínimo de depósitos de hierro. Intentamos tolerancia con Fero gradumet dado eficacia mayor con este que con Ferro sanol.

Febrero 2021

Alteraciones menstruales con las que está fijándose para ir valorando si pudiera estar entrando en periodo de perimenopausia.

Plan : iniciamos Eutirox 25 mcg ante TSH > 8. Y mantenemos Fero gradué tomando los días en que tenga menstruación y 48 horas después.

Junio 2021

Buen estado general. Mantiene menstruación abundante. No miomas en ecografía ginecológica (enero 2020) . Buen control de anemia (remitida) y perfil férrico con pauta establecida

Pruebas complementarias

Analíticas

Previo iniciar CCEE

09/06/19 Hb 11,8 normo normo; TSH normal 3,47, transferrina , folat, B12 normales.

25/10/19 Hb 11,6 normo normo

14/05/20 Hb 10,9 normo normo, leucocitos y plaquetas normales, glucosa 112, LDL -c 92 , TG 159, f. renal e iones normales, p. hepático normal, Fe 174 (37-145), ferritina 27 (13-150); no hecho flato ni B12.

Desde inicio de CCEE

01/09/20 Hb 11,6, VCM y HCM normales, leucos y plaquetas normales; función renal normal, perfil hepático normal, ferritina 9, Fe 40, formato normal, TSH 5,9. SOH (octubre 2020) negativo.

04/01/21 Hb 13,6 leucos y plaquetas normales; Fe 109, IST 30%, ferritina 49, TSH 8,05, T4L 1,03, colesterol t 221, TG 107.

04/05/21 Hb 14,3 normo normo, leucos y plaquetas normales; colesterol 213, TG 295, Fe 132, TSH 5,33, T4L normal, Ac TPO negativo

4 Discusión-Conclusión

Anemia secundaria a metrorragias. No miomas. Buena evolución con sustitución de hierro oral de forma periódica.

Hipotiroidismo subclínico TSH > 8 con hormonas periféricas normales por ahora, aunque con ganancias de 7 kg recientemente, más cansancio aunque posible relacionado con estrés laboral, confinamiento ...

Dislipemia mixta con ligero aumento de hiperTG en probable relación con mayor sedentarismo y ganancia de peso en últimos meses.

Tratamiento

Continuar con:

- Ferrogradumet los días que tenga menstruación y 48 horas más.
- Pantok 10 mg (simvastatina)
- Eutirox 25 mcg/día

Doy alta en consulta de MI dado buena evolución y estabilidad mantenida. Si alguna novedad, derivar nuevamente.

Control analítico tras 3 meses de iniciar cambio dietético y tras 4 meses de control de TSH.

5 Bibliografía

1. Caso clínico
2. Servicio Medicina Interna
3. Unidad Medicina Interna Hospital Universitario
4. Informe clínico de seguimiento de consulta externa

Capítulo 230

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LAS INFECCIONES DEL TRÁNSITO URINARIO

ROSA MARÍA CANCIO GARCÍA

1 Introducción

Podemos considerar las infecciones del tracto urinario (ITU), como la colonización y multiplicación de microorganismos patógenos en el tracto urinario, habitualmente de origen bacteriano.

La ITU, es la segunda causa de infección que se da con más frecuencia, después de las infecciones del tracto respiratorio, constituyendo un problema de salud que afecta una gran mayoría de personas cada año.

Se considera que más de la mitad de las mujeres sufrirán de una ITU a lo largo de su vida. La proporción que existe entre mujeres y hombres es de 30:1, pero a medida que los varones envejecen, la proporción existente tiende a igualarse.

La clasificación de las ITU, podrán determinarse como: ITU alta o baja, ITU aguda o crónica, ITU complicada o no complicada, ITU nueva o recurrente y ITU comunitaria o nosocomial.

Asimismo, la sintomatología y la clínica puede ser diferente según multitud de factores tanto de las características de la infección, como las características de cada paciente, estado general, portador de sondaje, etc, puesto que como ha quedado demostrado, una gran cantidad de ITU diagnosticadas no se encuentran vinculadas a anomalías en el tracto urinario.

En cuanto al tratamiento de la ITU, la prescripción de antibióticos suele ser la pauta principal, sobre todo en ancianos portadores de urocultivos positivos y bacteriuria asintomática. Es en esta franja de la población dónde es más dificultoso el diagnóstico de la ITU.

En caso de pacientes con ITU que requieren de tratamiento, la elección del fármaco más adecuado se basará en los resultados del antibiograma, la comodidad de administración y la toxicidad entre otros factores.

2 Objetivos

- Reconocer los principales síntomas y signos en los pacientes con infección del tracto urinario
- Describir cómo conseguir un diagnóstico precoz de la ITU ante los primeros síntomas de la afección.

3 Metodología

Para la búsqueda y recolección de información de interés relacionada con el tema que nos ocupa, hemos realizado una revisión bibliográfica de información de páginas y buscadores de contenido científico tales como Scielo, Medline, Dialnet o Google Académico, mediante los diferentes descriptores booleanos y utilizando como palabras clave de búsqueda: infección del tracto urinario, cistitis, pielonefritis, infección nosocomial, vías urinarias entre otras.

4 Resultados

La infección del tracto urinario es una de las infecciones que se da con mayor frecuencia en las consultas de atención primaria. Es considerada como presencia de microorganismos patógenos a lo largo del tracto urinario, siendo su origen bacteriano el más frecuente (entre el 80 y el 90% de las ITU son de origen bacteriano). Normalmente estas bacterias alcanzan la uretra y a continuación la vejiga, aunque puede seguir propagándose a los uréteres y los riñones.

La ITU es una de las afecciones que generan más consultas en los servicios de Atención Primaria, aunque la incidencia es elevada tanto a nivel comunitario como a nivel hospitalario, englobando en este último, las ITU nosocomiales

La incidencia suele ser mayor en mujeres jóvenes, pero a medida que se envejece, la prevalencia es la misma para ambos sexos a partir de los 65 años.

Las ITU son infecciones de elevada prevalencia, pudiendo afectar a personas de cualquier rango de edad, aunque la infección urinaria es más frecuente en mujeres, así como también es más frecuente la recurrencia en el género femenino. En cuanto a la menor prevalencia en los varones, generalmente está asociada con alteraciones anatómicas en lo que se refiere a la vía urinaria y en varones de edad avanzada.

El tracto urinario es considerado como un sistema cerrado a través del cual se realiza el drenaje de la orina desde su origen en los riñones, hasta la vejiga donde se almacenará y finalmente se expulsará a través de la uretra. Todo es sistema que compone el aparato urinario, en condiciones normales se encuentra estéril, con excepción de la uretra anterior. El principal mecanismo por el cual esta esterilidad es mantenida es el flujo hacia fuera ya que es capaz de conseguir que más del 99% de los microorganismos sean expulsados, gracias, además, al pH ácido de la orina, la osmolaridad de esta y la presencia también de urea y otros ácidos orgánicos.

CLASIFICACIÓN DE LAS ITU

- ITU Baja

La anatomía afectada por bacterias es la uretra y la vejiga. Los principales síntomas que están presentes ante este tipo de ITU son urgencia urinaria, disuria, tenesmo, orina turbia, polaquiuria y dolor suprapúbico. Se incluye aquí la cistitis y la uretritis.

- ITU Alta

La uretra y el parénquima renal se encuentran afectados, los principales síntomas que podemos señalar son escalofríos, sensación de ardor al orinar, fiebre, dolor lumbar, secreciones, ocasionalmente hematuria, náuseas y vómitos. Se incluyen aquí la pielonefritis.

- ITU No Complicada

Los pacientes afectados poseen un tracto urinario normal, sin presencia de alteraciones anatómicas y/o funcionales. Sin antecedentes cercanos de sondaje o uretrocistoscopias. La sintomatología afecta únicamente a la uretra y la vejiga. Generalmente son comunes en mujeres jóvenes que poseen una vida sexual activa.

- ITU Complicada

Generalmente son producidos en pacientes de avanzada edad en los que existen alteraciones funcionales, anatómicos o factores farmacológicos que requieren de la implantación de sondajes y e los que coexisten bacterias resistentes antibiótico-terapia. Pueden tener lugar desde la cistitis, hasta la urosepsis en la que hace presencia un choque séptico.

- ITU o Bacteriuria asintomática

Son las que desarrollan aquellos pacientes que no presentan síntomas, pero si ITU demostrada, basada en resultados de laboratorio en las que presentan una bacteriuria significativa.

- ITU Recurrente

Se dan en aquellos pacientes que sufren tres o más episodios de ITU en un año, demostrada en resultados de laboratorio.

- ITU Nosocomial

Engloban aquellas ITU de aparición en un paciente sin presencia de infección tras las primeras 48 horas de ingreso hospitalario. Generalmente asociadas a la colocación de sondas vesicales u otro procedimiento invasivo.

ETIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES URINARIAS

Las ITU pueden estar causadas por diferentes patógenos entre los que se encuentran las bacterias gram negativas, positivas y hongos, aunque en la mayoría de las situaciones (95%) son causadas por un único microorganismo, aunque en casos de anomalías anatómicas del aparato urinario o en aquellos pacientes que precisan de cateterización crónica de la vía urinaria coexistirían polibacterias.

La bacteria responsable frecuente es la *Escherichia coli* uropatógena (entre el 70% y 80%) tanto en las ITU complicadas como en las no complicadas, no mostrando variaciones entre los diferentes grupos de edad y sexo. Le siguen el *Proteus mirabilis*, *Klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa* y la *Corynebacteria urealyticum*, que aparecen de forma más frecuente en determinados grupos de población.

SINTOMATOLOGÍA DE LAS ITU

De forma generalizada, podemos considerar los principales síntomas de la ITU los que se mencionan a continuación:

- Necesidad urgente de orinar, así como la necesidad de realizar micciones frecuentes
- Ardor o dolor durante la micción

- Dolor, presión o cólicos en la zona abdominal, espalda o costado
- Orina hematúrica o piúrica (con presencia de pus).

En las ITU altas, cuando la infección llega o afecta a los riñones podemos encontrar:

- Sensación de debilidad o cansancio
- Escalofríos
- Nauseas y/o vómitos
- Fiebre y/o escalofríos
- Dolor en la parte media de la espalda.

En determinados pacientes con baja respuesta inmune, diabetes o de avanzada edad con patología asociada tal como demencia o Alzheimer, el diagnóstico puede resultar dificultoso al presentar síntomas poco precisos y susceptibles de no ser relacionados con la ITU. En estos pacientes, podemos encontrar un empeoramiento de su estado general, náuseas y mareos, confusión o incontinencia repentina.

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Es fundamental basar el diagnóstico de esta patología en la anamnesis y en la exploración física. Se realizará tira reactiva en la orina, al ser una prueba de fácil realización, rápida, alta sensibilidad y de bajo coste, aunque en contraposición presenta baja especificidad.

La realización de un sedimento de orina nos confirmará la presencia o no de piuria, bacteriuria, y nitritos.

El urocultivo es la prueba estándar para cualquier forma de ITU y será el que permitirá establecer el diagnóstico definitivo, aunque este no está indicado en todos los casos clínicos, puesto que el tratamiento de cistitis en mujeres jóvenes se inicia con tratamiento antibiótico sin realización previa de cultivo.

La analítica de sangre que englobe hemograma y bioquímica renal, así como otras pruebas de imagen (radiografía y ecografía abdominal), se realizarán ante la presencia de ITU complicada.

Los hemocultivos se reservan ante la sospecha de bacteriemia.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Bacteriuria sintomática de las vías urinarias: Se diagnostica por la presencia de fiebre mayor de 38°, tenesmo, poliaquiuria, dolor suprapúbico, disuria y con la realización de cultivo de orina.

- Bacteriuria asintomática de las vías urinarias: En los pacientes que no presentan ninguno de los siguientes síntomas: fiebre, tenesmo, poliaquiuria, dolor suprapúbico o disuria, pero a los que se les detecta una concentración bacteriana mayor o igual a 105 unidades formadoras de colonias por mililitro (UFC/ml), con máximo de dos especies de microorganismos.
- Infección de otras regiones del tracto urinario: Presencia de fiebre mayor de 38°C, aislamiento de Gram de microorganismos obtenidos por biopsia o aspirados de los tejidos u órganos del tracto urinario sospechoso de estar afectado, a excepción de la orina.

FACTORES DE RIESGO

La infección urinaria es más frecuente en las mujeres y son estas las que tienen más probabilidad de recurrencia durante su vida.

Podemos considerar los siguientes factores de riesgo para la población femenina

- Anatomía femenina: la uretra de las mujeres es de menor longitud que la de los varones lo que favorece la entrada de bacterias a la vejiga.
- Actividad sexual: aumenta el riesgo de infección en aquellas mujeres con vida sexual altamente activa.
- Métodos anticonceptivos: El uso del diafragma o el espermicida aumenta el riesgo de sufrir infección de las vías urinarias.
- Menopausia: las mujeres postmenopáusicas producen menos estrógenos, lo que hace a estas más propensas a las infecciones.

Sin tener en cuenta el género de los pacientes los factores de riesgo de padecer ITU son los siguientes:

- Anomalías en las vías urinarias: que impiden la eliminación de la orina con normalidad y con riesgo de reflujo hacia la uretra.
- Obstrucción en las vías urinarias: como consecuencia de un cálculo renal o el aumento en el tamaño de la próstata en personas de edad avanzada.
- Sistema inmunitario deprimido: debido a patología asociada aumenta el riesgo de infecciones en el tracto urinario.
- Uso de catéteres urinarios: En pacientes sondados que se encuentran hospitalizados o portadores de sondaje permanente.
- Intervenciones recientes en el sistema urinario: como cirugía quirúrgica o procedimientos con el uso de instrumental médico.

Si tenemos en cuenta las GUÍA EUROPEA para la clasificación de los factores de

riesgo de las ITU, ésta clasifica a dichos factores de riesgo en diferentes categorías según el acrónimo “ORENUC”, correspondiendo a cada una de las siglas:

- O: No existe factor de riesgo
- R: Factores de riesgo de ITU recurrentes: diabetes, actividad sexual, diferentes dispositivos anticonceptivos, uso de espermicidas o la pertenencia a algunos grupos sanguíneos.
- E: Factores de riesgo extra-urogenitales, los cuales son considerados de peor evolución: diabetes mal controlada, gestantes, pacientes inmunodeprimidos, portadores de enfermedades autoinmunes, prematuridad, neonatos.
- N: Factores de riesgo Nefrológico: considerados también de peor evolución como la insuficiencia renal o la poliquistosis renal.
- U: Factores de riesgo urológicos corregibles, bacteriuria asintomática combinada con algún otro factor de riesgo de las demás categorías, sondaje urinario transitorio, cirugía urológica, obstrucción uretral por litiasis u otras causas.
- C: Factores de riesgo no urológicos no corregibles y catéter urinario permanente con riesgo de peor evolución: sondaje vesical o talla vesical permanente, obstrucción urinaria no tratable, vejiga neurógena no controlada.

TRATAMIENTO DE LA ITU

El objetivo que se persigue al iniciar el tratamiento de las ITU, será eliminar la bacteria productora de la infección del tracto urinario y por tanto desaparecer la sintomatología del paciente.

Los antibióticos son el tratamiento de primera línea para el tratamiento de la ITU, pero son varios los factores condicionantes en la elección del antibiótico prescrito:

- El propio antibiótico: aspectos farmacocinéticos, efectos secundarios sobre la flora intestinal y vaginal, tolerancia y coste.
- La resistencia bacteriana a los antimicrobianos.
- Efecto que produce el antibiótico sobre la flora endógena, pudiendo derivar en aparición de candidiasis tanto vaginal como faríngea y potenciando las recaídas con la colonización periuretral si su actividad es moderada (en cepas de E: Coli).

En el uso de antibióticos betalactámicos tiene una alta destrucción de la flora endógena, no siendo así con el uso de antibióticos como el cotrimoxazol y quinolonas. El uso de la Amoxicilina-clavulánico, debido a su amplio espectro de acción, es la opción actualmente más utilizada con una pauta de tres días de tratamiento, presentando una relación coste/precio muy aceptable.

En ITUs recurrentes la indicación más recomendada es la nitrofuratoína o el norfloxacin.

- Tratamiento de elección en Uretritis:

EN VARONES: La administración de ceftriaxona (250 mg), vía intramuscular en única dosis es el tratamiento de elección. Si se opta por la vía oral, se prescribirán 100 mg de doxiciclina durante siete días a intervalos de 12 horas.

EN MUJERES: La indicación generalmente se basa en doxiciclina siendo la pauta recomendada de 200 mg cada 12 horas con una duración del tratamiento de siete días.

- Tratamiento de elección en Cistitis:

La fosfomicina en dosis única administrada cada 24 horas o la Amoxicilina en dosis única oral (3 g) es el tratamiento de elección.

Otras prescripciones engloban al Trimetropin sulfametaxazol o la amoxicilina-clavulánico.

- Tratamiento de elección en Prostatitis:

Se considerarán para su prescripción la concentración en la secreción del líquido prostático que pueda alcanzar el antibiótico de elección. El Ciprofloxacino y el Trimetropin sulfametoxazol alcanzan concentraciones aceptables. El Ofloxacino se prescribe también en ocasiones, aunque la duración del tratamiento es más prolongada (200 mg vía oral durante 4 semanas). Conjuntamente se recomendará el uso de antiinflamatorios y antipiréticos y recomendación de medidas generales (ingesta abundante de líquidos, baños de asiento y reposo).

- Tratamiento de elección en Pielonefritis:

En pacientes jóvenes, con buen estado general y sin factores de riesgo asociados, se optará por el tratamiento ambulatorio.

Los fármacos de elección serán el Ciprofloxacino por vía oral con una pauta de tomas de 12 horas y una duración del tratamiento de 15 días (500-750 mg) y el Cefonicida de forma intramuscular (1 g), pautada cada 24 horas con una duración de tratamiento de 10 días.

Los antibióticos, por tanto, serán el tratamiento de primera línea, pero la antibioticoterapia prescrita dependerá tanto de las afecciones provocadas por las ITU, como de las propias características del paciente, que será generalmente llevado a cabo de manera domiciliaria.

En aquellos pacientes con factores de riesgo asociados y/o mal estado general, se indicará su ingreso hospitalario en el que el facultativo correspondiente instaurará el tratamiento.

rará el tratamiento y seguimiento oportuno.

5 Discusión-Conclusión

Se puede considerar la infección del tracto urinario como una de las principales afecciones consultadas en la atención Primaria, consistente en la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario.

La principal bacteria responsable de estas infecciones es la *Escherichia coli* uropatógena.

Podemos afirmar que la incidencia de esta patología es mayor en la población femenina, debido a determinadas condiciones que afectan a esta población como la propia anatomía femenina, aunque existes multitud de factores de padecer ITU, que no consideran el género de los pacientes.

Existen varias clasificaciones de las ITU, según se consideren diferentes variables como puede ser la zona anatómica afectada, la existencia o no de anomalías anatómicas o funcionales, o la sintomatología presentada entre otros.

Podemos considerar una sintomatología común o similar entre aquellos pacientes con ITU, agravándose la situación del paciente a medida que la infección afecta a los riñones o vías urinarias altas.

Se puede afirmar, que el diagnóstico puede resultar dificultoso en determinada tipología de pacientes al presentar en estos sintomatología poco precisa.

La prueba de rutina será la tira reactiva de orina, pero será el urocultivo, el que establecerá el diagnóstico definitivo ante una sospecha de ITU. Otras pruebas complementarias serán el sedimento de orina, la analítica de sangre y los hemocultivos.

Para el tratamiento de las ITU, la administración de antibióticos es la principal indicación, pero para la elección de uno u otro se tendrán en cuenta las características del propio antibiótico, del paciente y de la patología producida por la infección.

6 Bibliografía

1. Echevarria-Zarate J, Sarmiento Aguilar E y Osoro-Plengue F. 2006. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. *Acta Médica Peruana*; 23(1):26-31. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-

59172006000100006

2. Meyrier A. Urinary tract infection. In: Atlas of Diseases of Kidney Vol 2 Chapter 7. Ed: Glassock RJ, Cohen AH, Grünfeld JP. 1999. Current Medicine Inc.
 3. Mendoza AE, Sepúlveda MAI. Infecciones del tracto urinario. En: Manual de Protocolos y Urgencias para Residentes cap 75. Sociedad Española de Medicina de Urgencias Médicas. 2003. www.cht.es/docenciamir/Manual/Cap57.pdf
 4. Naber KG. 2001. ¿Qué fluoroquinolonas son adecuadas para el tratamiento de las infecciones del tracto urinario?.
- Revista Internacional de Agentes Antimicrobianos;17(4):331-341.
5. Drekonja DM, Johnson JR. Infecciones del Tracto Urinario. 2008. National Library of Medicine; 35(2):345-347. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18486719/>
 6. Hernández-Burruezo JJ, Mohamed-Balgata MO, Aliaga L. 2007. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas. Infecciones del aparato urinario. Medicina Clínica ; 129(18):707-15.
 7. Wurgaft KA. 2010. Infecciones del Tracto Urinario. Revista Médica Clínica Las Condes; 21(4):629-633. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-infecciones-del-tracto-urinario-S0716864010705794>
 8. Solano Mora A, Solano Castillo A, Ramirez Vargas X. 2020. Actualización del manejo de infecciones de las vías urinarias no complicadas. Revista Médica Sinergia; 5(2). Recuperado de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/download/356/728?inline=1>
 9. Yuste Ara J, del Pozo J, Carmona-Torre F. 2018. Protocolo de tratamiento empírico de las infecciones urinarias. Medicine. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado; 12(51):3041-3047. <https://doi.org/10.1016/j.med.2018.03.007>

Capítulo 231

LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES

ROCÍO PILLADO LOUZAO

NURIA ZAPICO FERNÁNDEZ

SANDRA ZAPICO LÓPEZ

M DEL PILAR ARTOS RIO

1 Introducción

Una enfermedad autoinmune se produce cuando el sistema inmunitario ataca los propios tejidos sanos de un organismo. Como cualquier respuesta adaptativa, va dirigida hacia antígenos específicos mediante los receptores de los linfocitos T y B.

La respuesta inmunitaria en una enfermedad autoinmune es similar a la que se desarrolla frente a infecciones, con la excepción de que la diana de la respuesta es, en este caso, algún antígeno propio (autoantígeno). Estos autoantígenos pueden dirigir un proceso localizado en un órgano específico, como la glándula tiroides (enfermedad de Graves o tiroiditis de Hashimoto) o el cerebro (esclerosis múltiple), o bien la respuesta a los mismos puede conllevar una afectación más general o sistémica (lupus eritematoso sistémico, LES). Tras la activación y expansión, el daño local puede amplificar la enfermedad, mientras que el balance de esta con los mecanismos de regulación determinará el curso de recidivas o remisiones conforme la enfermedad progresa.

Una enfermedad autoinmune se produce cuando el sistema inmunitario ataca los propios tejidos sanos de un organismo. Como cualquier respuesta adaptativa, va

dirigida hacia antígenos específicos mediante los receptores de los linfocitos T y B. Al contrario que las respuestas frente a agentes infecciosos, los antígenos que son reconocidos por estas células, son procesados a partir de proteínas propias del órgano diana, lo cual provoca una reacción inflamatoria crónica que altera el correcto funcionamiento del tejido.

2 Objetivos

El objetivo principal que se pretende con este presente capítulo es analizar las enfermedades autoinmunes y tener un poco más de conocimiento sobre ellas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Una enfermedad autoinmune es una condición patológica en la cual el sistema inmunitario se convierte en el agresor que ataca y destruye a los propios órganos y tejidos corporales sanos. Normalmente, el sistema inmune distingue lo propio de lo extraño y nos defiende de agentes externos como los virus o bacterias.

En los últimos años, se ha avanzado mucho en el conocimiento de la influencia que la herencia puede tener en las enfermedades autoinmunes. Un concepto clave es que la susceptibilidad a un trastorno autoinmune está determinada por un gran número de genes polimórficos. Estos tienen poca influencia a nivel individual, pero en conjunto pueden explicar la susceptibilidad que subyace a la autoinmunidad. Muchos de estos genes están implicados en el establecimiento del umbral para las respuestas inmunitarias, si bien el esclarecimiento de estos fenómenos está aún en continua investigación.

Los trastornos autoinmunes suelen cursar clínicamente con periodos de recidivas (brotes) y remisiones. Esto es debido a que coexisten, por un lado, un estímulo continuo pro-inflamatorio, causante de la enfermedad (en forma de autoantígeno)

y, por otro lado, mecanismos antiinflamatorios que tratan de controlar este proceso. La regulación de los fenómenos autoinmunes suele implicar tanto a células reguladoras específicas de antígeno como a citocinas antiinflamatorias (como IL-10 o TGF- β). Hasta la fecha, las terapias dirigidas a incrementar los mecanismos reguladores han tenido menor éxito que aquellas dirigidas al bloqueo de la respuesta inmunitaria, si bien la efectividad de estas últimas suele presentar efectos adversos debido a la inmunosupresión. Este hecho puede provocar la reactivación de infecciones latentes, así como una reducción de los mecanismos de inmunovigilancia frente a células transformadas. Por tanto, el desarrollo de terapias enfocadas a bloquear una respuesta inmunitaria antígeno-específica, en lugar de terapias generales sobre todo el sistema inmunitario, es un reto actual para el tratamiento de estas enfermedades crónicas.

En las enfermedades autoinmunes, resulta complejo determinar cuál es el desencadenante. Existen ciertas evidencias de que la autoinmunidad puede iniciarse tras una infección, pero diferentes infecciones pueden iniciar una misma enfermedad. Algunos factores ambientales podrían tener un papel relevante, pero no están bien definidos.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades autoinmunes a pesar de ser más frecuentes en la población joven, se encuentra presente en la población adulta mayor, siendo más frecuente la artritis reumatoide que prevalece sobre las otras enfermedades.

Las enfermedades autoinmunes están relacionadas con alteraciones en la inmunidad que se presentan con mayor frecuencia en población joven, no existe evidencia clara sobre las enfermedades autoinmunes en los adultos mayores, debido a que prevalecen otras enfermedades que pudieran estar relacionadas con el proceso de envejecimiento.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 232

LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DEL PACIENTE DIABÉTICO

EVA GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

Un paciente que padece diabetes, sufre esta afección crónica la cual se caracteriza porque aparece un nivel de azúcar más alto de lo normal en la sangre porque este azúcar, conocida como glucosa, no puede entrar en las células del cuerpo humano.

Este aumento del nivel de glucosa debe de estar controlado pues de lo contrario puede producir daños irreversibles en el paciente como afecciones en el sistema circulatorio, sistema nervioso, sistema renal o en la vista.

El control del nivel de glucosa va relacionado también con que el paciente tendrá que llevar una alimentación correcta y enfocada a que los niveles de azúcar se mantengan en valores saludables, además de poder realizar algún tipo de ejercicio físico si le es posible.

El papel de la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es de vital importancia en este control diario del paciente diabético, para poder evitar que se desarrollen esas complicaciones, conociendo el nivel de glucosa en

diferentes momentos del día y así poder aplicar tratamientos para prevenir descompensaciones de carácter agudo, y, por lo tanto, favorecer una mejor calidad de vida del paciente.

Aunque el control de los niveles de glucosa debe de ser diario, cada dos o tres meses se debe de controlar de manera más exhaustiva por parte del profesional para saber si es necesario algún tipo de ajuste en el tratamiento.

2 Objetivos

- Conocer cómo debe ser el control de la enfermedad de la diabetes.
- Saber en qué consiste la enfermedad y qué tipos nos encontramos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 diabetes es una patología donde aparecen niveles muy altos de glucosa en la sangre del paciente.

Esta glucosa o azúcar en sangre es la principal fuente de energía que tiene nuestro organismo; la cual debe pasar desde la sangre hasta las células del cuerpo y para ello necesita de la hormona que produce el páncreas llamada insulina.

El problema viene cuando una persona sufre de diabetes ya que su cuerpo no produce una cantidad suficiente de esta hormona o no la utilizan de la manera que debería, y provoca que la glucosa se acumule en el torrente sanguíneo de la persona.

Dentro de la enfermedad nos encontramos con varios tipos, el tipo 1, el tipo 2 y la gestacional.

La diabetes de tipo 1 tiene como característica que el cuerpo del paciente no produce insulina o lo produce pero en poca cantidad, y no es suficiente para el buen funcionamiento del organismo, por lo que a este tipo de pacientes se les suele tener que administrar insulina de manera diaria.

Esta administración diaria de insulina es indispensable, ya que el cuerpo necesita de esta insulina para poder extraer la glucosa de los alimentos que el paciente ingiere y así pueda transformarse en energía.

La diabetes de tipo 2, en cambio, se desarrolla cuando el cuerpo presenta resistencia a la insulina y, por lo tanto, no la utiliza de manera eficiente. Este tipo de diabetes se suele presentar más comúnmente en la edad adulta de los pacientes y puede ir relacionada con otros aspectos de la vida de la persona como mala alimentación o sedentarismo, por lo que una manera de mejorar esta enfermedad es modificando el estilo de vida y aplicar uno más saludable.

Por último tenemos la diabetes gestacional que es la que se presenta en la mujer durante el embarazo donde existe un nivel alto de azúcar en sangre, pero donde no existía enfermedad previa, y donde además una vez el embarazo llegue a su fin, normalmente sus niveles de glucosa vuelven a la normalidad.

Sea cual sea el tipo de diabetes, el papel del técnico en cuidados de enfermería es primordial para que la atención que se da al paciente sea lo más eficaz posible, controlando sus niveles de glucosa en sangre para conseguir con ello que no se desarrollen daños en el organismo del paciente, daños que suelen ser irreversibles como ceguera, lesiones de riñón o corazón entre otros.

Es una enfermedad que puede afectar a muchas partes del cuerpo por lo que se debe establecer un plan de autocuidado para tener controlado tanto el nivel de glucosa en sangre, como del colesterol y la presión arterial para prevenir problemas a consecuencia de la diabetes.

Para poder controlar la diabetes se debe de hacer un plan de alimentación específico que nos facilitará el médico que realiza el seguimiento de nuestra enfermedad, realizar actividad física y convertirlo en un hábito diario, tomar la medicación prescrita y realizar mediciones de la glucosa en sangre según nos indiquen los profesionales sanitarios.

Además de ello hay otros hábitos como el tabaco que deberían de eliminarse en caso de ser una persona diabética ya que con este hábito se produce un estrechamiento de los vasos sanguíneos de manera que afecta al buen funcionamiento del sistema cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE en el cuidado del paciente que presenta diabetes, sea cual sea el tipo de la enfermedad, es de gran importancia pues el profesional debe de ofrecer cuidados específicos ya sea en centros médicos, clínicas, hospitales o residencias geriátricas; donde no sólo el cuidado se enfocará a la parte clínica

controlando los niveles de glucosa para evitar que se desarrollen complicaciones de la enfermedad; sino que el TCAE debe de presentar una empatía e incluso la pedagogía que aporta a la persona enferma de diabetes para que pueda llevar un mejor control de la afección y pueda llevar una vida así más saludable que ocasionará una mejor calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Cuidados del TCAE en pacientes con diabetes [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado 17 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/cuidados-tcae-pacientes-diabetes/>
2. El auxiliar de enfermería y el cuidado de la diabetes [Internet]. Ifp.es. IFP; 2017 [citado 17 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ifp.es/blog/el-auxiliar-de-enfermeria-y-el-cuidado-de-la-diabetes>

Capítulo 233

APNEA DEL SUEÑO

SUSANA MARINA GONZÁLEZ

ENITH CUENCA LOAIZA

TAMARA IGLESIAS DÍAZ

SARA DEL RIO DOS SANTOS

DESIREE FERNANDEZ PAREJA

1 Introducción

La apnea del sueño es un trastorno del sueño potencialmente grave en que la respiración se detiene y comienza repetidas veces. Si roncas sonoramente y sientes cansancio incluso después de una noche completa de sueño, puede que tengas apnea del sueño y con lo cual se necesite visitar a un médico especialista para descartar que pueda deberse a tipos de enfermedades más graves.

Los principales tipos de apnea del sueño son los siguientes:

- Apnea obstructiva del sueño, la forma más común, que ocurre cuando los músculos de la garganta se relajan.
- Apnea central del sueño, que ocurre cuando el cerebro no envía señales correctas a los músculos que controlan la respiración.
- Síndrome de apnea del sueño compleja, también denominado apnea central del sueño emergente del tratamiento, que ocurre cuando alguien tiene apnea obstructiva del sueño y apnea central del sueño.

Los síntomas más frecuentes son:

- Ronquidos fuertes.
- Episodios en los que dejas de respirar durante el sueño (lo cual señala otra persona).
- Jadeos al respirar durante el sueño.
- Despertarse con la boca seca.
- Dolor de cabeza por la mañana.
- Problemas para mantenerse dormido (insomnio).
- Sensación de sueño excesiva durante el día (hipersomnia).
- Dificultad para prestar atención mientras estás despierto.
- Irritabilidad.

2 Objetivos

El objetivo principal que se pretende conseguir con este presente capítulo es analizar la apnea del sueño a través del siguiente caso clínico.

3 Caso clínico

Un bebé de 10 meses, que está completamente sano y no tiene diagnosticada ningún tipo de enfermedad, después de la toma del biberón, se queda totalmente morado, sin conocimiento ni respiración y a simple vista sin ninguna causa aparente. Inmediatamente, se avisa a, 112 y es trasladado en UVI móvil al Servicio de Urgencias de Pediatría. Al llegar, aparentemente los médicos piensan que puede deberse a una broncoaspiración, aunque lo descartaron inmediatamente porque no tenía los síntomas de asfixia propios de haber bronco aspirado. Acto seguido le toman las constantes vitales (temperatura, tensión arterial, saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria) le hacen analíticas de sangre y varias pruebas, como por ejemplo un TAC o un electrocardiograma, el cual sale totalmente bien sin ningún tipo de patología a nivel cardíaco.

Los médicos deciden pasar a otra prueba y le monitorizan el sueño durante 72 h. Después de ésta, se le repiten los análisis de sangre y las pruebas pertinentes necesarias para poder tener un diagnóstico completo y acertado. Los profesionales sanitarios descartan que se deba a una muerte súbita, desvanecimiento por fiebre alta o a cualquier tipo de virus, ya que en este último caso no presentaba ningún otro síntoma que se pudiera considerar sospechoso para que fuera un virus. Tras varios días que lleva el bebé en observación y después de una cantidad de pruebas necesarias para el diagnóstico final, el médico neurólogo detecta

un caso de apnea del sueño y que la causa se debe al sufrimiento fetal en el parto, el cual se produce cuando el feto no ha recibido el suficiente oxígeno en el parto y que esto puede ocurrir porque el embarazo dure demasiado o porque haya varias complicaciones en el parto.

4 Discusión-Conclusión

La apnea se puede evitar en casos leves, pero en los casos más graves será necesario tratarla. Una de las formas que sirven de gran utilidad es cambiar totalmente el estilo de vida.

Si tenemos apnea leve del sueño, es posible que el único tratamiento que necesitemos sea hacer unos cambios en las actividades o hábitos diarios.

Entre ellos:

- Evitar el alcohol y las medicinas que produzcan sueño.
- Bajar de peso, si tenemos sobrepeso o estamos obesos.
- Mantener las vías nasales despejadas por la noche con atomizadores nasales y mejorar la respiración nasal. Intentar respirar por la nariz y no por la boca.
- Evitar fumar.
- Mantener la habitación humidificada.
- Estar atentos a nuestra alimentación. Estudios han demostrado que existe un porcentaje alto en las personas con apnea que siguen una alimentación rica en colesterol y grasa saturada que obstruye las arterias.

Y un aspecto muy importante es el relacionado con el cómo dormir. Dormir de lado en vez de dormir boca arriba para mantener la garganta despejada es algo primordial.

Existen también en el mercado unas almohadas especiales, también llamadas almohadas anti-ronquidos, que por su forma nos ayudan a mantener una postura en la cama que facilita que las vías respiratorias estén abiertas y la persona no ronque durante el sueño. Dichas almohadas mantienen la cabeza y el cuello conectado y vertical.

Se puede tratar con el CPAP (Presión positiva continua en las vías respiratorias), un dispositivo que el paciente debe colocarse mientras duerme con el fin de detectar los cortes en la respiración y poder así evitarlos. De esta forma la persona puede dormir cómodamente y su cerebro puede descansar, por lo que, con el tiempo, la sensación de fatiga desaparece. Además, con este aparato el paciente deja de roncar.

5 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 234

ABORDAJE DE LA SOLEDAD EN ADULTO MAYOR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA DE LA CONCEPCIÓN MARTÍN TRUJILLO

1 Introducción

La disciplina enfermería desde Atención Primaria realiza un abordaje en atención al paciente adulto mayor, en aspectos biopsicosociales y espirituales. Esta característica de nuestra disciplina nos sitúa en una posición privilegiada para el tratamiento de patologías relacionadas con la salud mental. Es necesario generar conocimiento de lo que sucede con las personas mayores y sus redes sociales, de su interacción con el entorno, dado que es preciso desarrollar una mirada situada conducente a propuestas de cuidado contextualizadas y a respuestas concretas a las necesidades de las personas.

En la actualidad, en la era Covid-19, desde Atención Primaria el profesional de enfermería percibe un aumento del riesgo y de susceptibilidad que desarrolla el adulto mayor ante una patología dado que su sistema inmunitario se encuentra debilitado por el factor biológico de la edad. En relación con esto, se debe tener en cuenta patologías relacionadas con la salud mental asociadas estrechamente con factores de riesgo social y cultural como son el aislamiento social, la soledad, el estrés, la ansiedad y la carencia de autoestima. Dicho esto, cada vez más evidencias de que están estrechamente relacionadas con los problemas físicos.

La Real academia Española (RAE) define, la soledad como “carencia voluntaria o involuntaria de compañía” [1]. En el adulto mayor esta carencia es de relevante

importancia, ya que conlleva consecuencias que afectan a sus condiciones de vida. Hawkey y Kocherginsky mencionan la soledad como “la sensación subjetiva o percibida de aislamiento, entendido como un sentimiento de malestar causado por la discrepancia entre el deseo de la persona por tener un mayor contacto social y el número real de interacciones sociales que tiene” [2].

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar la soledad en el adulto mayor, sus características, los factores de riesgo y de protección que pueden ayudar a proteger su aparición.

Objetivos secundarios:

- Determinar las inquietudes del adulto mayor en relación a su necesidad de aprender.
- Reconocer los recursos disponibles al alcance del adulto mayor.
- Desarrollar nuevos hábitos de aprendizaje en el adulto mayor.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión literaria de monografías, artículos originales y de revisión publicados en castellano de 2017 a 2021. La búsqueda se realizó en diversas fuentes y bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud como Scielo, Dialnet, Google Académico, PudMed, MedlinePlus y con las siguientes palabras clave: soledad + adulto mayor + covid-19 + enfermería. En combinación con los descriptores booleanos AND y NOT. Como gestor bibliográfico para almacenar y gestionar la bibliografía así como insertar citas bibliográficas se ha utilizado Mendeley.

Criterios de inclusión:

Los artículos debieron de cumplir los siguientes requisitos:

- Relacionados con la soledad en el adulto mayor.
- La búsqueda se limitó a estudios en humanos.
- Publicados de 2017 a 2021.
- Redactados en idioma inglés, portugués y castellano.
- Que estuvieran indexados en bases de datos reconocidas.

Criterios de eliminación:

- Aquellos que no tuvieran relación con el tema a revisar.

- Aquellos que no fueran congruentes.
- Aquellos cuyo título no estuviera relacionado con el contenido.

Criterios de exclusión:

Los artículos serán excluidos si:

- Aquellos que no estén relacionados con seguridad del paciente.
- Los que no estén publicados en base de datos científicas.
- Artículos incompletos.

4 Resultados

El propósito de este capítulo de revisión literaria sobre abordaje de la soledad en adulto mayor desde atención primaria es mejorar la comprensión de actuación ante los obstáculos que aparecen con el aumento de la edad.

Las patologías físicas y mentales en muchas ocasiones van de la mano en el adulto mayor, donde a día de hoy, en la era covid-19, los profesionales de enfermería vemos desde atención primaria como se acentúa la soledad como carencia involuntaria por la pérdida de relaciones familiares y sociales, derivadas de la nueva estructura personal: jubilación, viudedad, separación geográfica de la familia, muerte... Adicionalmente, en esta etapa por las medidas de seguridad para la prevención de contagio de covid-19. El aislamiento y el distanciamiento social afectan en modo exponencial en el declive de la salud emocional, física y social del adulto mayor.

La disciplina de enfermería, establece la actuación del pensamiento crítico que resulta indispensable en la herramienta del proceso de atención de enfermería (PAE) donde se utiliza el método científico, identifica el problema, selecciona datos, formula las preguntas o hipótesis, evalúa los resultados de la prueba. Mediante el diagnóstico definido por North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como “un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud y procesos de vida reales o potenciales.

La enfermera durante la anamnesis con un paciente adulto mayor, trabaja con un amplio abanico de escalas que pueden ayudarle en la valoración del diagnóstico “riesgo de soledad” que incluye como factores de riesgo la deprivación afectiva, el aislamiento físico, la falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas y por último el aislamiento social de la persona. Es entonces, cuando el profesional de enfermería desde la atención primaria activa

la alarma al conocer el entorno y situación de los pacientes en su visita domiciliaria a un paciente adulto mayor.

5 Discusión-Conclusión

Es una realidad el incremento de población adulta mayor que viven solos con poco apoyo familiar o social. El término de soledad abarca una experiencia subjetiva negativa que en la etapa de adulto mayor desencadena problemas de salud y causa dificultad funcional cognitiva y social en la vida cotidiana. Desde la disciplina de enfermería la atención holística en el modelo biopsicosocial y espiritual, proporcionará al paciente adulto mayor el cuidado humano, “tratamiento a la persona como le gustaría ser tratado”.

En esta era covid-19, se ha desencadenado un incremento de cambios a nivel social en el adulto mayor aumentando así la situación de aislamiento social y el sentimiento subjetivo de soledad que adicionalmente, conlleva un incremento de riesgo a la hora de que puedan sufrir problemas de salud física o mental.

6 Bibliografía

1. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed. <https://dle.rae.es/soledad>.
2. Hawkley, L. C., & Kocherginsky, M. (2018). Transitions in loneliness among older adults: A 5-year follow-up in the National Social Life, Health, and Aging Project. *Research on Aging*, 40(4), 365-387. DOI:10.1177/0164027517698965.
3. <https://saludextremadura.ses.es>
4. Vázquez Casares, A.Mª; Caballero Huerga, J.; Fernández Martínez, Mª E.; Liébana Presa, C.; Castro González, Mª E.; Fernández García. Gerokomos. La soledad en los ancianos: plan de cuidados. 2004; 15 (2): 89-95. <https://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/15-2-2004-89-rincon.pdf>.
5. Vega, P., & Rivera, M. S. (2020). Cuidado holístico, ¿mito o realidad?. *Horizonte De Enfermería*, 20(1), 81-86. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.20.1.81.

Capítulo 235

EL ABUSO SEXUAL EN MENORES

PAULA GARCÍA GARCIA

1 Introducción

El abuso de menores comprende aquellos actos que realiza cualquier persona, sin violencia o intimidación y sin que haya consentimiento por parte de quien los sufre, que atenten contra su libertad sexual. Se consideran abusos sexuales no consentidos, los que se ejecuten sobre menores de dieciséis años.

No existen signos indiscutibles que indiquen la presencia de abuso sexual en menores, y en todo caso deben ser valorados de por un especialista, por tanto la presencia de uno o varios de ellos no indiquen necesariamente el abuso.

En general, los menores pueden presentar comportamientos que no corresponde a su edad ni a las costumbres de la casa, mostrando curiosidad en extremo o haciendo preguntas o comentarios sobre sexo no esperables a su edad (comportamiento seductor, evitación o rechazo de personas o lugares, resistencia a desnudarse o bañarse, cambios bruscos de conducta, etc.)

Estas reacciones dependerán también de la edad del menor y otros factores personales, por lo que hay que valorarlas con cautela, siendo su médico o pediatra la persona indicada para valorar de manera global estos aspectos, además de posibles indicios físicos que puedan presentar.

El autor de los abusos sexuales a menores puede ser cualquier persona con la que el menor mantenga una relación de desigualdad, ya sea en cuanto a edad, la madurez o poder.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa el abuso sexual en menores y cuales son sus aspectos más fundamentales

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos: pubmed, scielo y elsevier además de revisar los estudios y artículos mas relevantes sobre el abuso sexual en menores y de los programas para prevenir, identificar y tratar dicho abuso.

4 Resultados

El abuso sexual es un problema que lamentablemente se da con frecuencia en menores. En un estudio de la población general se detectó que el 15,2 % en hombres y el 25 % en mujeres, y sus abusadores, por lo general, son personas cercanas a ellos. Las consecuencias tanto a corto como largo plazo abarcan todos los aspectos del ser humano y la magnitud de su gravedad dependerá de diversos factores. Existen métodos de prevención, que van desde programas educativos y campañas publicitarias hasta medidas judiciales.

En la mayoría de los casos el abuso sexual es una experiencia traumática. La niña o niño lo vive como un atentado contra su integridad física y psicológica. Puede afectar a su desarrollo psicoemocional, así como su respuesta sexual en la vida adulta, por lo que se considera un tipo de maltrato infantil. Las respuestas psicoemocionales y secuelas en niñas y niños pueden ser similares a las que se observan en casos de maltrato físico, abandono emocional, etc. La mayoría de las víctimas requieren apoyo psicológico para evitar sufrir secuelas del abuso en su vida adulta.

Los estudios sobre el tema muestran que la mayoría de los agresores son varones (entre un 80 y un 95% de los casos) heterosexuales que utilizan como estrategia la confianza, los lazos familiares, el chantaje y la manipulación para consumir el abuso. La media de edad de las víctimas está entre los 8 y los 14 años. En estas edades se produce un tercio de todas las agresiones sexuales. El número de niñas que sufren abusos es entre 1,5 y 3 veces mayor que el de niños. Sin embargo, existen muchos casos que no aparecen en los estudios debido a que no existe denuncia.

5 Discusión-Conclusión

Es necesaria más información relativa al abuso sexual en menores y es imprescindible liberarse de los estereotipos en torno a esta problemática para detectar a tiempo posibles casos de abuso. Toda víctima deberá obtener una atención individualizada posterior al suceso, dirigida a aliviar las secuelas. Debemos abordar el abuso sexual desde diversas perspectivas. Los profesionales, tenemos mucha responsabilidad, sobre todo para prevenir dando información suficiente y pautas para detectar, prevenir e informar de lo que está ocurriendo.

Los hechos de abuso sexual a menores no se deben silenciarse. Es muy importante denunciarlos desde un primer momento para poder dar protección a las víctimas.

Cualquier persona mayor de edad relacionada con el menor, preferentemente el representante legal, tutores o guardadores, podrá denunciar los hechos en las dependencias policiales o bien a través del número de teléfono 062 (de la Guardia Civil).

Es recomendable aportar todos los medios de prueba de que se dispongan (parte médico, nombre de testigos, prendas que portaba en el momento de los hechos ó cualquier otro vestigio).

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 236

GESTIÓN Y CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS

ANDREA CASTELO SAGÜILLO

1 Introducción

Cuando hablamos de residuos sanitarios, nos referimos a todos los productos de desecho, sustancias o materiales, en estado líquido, sólido o gaseoso, generados en la actividad sanitaria habitual, en cualquier establecimiento o servicio en el que se desarrollen actividades de atención a la salud humana, veterinaria o laboratorio.

Estos son considerados residuos desde el momento en el que se desechan, y por tanto su utilidad clínica se da por concluida.

La variedad de residuos sanitarios es muy amplia, por lo que es conveniente reconocerlos mientras están en uso, conocer los peligros que entrañan una vez descartados y la forma correcta de procesarlos para minimizar o evitar los riesgos que entrañan.

Existe una clasificación general de estos, la cual se basa en la NTP 372 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), y es a su vez complementada por las clasificaciones de cada comunidad autónoma.

En cuanto a la recogida, tratamiento y eliminación de los residuos sanitarios, existe una amplia legislación al respecto, con normativas de carácter europeo, estatal y autonómico, disponiendo en este último caso de propia regulación para la clasificación, recogida, traslado, almacenamiento, tratamiento y eliminación

de residuos. Esta legislación podrá ser consultada en las páginas oficiales de cada comunidad autónoma, en el apartado del departamento de residuos de la Consejería de Medioambiente.

Por último, y no menos importante, cabe resaltar que las repercusiones que estos residuos tienen sobre la salud y el medioambiente, también estarán legisladas a nivel europeo y estatal.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Estudiar la clasificación de los residuos sanitarios según su tipología.

Objetivos secundarios:

- Aprender el proceso de gestión de estos en el entorno sanitario.
- Conocer la gestión de los residuos sanitarios a la hora de tratarlos para su eliminación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 realizar un tratamiento adecuado de los residuos sanitarios, será necesario clasificarlos según sus riesgos asociados, dividiéndose en dos grandes grupo que abarcarán los residuos sanitarios no peligrosos y los residuos sanitarios peligrosos, y todos ellos a su vez, crearán cuatro categorías diferenciadas por el origen de estos, las cuales desarrollaremos a continuación.

Estas son:

GRUPO I: Residuos sanitarios asimilables a los residuos urbanos.

Hablamos de los residuos sólidos no específicos, que no suponen riesgo para la salud, como productos generados durante la actividad administrativa (papel, ma-

terial de oficina...), basuras generadas en el servicio de cocina y comedor, desechos de mobiliario, los generados por otro personal no sanitarios (mantenimiento, jardinería...) o los residuos de pacientes no infecciosos que no estén incluidos en otros grupos.

GRUPO II: Residuos sanitarios no específicos.

Residuos sólidos clínicos, resultado de la actividad sanitaria y no infecciosos, como textiles manchados de fluidos, ropa de pacientes, material de curas, sondas, catéteres, equipos de diálisis, desechables de líquidos corporales (bolsas de diuresis...), recipientes de recogida de muestras y material desechable que haya estado en contacto con pacientes.

GRUPO III: Residuos sanitarios específicos de riesgo o biosanitarios.

Incluyen residuos que suponen un riesgo de infección o contaminación para el personal sanitario y el medioambiente, siendo residuos patológicos, infecciosos o de riesgo, provenientes de pacientes infecciosos, como cultivos microbiológicos, secreciones, restos de anatomía patológica y de pruebas inmunológicas, materiales contaminados de partos, quirófanos... sangre, material cortante o punzante contaminado y vacunas de virus vivos o atenuados.

GRUPO IV: Residuos tipificados en normativas especiales.

Residuos no infecciosos que son un grave peligro para la salud y el medioambiente si se eliminan sin controles específicos. Estos incluirían residuos químicos en estado sólido, líquido o gaseoso, citostáticos radioactivos, medicamentos caducados o restos anatómicos humanos con entidad (cadáveres o restos humanos con entidad de abortos, autopsias u operaciones quirúrgicas).

Para controlar su tratamiento y eliminación, existe una legislación específica a nivel europeo, estatal y autonómico, que marcarán las directrices a seguir para su segregación, recogida, tratamiento y eliminación, así como las repercusiones sobre la salud y el medio ambiente que estos pueden causar.

Según el tipo de residuo, se gestionarán del siguiente modo:

- Tipo I: Serán transportados en vehículos de transporte de residuos para su procesamiento en plantas de reciclaje, incineración o envío a vertederos municipales.
- Tipo II: Similar a los residuos de tipo I.
- Tipo III: Transporte en vehículos de residuos peligrosos hasta planta de esterilización y/o incineración de residuos especiales.
- Tipo IV: Neutralización química e incineración de residuos especiales.

A nivel laboral, los protocolos a aplicar por el personal a la hora de manipularlos para evitar riesgos, dependerán del Servicio de Medicina Preventiva, que elaborará programas de educación sanitaria para la formación de los trabajadores, medidas de prevención e higiene personal y ambiental y realizará reconocimientos médicos para la valoración del estado de salud de los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, se resalta la importancia del correcto tratamiento de los residuos de origen sanitario para evitar los riesgos en la salud y medioambiente que estos puedan producir durante su uso y desecho tanto en los centros sanitarios como en el exterior.

Es importante que el personal sanitario reconozca los tipos de residuos y su clasificación dentro de los cuatro grandes grupos, a fin de realizar una gestión óptima de estos en su centro de trabajo, conociendo así la manera correcta de separarlos a la hora de desecharlos, y consiguiendo de este modo un procesamiento adecuado desde el momento en el que se originan.

6 Bibliografía

1. Directiva 2008/98/CE, de 18 de noviembre de 2008, del Parlamento Europeo y del Consejo, para la gestión de los residuos.
2. <https://www.miteco.gob.es>
3. https://tematico8.asturias.es/export/sites/default/consumo/sanidadAmbiental/sanidad-ambiental-documentos/guia_residuos.pdf
4. <http://www.madrid.org>

Capítulo 237

ATENCIÓN DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TERMINAL

SAMUEL MATIA BELTRAN

1 Introducción

En una institución sanitaria la unidad de cuidados paliativos procura brindar soporte y bienestar a los pacientes que sufren una enfermedad terminal. Su finalidad es conseguir que los pacientes pasen esta etapa de su vida libres de dolor y con los síntomas bajo control, acompañados en todo momento.

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos los criterios que se tienen en cuenta para determinar que un paciente requiere los cuidados paliativos son los siguientes:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

El deterioro del estado físico del paciente depende de cada patología pero generalmente la fase final es común a todos los pacientes.

El equipo de profesionales que trabajan en esta unidad es multidisciplinar y en concreto el técnico auxiliar de cuidados de enfermería desempeña labores sumamente importantes, ya que es el encargado de mantener la higiene del paciente, proporcionarle un ambiente agradable y acompañándole en todo este proceso.

La familia del paciente terminal presenta también necesidades físicas, emocionales y sociales. El técnico auxiliar en enfermería como el resto del equipo de sanitarios debe atender dichas necesidades con comprensión y respeto.

2 Objetivos

Enumerar las necesidades del paciente con cuidados paliativos y las funciones que realiza el técnico auxiliar de cuidados de enfermería con este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Un paciente terminal puede presentar las siguientes características:

- Disminución de las sensaciones: visión borrosa, alteración del gusto y del olfato, somnolencia, frialdad de manos y pies, y palidez de la cara.
- Pérdida del tono muscular que implicará una debilidad de la musculatura voluntaria, disfagia, pérdida del peristaltismo intestinal y pérdida de control de esfínteres.
- El pulso aumenta su frecuencia pero es débil e irregular. Disminuye la tensión arterial y se alternan periodos de respiración acelerada y superficial con periodos de respiración lenta y dificultosa. Las mucosas se secan y la piel se vuelve cianótica, sudoración excesiva.

El técnico auxiliar de enfermería será el encargado de satisfacer cada una de las necesidades del enfermo terminal. Estas se pueden clasificar en físicas y emocionales.

En cuanto a las necesidades físicas que el enfermo puede necesitar tenemos:

- Realizar cambios posturales con frecuencia para evitar la aparición de úlceras en la piel.

- Control de la temperatura corporal y medición de la diuresis. Anotar las mediciones y comunicar al equipo de enfermería si se observan anomalías.
- Arropearlo adecuadamente. Incluso pueden temblar del frío.
- Higiene individual prestando especial atención a la cavidad bucal ya que al mantener la boca abierta debido a la deficiente respiración, puede tener la mucosa seca y acumular secreciones mucosas. Se deberá humedecer los labios y boca retirando las secreciones que pueda haber. Al igual que las fosas nasales que serán limpiadas con una torunda de algodón húmeda.

Los pacientes terminales suelen presentar incontinencia por lo que la higiene genital debe ser frecuente al igual que el cambio de ropa de la cama.

- Se le administrará la comida ayudándole si es necesario y siendo pacientes ya que suelen presentar disfagia.
- La habitación ha de estar ordenada, debidamente iluminada creando un ambiente agradable.

Tanto el paciente como su familia necesitarán apoyo emocional. Se deberá permanecer con él todo el tiempo que necesite, escucharle activamente siendo comprensivos y cuando no sepamos qué decir mejor mantener silencio. Se le explicará cualquier procedimiento que se le vaya a realizar y se mostrará interés constante por su estado de bienestar.

5 Discusión-Conclusión

Todo el equipo multidisciplinar que interviene en los cuidados paliativos del paciente (equipo de enfermería, facultativos, técnicos auxiliares de enfermería, celadores, psicólogos) deben de conseguir un ambiente cómodo y agradable de bienestar en la última etapa de vida del paciente.

Además todos los profesionales sanitarios involucrados deberán tener capacidades y cualidades para poder empatizar tanto con el paciente como con la familia controlando sus emociones y estado de ánimo.

Los técnicos auxiliares de enfermería juegan un papel muy importante durante esta etapa final de la vida del paciente ya que pasarán gran parte de tiempo acompañándole y atendiendo todas sus necesidades. Serán capaces de reconocer el lenguaje no verbal de los pacientes cuando ya tengan dificultades para hablar interpretando cualquier gesto y notificándolo al personal de enfermería y médico para que tomen las medidas oportunas.

6 Bibliografía

1. <https://www.revistamedica.com/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000467.htm/>.

Capítulo 238

ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE TERMINAL

LAURA SUÁREZ TALAVAN

1 Introducción

Un enfermo terminal es aquel que sufre una enfermedad la cual no puede curarse de forma correcta, y va a desembocar en la muerte del paciente a corto plazo.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe de tener una buena comunicación entre el paciente y la familia. La responsabilidad de los Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es cubrir las necesidades tanto del paciente como de los familiares en esta etapa final de la vida. Además, para tratar a un paciente terminal es necesario perderle miedo a la muerte y verla como un ciclo natural.

El personal sanitario afronta con mucha frecuencia el hecho de la muerte, sobre todo en determinadas especialidades, incluso se puede vivir como un fracaso profesional.

También, en muchas ocasiones se duda en qué medida es conveniente o no informar al paciente sobre el estado de salud en el que se encuentra, pero los derechos del paciente aconsejan que se le informe, aunque cada caso es diferente y debe ser estudiado por los médicos.

Aparte de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, hay que añadir que detrás de los cuidados a pacientes terminales hay un gran equipo que trabajan para dar a la familia y al paciente un apoyo.

2 Objetivos

- Dar a conocer las etapas que sufre el paciente terminal.
- Destacar la importancia del TCAE frente estos pacientes, y la gran labor que desempeñan.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 una serie de características para que un paciente sea considerado como terminal, y las cuales el TCAE debe de detectar:

- Enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Imposibilidad de respuesta a tratamientos específicos.
- Abundantes problemas y sintomatología.
- Gran impacto emocional tanto en el paciente y en la familia
- El pronóstico es inferior a 6 meses.

Por lo general, el paciente al conocer su enfermedad terminal pasa por una serie de etapas, que según Kubler-Ross, son las siguientes:

- Negación: Tendemos a negar la enfermedad al no estar preparados para enfrentarnos a ella. En esta etapa aparecerán los miedos y temores y la persona se va a sentir muy sola.
- Ira: En esta etapa no puede continuar la negación, porque la enfermedad terminal es evidente y los sentimientos de enfado empiezan a surgir.
- Negociación: En esta tercera etapa surge la idea de que se puede aplazar el final de la enfermedad.

- Depresión: Aparecen sentimientos de frustración porque no se pueden hacer muchas de las cosas que antes hacías, los enfermos terminales se niegan a recibir visitas y se encuentran inquietos ante el sufrimiento.
- Aceptación: Es la última de las etapas y se caracteriza por asumir que la enfermedad es parte de la vida, el paciente ya comprende que es una enfermedad terminal.

Es importante destacar que el TCAE, tiene que tener en cuenta que el paciente y sus familiares pueden manifestar una serie de síntomas durante el duelo, como son el desconsuelo, sensación de ahogo, confusión, etc.

Asimismo, el auxiliar de enfermería debe observar las reacciones del paciente de manera que pueda saber en qué etapa se encuentra para actuar de forma correcta. El TCAE, es el profesional que más tiempo pasará con el paciente, por ello debe informar de sus observaciones a los superiores para que traten el problema o lo deriven a otros profesionales.

El TCAE debe reconocer la etapa en la que se encuentra el paciente para poder apoyarlo y ayudarlo de la mejor manera posible:

- En la etapa de negación deberemos respetar el proceso de asunción de la enfermedad.
- En la etapa de ira, el auxiliar evitará sentirse agredido si el paciente lo insulta o protesta.
- En la etapa de negociación, respetará sus pactos si los comunica.
- En la etapa de depresión, le dejará expresar sus sentimientos y mostrará atención y empatía.
- En la etapa de aceptación, facilitará, en la forma en que sea posible, sus deseos.

Finalmente, explicar la importancia del TCAE, en cuanto al aseo del paciente terminal, ya que normalmente, permanecerán encamados.

- Preservaremos la intimidad del paciente en todo momento.
- La limpieza de los ojos con gasas es imprescindible para que no se acumulen secreciones y evitar que los ojos se sequen.
- Hidrataremos los labios y boca del paciente.
- Es importante mantener la piel hidratada.
- Alimentaremos al paciente, valorando el grado de tolerancia, y nunca lo forzaremos a comer.
- Administraremos enemas, bajo prescripción médica, y siempre que sea necesario.

- Es de vital importancia realizarle los cambios posturales cada poco, para evitar, entre otras cosas, la aparición de escaras.

5 Discusión-Conclusión

Para que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería pueda proporcionar ayuda tanto a los pacientes como a los familiares es fundamental saber diferenciar los síntomas y etapas por las que pasa el paciente.

Como profesionales sanitarios, el TCAE tiene como objetivos, además de la atención al enfermo terminal, también debe ayudar a su familia, por ello es importante que estemos bien informados y formados sobre estas situaciones. Debemos escuchar, mostrar empatía y orientar tanto al paciente, como a sus familiares y amigos.

En definitiva, el TCAE le ayudará a pasar de la mejor manera posible los últimos momentos de vida apoyando tanto al paciente como a su familia.

6 Bibliografía

1. Editorial EDITEX, Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. F. Ballano, A. Esteban.
2. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-paciente-terminal/>
3. <https://revistamedica.com>
4. <https://www.clikisalud.net>

Capítulo 239

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS

LORENA RODRIGUEZ LANZA

1 Introducción

El covid19 es una enfermedad respiratoria muy contagiosa causada por el virus SARS-CoV, se piensa que este virus se transmite de una persona a otra en las gotitas que se dispersan cuando la persona tose, estornuda...con síntomas como la fiebre la tos, dolor de cabeza, dolor muscular, pérdida de olfato y gusto y en otros casos puede llegar a ser asintomática. Se sabe que debido a los cambios fisiológicos que se experimentan en el embarazo, el sistema inmunológico se encuentra en estado de supresión, lo que lleva a que las mujeres gestantes sean más susceptibles a las infecciones respiratorias virales. Las mujeres embarazadas también corren el riesgo de dar a luz antes de que empiece la semana 37 por lo que conllevaría a un mayor riesgo de tener problemas como la pérdida del embarazo o a tener que hacer una cesárea por lo que el niño saldría prematuro. Por lo que se hace necesario investigar si las mujeres gestantes infectadas por COVID-19 tienen más riesgo de desarrollar complicaciones o efectos adversos, así como detectar si el virus SARS-CoV-2 puede transmitirse al feto. Por lo tanto, se hace de vital importancia comprender cómo afecta esta infección al embarazo, el parto y el neonato.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa trastornos de ansiedad en niños y cuales son sus aspectos más fundamentales.

3 Metodología

Para la elaboración de el capítulo del covid 19 en mujeres embarazadas se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: con palabras clave como covid en mujeres embarazadas, síntomas, tratamiento en mujeres embarazadas...

4 Resultados

El covid19 es una enfermedad causada por el coronavirus sars-cov2, la enfermedad afecta principalmente a personas de 30 a 80 años, las mujeres embarazadas infectadas por covid como el resto de personas, pueden presentar fiebre, tos y dificultad para respirar, los problemas respiratorios aparecen cuando la infección afecta a los pulmones y causa una neumonía. Cada día se dispone de más información sobre el covid en embarazadas, no se ha establecido si el embarazo aumenta el riesgo de presentar síntomas graves, sin embargo algunas pruebas sugieren que es más probable que el covid cause una enfermedad grave en la mujeres embarazadas, sobre todo si sufren ciertas enfermedades como diabetes o cardiopatía, estas pueden requerir incluso la hospitalización, cuidados intensivos o un ventilador, problemas en el parto, que el recién nacido sea prematuro o incluso preeclampsia. Las mujeres embarazadas y los niños que padezcan enfermedades crónicas han de tener prioridad para recibir vacunas contra la COVID-19. La OMS recomienda la lactancia exclusiva los primeros 6 meses de vida incluso en el caso de que la madre presente la infección por coronavirus. La lactancia materna otorga muchos beneficios, como el potencial paso de anticuerpos madre-hijo frente covid-19, extremando siempre las medidas de aislamiento como la higiene de manos y mascarilla. Estos datos sugieren que los beneficios de recibir la una vacuna de covid superan cualquier riesgo conocido de vacunación durante el embarazo.

En caso de de contraer el virus mientras estás en gestación el tratamiento indicado sería el paracetamol para aliviar fiebre y dolor.

Se recomienda mantener unas medida de seguridad para reducir las posibilidades de contagio, como mantener la distancia social, ventilar los espacios cerrados, lavarse frecuentemente las manos, evitar tocar la cara con las manos, cubrir la boca al estornudar...

5 Discusión-Conclusión

La transmisión del virus covid19 es de alto contagio por lo que en personas de alto riesgo como pueden ser la mujeres embarazadas, debe de extremar las precauciones para evitar un posible contagio. La transmisión de madres a recién nacido hace que estas infecciones respiratorias virales como el covid-19 sean de alto riesgo para ambos, los padres deben de seguir las indicaciones de los sanitarios una vez dados de alta para la total recuperación. Toda mujer gestante a día de hoy, tiene que estar muy concienciada en seguir las recomendaciones del ministerio de salud, para evitar en mayor medida la contracción del covid-19.

6 Bibliografía

1. BCNatal Hospital CLINIC.
2. Información y pautas generales para mujeres embarazadas ministerio de sanidad.

Capítulo 240

LA ARTROSIS. SÍNTOMAS Y MEDIDAS PREVENTIVAS

HENAR BLANCO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La artrosis es la patología osteoarticular más frecuente. Se trata de una enfermedad degenerativa que en un principio afecta al cartílago hialino y parte del hueso subcondral.

Se produce una pérdida de elasticidad, erosión e hipertrofia que posteriormente ocasiona una mayor formación ósea, aumento de la rigidez y microfracturas, por lo que se forma el callo óseo y las deformaciones características.

Las articulaciones más afectadas por este trastorno reumático son aquellas que realizan funciones soporte, es decir, las que cargan con mayor peso muscular como las rodillas, caderas y columna (principalmente en las regiones lumbar y cervical). Los dedos de las manos también suelen estar dañadas si no ha existido previamente alguna enfermedad articular, sobre uso profesional, o algún traumatismo.

El primer síntoma suele ser un dolor que acompaña al movimiento y que desaparece con el reposo. En etapas posteriores este dolor adquiere un carácter permanente, con fases de mayor o menor intensidad, que empeoran principalmente con la actividad. Los principales síntomas de la artrosis son:

- El dolor. Es el más importante, afecta a las articulaciones y a las masas más cercanas.

- Debilidad y cansancio. Suelen estar provocados o relacionados directamente con el dolor.
- Calor en la articulación.
- Rigidez articular. Característica tras un reposo prolongado (al levantarse, al iniciar el movimiento...).
- Limitación de la movilidad.
- Crujidos. Que se producen al mover la articulación.
- Deformidad articular.

2 Objetivos

Conocer los factores de riesgo de la artrosis y adoptar las medidas preventivas necesarias para corregir los factores de riesgo que sean modificables.

3 Metodología

Para la realización de la presente publicación, se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática sobre la literatura existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado bases de datos científicas como Scielo, Google Académico o Medline entre otras, utilizando palabras la palabra clave: artrosis.

4 Resultados

No siempre se conoce el origen de la afección. En numerosas ocasiones la degeneración del cartílago articular parece estar relacionada con el proceso normal de envejecimiento y de desgaste lógico de la articulación.

Los cambios articulares por simple envejecimiento de la articulación son muy similares a los producidos por la artrosis y no es sencillo diferenciarlos.

Por otra parte, el hecho de que vayan o no acompañados de sintomatología, con frecuencia se relaciona más con el umbral del dolor de cada persona que con la gravedad de las alteraciones observadas.

En un número elevado de pacientes, sin embargo, si se conoce la causa concreta de la patología. Es la denominada artrosis secundaria, cuyo origen puede ser:

- Herencia genética. La herencia se produce por un único gen autosómico, siendo dominante en las mujeres y recesiva en los hombres.

- Movimientos reiterativos. Generalmente por desarrollar una actividad laboral durante años que termina provocando un gran desgaste de determinadas articulaciones.
- Sobrecarga articular. Puede estar provocada por la obesidad, que afecta especialmente a las articulaciones de las extremidades inferiores y a la región lumbar. También puede tener su origen en cargas relacionadas con trabajos en profesiones muy duras como el campo, la minería o empresas metalúrgicas. Finalmente otro tipo de actividades laborales, que afectan a articulaciones muy concretas como los tobillos de los bailarines, o las rodillas de los futbolistas, son con frecuencia el motivo de la sobrecarga articular.
- Accidentes previos en una articulación. Cualquier fractura que no haya sido tratada adecuadamente, un traumatismo, una cirugía articular, o incluso una artroscopia pueden estar en el origen de una osteoartritis.
- Enfermedades metabólicas. La gota, o la condrocalcinosis son causas bien conocidas como posible origen de una artrosis.
- Enfermedades hematológicas. La hemofilia entre otras puede ser origen de artrosis.
- Inflamaciones articulares. Especialmente las crónicas, y que con frecuencia causan anquilosis fibrosa, o poliartritis.
- Necrosis ósea aséptica. La más importante es la afección de la epífisis de la cabeza femoral.
- Posturas viciosas o disfunciones. En especial todas aquellas que rompan la simetría del movimiento.

La artrosis provoca aproximadamente el 50% de las incapacidades laborales permanentes en personas en edad laboral.

La intensidad y el número de síntomas no siempre se relaciona con los hallazgos radiológicos

En la vejez, la mayoría de la población tiene esta alteración articular, como se puede demostrar por técnicas de imagen, pero únicamente el 50% padece su sintomatología.

En España afecta prácticamente a cuatro millones de personas, el 75% de las cuales son mujeres.

Medidas para mejorar la capacidad funcional de la articulación:

- Ejercicios físicos. Es adecuado cualquier tipo de ejercicio con el que el enfermo se encuentre cómodo, que no le provoque dolor, que no resulte brusco o violento.
- Rehabilitación. Dirigida por profesionales especializados en esta materia y que sean capaces de realizar ejercicios específicos según la articulación afectada y el objetivo concreto que se plantee en cada caso.

- Alimentación adecuada. Se puede proponer una dieta rica en alimentos como el salmón, la sardina, las verduras de hoja verde, el brócoli o la zanahoria, que tienen propiedades antiinflamatorias.
- Otras medidas. Masajes, aparatos ortopédicos para deambular o que faciliten la ejecución de actividades de la vida diaria, aplicación de frío y calor, etc. son algunas de las medidas que pueden resultar muy útiles para aliviar las dolencias.

5 Discusión-Conclusión

El resultado de esta sintomatología es una grave incapacidad funcional, con pérdida de la autonomía personal y el consiguiente aumento de la dependencia de terceras personas.

Es muy importante el tratamiento farmacológico, en especial el destinado a paliar el dolor con analgésicos, mientras las medidas correctivas y preventivas consiguen mejoras apreciables para que el enfermo pueda realizar los ejercicios y las actividades cotidianas sin la limitación física y psicológica que supone la presencia del dolor.

Es fundamental que el profesional esté perfectamente formado en esta patología para dar respuesta a las necesidades del paciente de una forma adecuada.

6 Bibliografía

1. López, F. (2006). Artrosis. Revista clínica electrónica en atención primaria.
2. Artrosis, B. P. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Sociedad Española de Reumatología. Manual SER de las Enfermedades Reumáticas.

Capítulo 241

HERRAMIENTAS PARA UNA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL USUARIO DEL SISTEMA DE SALUD

MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO

ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA

ELENA MUÑIZ ALVAREZ

NURIA DÍAZ ARIAS

CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ

1 Introducción

Humanizar la sanidad significa personalizar la atención, porque detrás de cada enfermedad hay una persona que está viviendo su experiencia de una manera determinada y tiene que incorporarlo en su vida. Hay cosas que no se pueden sustituir, como es la presencia de un ser humano ante los pacientes que están sufriendo dolor: una mirada, unas palabras, sonreír, mostrar calidez, escuchar, tener empatía y comprensión de la situación del otro.

La humanización en salud significa mucho más que ser cordial. Implica minimizar la tendencia de tratar al enfermo como a un objeto, una enfermedad o unos síntomas concretos. El cuidado humanizado requiere considerar a los pacientes como personas. Supone abandonar las relaciones funcionales para convertirlas en relaciones personales.

El proceso de humanización no es complejo, pero sí implica cambiar los fundamentos actuales. ¿Cómo va a atender de manera cálida el personal sanitario a los pacientes si sufren del conocido “burn out” y están desmotivados? Es por ello que la humanización de la salud no sólo implica poner al paciente en el centro de toda la organización, sino también al personal sanitario y no sanitario, y a los acompañantes de los pacientes (que en ocasiones pueden llegar a sufrir más que el propio paciente).

Esta atención personalizada se convierte en una misión imposible debido a las cronometradas agendas de visitas del personal sanitario y por la cantidad de burocracia que tienen que atender, en detrimento del trato personal.

2 Objetivos

Exponer la importancia de la humanización en sanidad.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consultando varios libros de psicología enfocados en la calidad de la asistencia sanitaria y no sanitaria, así como las bases de datos Scielo y Pubmed, y utilizando las palabras clave atención, humanización y paciente.

4 Resultados

El objetivo principal de la humanización en sanidad, es mejorar la asistencia y trato en los hospitales a los pacientes, tanto desde el punto de vista sanitario como administrativo. Es necesario que la atención sanitaria se humanice y tenga en cuenta las diversas situaciones de los usuarios, y que administrativamente se facilite en la medida de lo posible los trámites que, generalmente, causan bastante estrés en los pacientes.

Cuando se habla de humanización en la asistencia sanitaria, tenemos que hacer referencia al respeto de la intimidad, su autonomía personal, abordar de forma integral su situación, tanto biológica, psicológica y social de cada persona, con lo que una adecuada comunicación entre paciente y profesional es tan importante, como fundamental.

Igualmente, los sentimientos de frustración y descontento que genera en el personal de los hospitales la dirección de la institución basada fundamentalmente en el centralismo, así como criterios economicistas de productividad, eficiencia y competencia, como el aumento de número de pacientes y la rotación constante del personal, por citar algunos, diluyen el compromiso con el cuidado, incidiendo en la deshumanización.

El afán competitivo en términos de eficiencia, y las relaciones de poder que pueden tener lugar dentro de la institución, obstaculizan la relación entre el personal y el paciente, anula la comunicación efectiva entre ambos y sólo tiene cabida la ejecución de técnicas, así que no hay tiempo para conocer y menos para responder a las necesidades no fisiológicas. No hay tiempo para el cuidado y la atención es impersonal.

Un eslabón más en esta cadena de factores deshumanizantes es la rutina y la desmotivación en la que suele entrar el profesional. Es posible que una relación fundada en la rutina, la indolencia e indiferencia, despoje al paciente de su dignidad y haga que tanto el personal sanitario como el no sanitario pierdan la motivación.

Humanizar la salud no es tanto un proceso de estructuras y mecanismos, es una cuestión de actitudes. En una organización humanizada existe un compromiso personal y de la colectividad por humanizar la realidad, las relaciones, las conductas y el entorno, especialmente cuando se toma conciencia de la vulnerabilidad ajena y la necesidad de ayuda de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Humanizar es una cuestión ética, y busca el bien de la persona a la que trata (el paciente) y del profesional a la vez.

Sabemos que la masificación y falta de tiempo, es un factor que influye mucho en este sentido, pero también la organización y coordinación del trabajo, la cultura, falta de vocación, la desmotivación, no verse valorados por compañeros y superiores, también como no, la falta de recursos económicos con los recortes de los últimos años... y así como la falta de profesionales, redundan en que la atención a los pacientes se esté deshumanizando y deteriorando de una manera que no debemos consentir ni permitir.

6 Bibliografía

1. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente, editorial McGraw Hill
2. Humanizar la sanidad <https://www.elsevier.es>
3. Tecnología y humanización de los cuidados. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007

Capítulo 242

LA ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

MARIA DEL CARMEN BEDIA PALMERO

1 Introducción

Una de las preguntas más comunes que tienen los nuevos padres es con qué frecuencia debe alimentarse su bebé. La mejor respuesta es sorprendentemente simple: en general, los bebés deben alimentarse cada vez que se muestren con hambre.

En los casos de bebés nacidos prematuramente o con determinadas afecciones médicas, lo mejor es alimentarlo en los horarios de alimentación recomendados por su pediatra. Pero para la mayoría de los bebés sanos, nacidos a término, los padres pueden mirar al bebé en lugar de mirar el reloj para detectar signos de hambre. Esto se conoce como alimentación a demanda o alimentación en respuesta.

Un bebé con hambre a menudo llora. Sin embargo, es mejor estar atento a las señales de hambre antes de que el bebé empiece a llorar, que es una señal tardía de hambre y que puede hacer que le resulte difícil calmarse y comer.

Otras señales de hambre típicas incluyen:

- Relamerse los labios.
- Sacar la lengua.
- Reflejo de búsqueda (mover la mandíbula y la boca o la cabeza en busca del pecho).
- Poner su mano en la boca reiteradamente.

- Abrir la boca.
- Irritabilidad.
- Succionar todo lo que encuentra.

No obstante, es importante darse cuenta de que cada vez que su bebé llora o succiona no es necesariamente porque tiene hambre. Los bebés succionan no solo por hambre, sino también para sentirse reconfortados; al principio puede resultarles difícil a los padres reconocer la diferencia.

2 Objetivos

Analizar la alimentación del recién nacido.

3 Metodología

Para realizar esta publicación, se ha hecho una revisión bibliográfica exhaustiva de diferentes artículos de investigación relacionados con la alimentación del recién nacido, la lactancia artificial y la lactancia materna. Se han revisado además diferentes artículos a través de las bases de datos Scielo, Pubmed, Dialnet, Cochrane plus y Google.

4 Resultados

Por lo general, los bebés son muy buenos para comer la cantidad correcta, pero a veces pueden tomar más de lo que necesitan. Los bebés que se alimentan con biberón podrían tener mayores probabilidades de alimentarse en exceso, porque beber de un biberón requiere menos esfuerzo que alimentarse a pecho.

Los bebés sobrealimentados les da dolor de estómago, gases, regurgitan o vomitan y tienen mayor riesgo de sufrir de obesidad en el futuro. Es mejor ofrecer menos, ya que siempre puede darle más si su bebé lo desea. Esto también les da a los bebés tiempo para darse cuenta si están llenos (satisfechos).

La alimentación con fórmulas comerciales no está dotada de las mismas características que la leche humana. Diferentes estudios muestran que los niños amamantados con leche materna requieren menos atenciones médicas que los amamantados con leche de fórmula. Dar el pecho a su recién nacido tiene muchas

ventajas. Tal vez lo más importante sea que la leche materna es el alimento perfecto para el sistema digestivo del bebé. Contiene los nutrientes que necesita un recién nacido y todos sus componentes. La leche materna es esencial en el desarrollo del niño en diferentes sistemas: neurológico, inmunológico, digestivo y desarrollo músculo esquelético.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda que los bebés se alimenten exclusivamente de leche materna durante aproximadamente los primeros seis meses de vida. Después de introducir alimentos sólidos en la dieta del bebé, la lactancia materna debe continuar durante el primer año de vida del bebé e incluso durante más tiempo, si así lo desean la madre y el bebé.

Pero no todas las mamás pueden o prefieren amamantar a su bebé. La decisión entre dar el pecho o el biberón a un bebé se suele basar en lo cómoda que se siente la madre dándole el pecho a su hijo y en su estilo de vida. En algunos casos, la lactancia materna puede no ser recomendable para la madre y para el bebé.

5 Discusión-Conclusión

El desarrollo inmunológico que se traspa de madre a hijo con la lactancia materna es inimitable. Las necesidades nutricionales de la leche humana son mejor asimiladas y repartidas en el cuerpo del recién nacido. La lactancia materna favorece el crecimiento y desarrollo integral del bebé, así como el desarrollo neurológico y promueve el desarrollo intelectual.

Es importante saber que las necesidades emocionales y nutricionales del bebé quedarán satisfechas independientemente de que se opte por amamantarlo o por darle el biberón.

La leche de fórmula comercial es una alternativa nutritiva a la leche materna. La alimentación con biberón ofrece más libertad y más flexibilidad a la madre, y es más fácil saber la cantidad de leche que está recibiendo el bebé.

Como los bebés digieren la leche de fórmula más despacio que la leche materna, los bebés alimentados con biberón suelen hacer menos tomas que los que son amamantados. El biberón facilita la alimentación del bebé en público y permite que el padre y otros miembros de la familia ayuden a alimentarlo, lo que puede ayudar a reforzar los lazos afectivos.

6 Bibliografía

1. www.kidshealth.org
www.aeped.es
www.medlineplus.gov.
2. J Valera - 2010 - books.google.com.
3. MVV Manrique - Medicina naturista, 2014 - dialnet.unirioja.es.
4. C Duhalde - 2004 - dspace.uces.edu.ar.
5. J Basulto, M Manera, E Baladia - Pediatría Atención Primaria, 2014 - SciELO Espan.

Capítulo 243

EL ENTORNO Y LA ATENCIÓN HOSPITALARIA SEGÚN EL PUNTA DE VISTA DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SILVIA ALONSO ALBUERNE

1 Introducción

Ante la enfermedad de un paciente y la necesidad de acudir a un centro hospitalario, este afronta unas dificultades de diferentes tipos; desde los síntomas de su enfermedad hasta lo que se refiere con el centro hospitalario, pasando por la ubicación del hospital, las condiciones físicas y el trato que recibe por parte de los equipos de salud (médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores, personal administrativo, otros pacientes...)

Un entorno hospitalario adecuado es en el que prima la seguridad frente a las infecciones, a las condiciones adecuadas en el transporte de los pacientes, el método terapéutico y de seguridad, el internamiento adecuado y la protección psicológica de los pacientes y sanitarios.

Algo a destacar es que el apoyo social hacia el paciente sea lo más adecuado a fin de mejorar su experiencia hospitalaria.

El/la técnico en cuidados auxiliares de enfermería realiza una serie de funciones, procedimientos y tareas correspondientes a su titulación bajo la dependencia del diplomado en enfermería.

La competencia general del técnico de cuidados auxiliares de enfermería es proporcionar cuidados auxiliares al paciente. La labor más importante del auxiliar es ofrecer al enfermo una atención humana, agradable, educada... Ya que el comportamiento que tenga el/la auxiliar de enfermería influirá en la mejoría o empeoramiento del paciente.

2 Objetivos

Exponer cómo debe ser la atención hospitalaria en cuanto al entorno, desde el ingreso del paciente y según el punto de vista de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática a través de publicaciones médicas revisadas, búsqueda en libros de temática médica, además de entrevistas privadas con técnicos de cuidados auxiliares de enfermería del Hospital San Agustín de Avilés y del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

4 Resultados

Una de las tareas fundamentales de un auxiliar de enfermería es la atención hospitalaria, cuando el paciente requiere un internamiento clínico.

El auxiliar de enfermería debe asistir al paciente en los procesos de acogida y de despedida, es decir, procedimientos de ingreso y de alta.

Se pueden distinguir varios tipos:

- Un ingreso programado
- Un ingreso por urgencias
- Un traslado entre diferentes unidades
- Un alta programada
- Un alta voluntaria
- Un alta por fallecimiento

Cuando una persona ha sido ingresada en el centro hospitalario, el técnico de cuidados auxiliares de enfermería, debe asegurarse de que su entorno cercano

mantenga unas condiciones adecuadas.

La habitación hospitalaria es el lugar donde el paciente residirá mientras esté ingresado. Debe reunir una serie de requisitos relacionados con las condiciones ambientales que repercutan en el estado de ánimo del paciente y por tanto en su salud y en la respuesta al tratamiento que esté recibiendo:

- Higiene, limpieza y orden

El auxiliar de enfermería se encarga de lo referente a la higiene del paciente, hacer la cama y mantener los equipos de la unidad en las condiciones adecuadas de funcionamiento y limpieza.

- La temperatura

La temperatura correcta que debe tener la habitación hospitalaria debe de oscilar entre los 20° y los 25° C regulada por termostatos.

- La iluminación

La iluminación puede ser natural o artificial. La luz natural ayuda al cuidado y recuperación del paciente por sus propiedades curativas, desinfectantes, térmicas, etc. La luz artificial está diseñada de forma que pueda ser utilizada según las necesidades.

- La ventilación

La ventilación es beneficiosa para el paciente porque renueva el aire, reduce la concentración de gérmenes y diluye los malos olores. El/la auxiliar de enfermería debe de abrir las ventanas en periodos cortos de 10-15 minutos durante los procedimientos de cambio de ropa de cama y limpieza de la habitación.

- Tranquilidad y silencio

El/la auxiliar de enfermería debe de intentar que, en las habitaciones, tanto pacientes como visitas, hablen en un tono moderado, no usen un volumen elevado en las televisiones o radios, controlen teléfonos móviles, no golpear las puertas al entrar o salir de la habitación, etc.

5 Discusión-Conclusión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se denomina salud al completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Cuando existe carencia de alguno de estos aspectos aparece una enfermedad. El objetivo principal de los profesionales sanitarios es cuidar a los pacientes de manera integral y con calidad.

La labor del técnico de cuidados auxiliares de enfermería consiste en prestar cuidados básicos al paciente, en aspectos relacionados con la alimentación, el

aseo y la movilidad, así como colaborar con enfermeras, médicos y otros profesionales sanitarios en sus tareas, también están capacitados para desempeñar labores de administración e investigación en enfermería.

6 Bibliografía

1. Facultad de medicina y ciencias de la salud. Estudios de medicina y fisioterapia (www.medicinaysalud.uniovi.es)
2. Biblioteca nacional de medicina de los Estados Unidos MedlinePlus (www.medlineplus.gov)
3. Cuidados auxiliares de enfermería. Paraninfo (www.paraninfo.es)

Capítulo 244

HERRAMIENTAS PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA CON EL USUARIO O PACIENTE

VANESA MATA RAMOS

1 Introducción

La comunicación humana es un proceso en el que se establece una relación interpersonal de transmisión y recepción de ideas entre un locutor y su interlocutor. Según el psicólogo americano Paul Watzlawick, hay una serie de axiomas que regulan la comunicación:

No es posible no comunicarse.

Toda comunicación tiene dos componentes (palabras y emociones).

La comunicación es más que una simple suma de factores aislados.

Durante la comunicación, los participantes pueden mantener dos tipos de relaciones-interpersonales: simétrica (mismo nivel jerárquico) o complementaria (distinto nivel jerárquico).

En la comunicación, lo importante es lo que el otro entiende (adaptar el discurso al receptor).

Además de la comunicación verbal y no verbal, hay una serie de destrezas que es necesario entrenar, ya que crean el clima de confianza necesario para que el paciente o usuario esté más receptivo y la comunicación se desarrolle con mayor fluidez:

LA ASERTIVIDAD: Es la capacidad que tenemos para defender nuestras ideas sin vulnerar los derechos de los demás ni tratar de imponer nuestros criterios.

LA EMPATÍA: es la capacidad para percibir correctamente lo que siente nuestro interlocutor, y que sienta nuestra comprensión. Coloquialmente, es ponerse en lugar de otro.

LA ESCUCHA ACTIVA: se trata no solo de oír, sino de interpretar y evaluar lo que se nos dice, y responder al mensaje. Es muy importante dejar hablar a las personas reforzando la escucha con mensajes que repitan lo que nos ha dicho. Para que la comunicación sea eficaz su contenido ha de cumplir una serie de requisitos:

Significativo: el contenido ha de ser relevante y estar vinculado con el tema que se está tratando.

Suficiente: la información ofrecida será la justa, no más de la que se pueda asimilar, ni menos de la que se pueda entender.

Apropiado: el mensaje será claro, concretamente estructurado y siguiendo un orden, se evitaren tecnicismos que dificulten la comprensión del paciente, adaptándolo a su nivel cultural, lenguaje habitual...

Preciso: se utilizarán frases cortas para la comprensión correcta del mensaje que queremos transmitir. La información será real, íntegra y correcta.

2 Objetivos

Dotar tanto al personal sanitario como al no sanitario de una serie de herramientas que les permitan detectar y eliminar las barreras que pueden surgir en la comunicación y que pueden derivar en graves problemas de comprensión en el usuario o paciente.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo esta revisión bibliográfica consultando diversas bases de datos, como Scielo y Pubmed, y artículos de revistas científicas que desarrollan este tema. Las palabras clave utilizadas han sido comunicación, empatía, escucha activa, asertividad.

También consultando diversas revistas de salud ya publicadas.

4 Resultados

Mostrar empatía resulta fundamental para establecer una buena comunicación con el paciente. En ocasiones la empatía tiende a confundirse con la alegría o la

simpatía. Sin embargo, la empatía consiste en ponerse en el lugar de los pacientes y tratar de percibir la situación tal y como ellos la sienten.

De esta forma resultará más fácil comprender sus sentimientos, miedos e inquietudes. Esto facilitará el abordaje de la situación de la forma más adecuada. Para ello es necesario considerar que una misma situación será vivida y experimentada de distinta forma por cada paciente. En especial cuando se trate de un paciente pediátrico.

Una actitud empática facilitará la correcta conexión entre el paciente y el profesional sanitario. Esto propiciará el entendimiento entre ambas partes y favorecerá tanto la búsqueda conjunta de objetivos como la adecuada adherencia al tratamiento.

El lenguaje corporal a menudo revela más información que el lenguaje verbal. En el ámbito sanitario suele tener una mayor influencia el modo de transmitir el mensaje que el contenido del mensaje en sí mismo.

Dada la delicadeza y la gravedad que entrañan en numerosas ocasiones los mensajes que se transmiten a los pacientes, la comunicación no verbal cobra una especial importancia.

Estos son algunos de los principales aspectos a tener en cuenta:

Contacto visual: esta forma de comunicación tiene un gran impacto en el comportamiento del paciente. Mirarlo a la cara y a los ojos mientras nos comunicamos con él, refleja el interés en el mensaje que nos está transmitiendo. Esto favorecerá un clima de confianza puesto que de este modo se siente comprendido.

Expresiones faciales: por lo general la sonrisa por parte del interlocutor favorece que sea percibido como cercano y accesible. Además al dirigirnos al paciente con una sonrisa, éste tenderá a devolvérsela, adoptando al instante una actitud más confiada. No obstante, es fundamental tener en cuenta que las expresiones faciales deberán acompañar a las características de cada situación. Además deberán adaptarse al mensaje que se quiera transmitir a fin de mostrar empatía con el paciente.

Gestos: Las manos, la cabeza y los pies pueden producir una gran variedad de gestos, con propósitos muy diferentes. Uno de los gestos que mayor impacto tiene en la comunicación y transmiten al paciente que realmente está siendo escuchado, es asentir con la cabeza. Mover las manos puede resultar de gran utilidad para aportar énfasis a las partes más importantes del mensaje. Los brazos también son unos importantes indicativos de actitud. Mientras que los brazos abiertos muestran una actitud abierta al diálogo unos brazos cruzados pueden

ser indicativo de una actitud defensiva.

Postura y orientación corporal: Inclinar-se levemente hacia el paciente mientras nos comunicamos con él le indicará que tenemos una actitud accesible y amistosa. Se debe evitar darle la espalda o mirar hacia el ordenador mientras se le habla. Esto actuará como una barrera impidiendo que se establezca una buena comunicación.

5 Discusión-Conclusión

Como se puede ver son muchos los aspectos que deben tenerse en cuenta para establecer una buena comunicación con el paciente. Estas habilidades comunicativas resultarán de gran utilidad para alcanzar los objetivos fijados.

La comunicación entre el investigador vs paciente no sólo debe servir para obtener información que el clínico necesita en el cumplimiento de sus funciones, debe emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención para mejorar la calidad de los servicios, la efectividad del fármaco, el seguimiento de las posibles incompatibilidades. Es importante escuchar a los familiares del paciente e identificar desde su práctica dificultades y reflexivamente transformarlas para poder incidir positivamente en la comunicación activa.

6 Bibliografía

1. La comunicación en los pacientes. <https://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf>
2. El lenguaje correcto: un medio de comunicación entre el paciente y el Auxiliar Administrativo, el celador y el personal sanitario en general. <https://revistamedica.com/lenguaje.correspondiente-auxiliar-administrativo-celador-personal-sanitario/>.
3. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchradiol/v9n3/art07.pdf>.

Capítulo 245

EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

NATALIA SEMEDO

1 Introducción

El virus del papiloma humano (VPH) es un grupo de virus relacionados entre sí que produce verrugas en la piel o en las membranas mucosas. Existen unos 200 tipos de los cuales 40 afectan a los genitales y se propagan por contacto cutáneo o a través del sexo oral, anal o vaginal. Se clasifican en dos categorías:

- El VPH de bajo riesgo: afecta a los genitales, ano, boca o garganta. Verrugas genitales (tipos 6 y 11)
- El VPH de alto riesgo: puede desencadenar algún tipo de cáncer (cuello uterino, boca, garganta, ano, vagina,). Los del tipo 16 y 18

En condiciones normales desaparecen por sí solas, pero si dura muchos años puede provocar cambios celulares llegando a ser de alto riesgo. En los hombres es más fácil de detectar, pero en las mujeres solo mediante pruebas rutinarias de detección precoz, ya que apenas manifiesta síntomas. Suelen manifestarse en la vulva, vagina, ano y cuello del útero. También pueden aparecer en la boca o garganta si se ha practicado sexo oral con alguien infectado. Puede ir acompañado de comezón en el área genital o sangrado durante el acto sexual. La mejor forma de evitar el contagio es mediante el uso de condones de látex/políuretano. Hasta a actualidad, no existe un tratamiento eficaz, aunque hay vacunas que previenen contra algunos tipos de VPH antes de la exposición al virus. Hay medicamentos que se aplican en la zona afectada, en otros casos se puede quemar, congelar o extirpar quirúrgicamente.

2 Objetivos

Describir el VPH y las pruebas médicas que se deben realizar para su diagnóstico.

3 Metodología

Para buscar información sobre esta enfermedad tan extendida he tenido que recurrir a google (Medlineplus, Mayo clinic) y contrastar diferentes apartados para destacar los rasgos más generales. Con el enfoque puesto en el origen, los síntomas, el diagnóstico, el tratamiento, la información y la concienciación, se intentará inclinar la balanza hacia el lado responsable y saludable.

4 Resultados

El médico podrá determinar un diagnóstico tras detectar las verrugas mediante la observación (en hombres). En el caso de que no haya síntomas visibles se harán las pruebas pertinentes:

- P. de Solución del vinagre (ácido acético): al echar la solución sobre la zona afectada, se vuelve blanca ayudando así a identificar a las verrugas más planas e imperceptibles.
 - P. de ADN: en las células del cuello uterino que reconocen el ADN de las variedades del virus VPH de alto riesgo (mujeres mayores de 30 años).
 - P. de Papanicolaou: recoger muestras del cuello uterino para su análisis. Se detectan cambios en las células que anuncian alguna posibilidad de cáncer. Se hace junto con un examen pélvico. Los médicos recomiendan empezar a hacerse pruebas a partir de los 21 años en periodos de 3 años. Sin embargo las mujeres mayores de 30 si combinan ambas pruebas podrán repetirlas cada 5 años, exceptuando a las que tienen factores de riesgo:
 - Diagnóstico de cáncer de cuello uterino o una prueba de Papanicolaou que mostró células precancerosas
 - Exposición al dietilestilbestrol antes del nacimiento
 - Una infección por VIH
 - La debilitación del sistema inmunitario debido a un trasplante de órganos, a quimioterapia o al uso crónico de corticoesteroides.
 - Antecedentes de tabaquismo
- En algunos casos la paciente puede pactar con su médico dejar de hacer las pruebas de Papanicolaou:
- Después de una histerectomía total: extirpación quirúrgica del útero y el cuello.

- Edad avanzada: más de 65 años.

El virus actúa infectando a las células escamosas de la superficie interna de los órganos afectados. Los que producen las verrugas son del tipo 6 y 11. Se pueden confundir con verrugas genitales los pólipos fibroepiteliales, la papilas del introito vulvar y las papilas dérmicas de la corona del glande, el moluscum contagiosum, los nevus melanocíticos, las lesiones de psoriasis, el condiloma latum, las hemorroides, la inflamación de fisura anal, abscesos anorrectales o perianales, prolapso rectal.

La vacuna para el VPH: Gardasil y Cervarix.

Se recomienda vacunar contra el VPH a los 9- 12 años, aunque las personas que no lo hayan hecho tienen un margen hasta los 26 años. La FDA amplió ese margen a los 45 años, aunque en esa etapa de 27 a 45 años casi todas las personas son sexualmente activas, lo cual aumentan las posibilidades de exposición.

En los estudios que llevaron a la aprobación de Gardasil 9 se comprobó su eficacia en casi 100 % en la prevención de enfermedades de cuello uterino, vulva y vagina que causan los otros cinco tipos de VPH (31, 33, 45, 52 y 58) a los que se dirige esta vacuna. En un meta análisis realizado en 2019 de programas de vacunación contra el VPH solo para niñas en 14 países, que incluyó a más de 60 millones de personas vacunadas, se observaron fuertes indicios de su eficacia:

- las infecciones por los tipos 16 y 18 del VPH disminuyeron 83 % en las adolescentes de 15 a 19 años y 66 % en las mujeres de 20 a 24 años por un período de hasta 8 años después del inicio de las vacunaciones.
- los diagnósticos de verrugas ano genitales disminuyeron 67 % en las adolescentes de 15 a 19 años y 54 % en las mujeres de 20 a 24 años por un período de hasta 9 años después del inicio de las vacunaciones.
- la prevalencia de las lesiones precancerosas que pueden causar cáncer de cuello uterino disminuyeron 51 % en las adolescentes de 15 a 19 años y 31 % en las mujeres de 20 a 24 años por un período de hasta 9 años después del inicio de las vacunaciones.

5 Discusión-Conclusión

Por un lado, mayoría de las personas, les da pudor acudir a su médico voluntariamente a pedir que se les haga cualquier prueba de ETS y mucho menos del VPH. Por otro lado algunos facultativos son reacios a realizar las pruebas de detección a los hombres por lo tedioso que pudiera ser el proceso, incurriendo en una negligencia contra la salud pública. Unos y otros deberían ser más responsables y transparentes ante esta pandemia silenciada que nos aguarda. Al no presentar

síntomas, nadie es consciente de estar infectado, con lo que su envergadura podría llegar a abrir “La Caja de Pandora” en esta sociedad cada vez más liberal y temeraria.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/hpv.html>
2. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hpv-infection/symptoms-causes/syc-20351596>
3. https://www.mundodeportivo.com/uncomo/relaciones/articulo/por-que-salen-verrugas-en-el-ano-y-como-quitarlas-49184.html#anchor_2
4. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/hoja-informativa-vacuna-vph#cmo-funcionan-las-vacunas-contrael-vph>

Capítulo 246

LOS RIESGOS LABORALES HOSPITALARIOS

LORENA RODRIGUEZ LANZA

1 Introducción

Los trabajadores sanitarios se enfrentan diariamente a numerosos riesgos laborales específicos que se dan en el ámbito laboral hospitalario. Que son los siguientes :

- Riesgos físicos
- Riesgos psicosociales
- Riesgos biológicos
- Riesgos ergonómicos
- Riesgos químicos.

Todos los riesgos pueden ser perjudicial para la salud de los trabajadores sanitarios, y pueden llegar a desarrollar enfermedades de riesgo.

Los riesgos a los que están expuestos los trabajadores sanitarios son aquellos que se derivan por los trabajos que se desarrollan, sus lugares de trabajo.

Debemos saber identificar estos riesgos laborales para así poder intentar evitarlos, ya que gran parte de ellos, se pueden llegar a evitar conociendo e identificando y sobre todo llevando a cabo las medidas de seguridad.

Es obligación de todos los centros de trabajo disponer de un plan de prevención de riesgos laborales, donde tiene que aparecer todos estos riesgos con sus procedimientos a llevar a cabo en cada situación en el ámbito de los centros hospitalarios, ya que así se garantiza unas medidas óptimas de seguridad para poder asegurar la correcta

Salud de los trabajadores sanitarios.

El objetivo principal de estos planes de prevención es minimizar al máximo los posibles daños que se puedan llegar a dar en un trabajador en su ámbito profesional.

2 Objetivos

Identificar los diferentes tipos de riesgos que se pueden encontrar en el lugar de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo de riesgos laborales relacionado con el ámbito sanitario he hecho una revisión bibliográfica en base de datos de Internet como puede ser: scielo, mayo clinic, Medline y en páginas web con palabras clave como riesgos laborales, riesgos sanitarios ...

4 Resultados

Nos referimos a un riesgo laboral cuando hablamos de que un trabajador del sector hospitalario se enfrenta a numerosos riesgos que en la mayoría de las veces, si fuéramos conscientes de estos, se podrían llegar a evitar o minimizar los riesgos .

Existen varios tipos de riesgos en los que los podemos clasificar en :

- Riesgos ergonómicos: son aquellos riesgos que se derivan de posturas forzadas y una incorrecta posición del cuerpo al que sometemos para hacer un trabajo.
- Riesgos físicos: son aquellos riesgos que se derivan de las caídas al mismo o distintos niveles, resbalones, ruidos...
- Riesgos biológicos: son aquellos riesgos que suceden por la exposición como los agentes biológicos presentes en los hospitales como las enfermedades nosocomiales como virus y bacterias que se contraen por el aire.
- Riesgos psicosociales: son aquellos riesgos que diferenciamos de los demás, ya que estos son los que afectan a la salud mental de los trabajadores del hospital, estos pueden ser ocasionados por los turnos excesivos, cambios de horarios en los turnos de trabajo, sobrecarga del trabajo, estos pueden llegar a desencadenar graves enfermedades de la salud mental como pueden llegar a ser el estrés, la depresión y la ansiedad.

- Riesgos químicos: son aquellos riesgos que se derivan por pinchazos, cortes ,heridas...

Que ocurren de manera accidental en los lugares de trabajo.

Para prevenir estos riesgos laborales se necesita usar principalmente los equipos de protección individual como pueden ser:

- Las mascarillas
- Los guantes
- Las batas
- Las gafas
- Las calzas
- Los gorros o cualquier tipo de e.p.i

Se deberán de tener especialmente cuidado con las medidas de higiene personal como el lavado de manos frecuente, sin olvidarse de el correcto desecho de los materiales contaminantes.

5 Discusión-Conclusión

En este ámbito lo que realmente es fundamental es la salud de los trabajadores sanitarios, y para ello se deben de llevar a cabo las correctas medidas de prevención de los riesgos laborales en este sector, ya que la mayoría de ellos se pueden llegar a evitar, para ello debemos saber identificar los tipos de riesgos que existen como (riesgos físicos , riesgos químicos, riesgos biológicos, riesgos psicosociales , riesgos ergonómicos) ya que con ellos podemos ahorrar enfermedades que pueden llegar a ser graves para nuestra salud , por lo que afectaría a el trabajo que realizamos como trabajadores del centro hospitalario.

6 Bibliografía

1. scielo.org: riesgos laborales de la salud
2. Seguridadlaboral.es : riesgos en hospitales
3. Riesgos laborales.info : tipos de riesgos laborales

Capítulo 247

EL TCAE Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

JOYCE ANDREINA CAÑAR MARTINEZ

VICTORIA RIOS ANTON

CRISTINA RATO DOPAZO

ENCARNACIÓN LOPEZ SANTOS

LUCIA DIAZ RIVERO

1 Introducción

La violencia de género por desgracia es un gran problema para la sociedad, y es algo común que víctimas de violencia de género acudan alguna vez al hospital.

El personal sanitario debe estar preparado para recibir de una manera adecuada a estos pacientes. El hospital debe tener un protocolo específico para actuar en estos casos. Estos pacientes tienen daños psicológicos muy fuertes, es por eso por lo que lo más adecuado es aislar en una habitación aparte para que esté más segura. Es preferible que sean mujeres las que atiendan a los pacientes en la medida de lo posible, ya que algunas de estas sienten un rechazo hacia estos, debido a las situaciones vividas previamente.

Para activar el protocolo no es necesario que la paciente diga firmemente que sufre violencia de género, con que una persona tenga la sospecha de que la sufre es suficiente para activar el protocolo.

Hay variedad de especialidades que intervienen en estos casos: de manera directa (enfermeras, médicos, celadores, psicólogos, trabajadores sociales y TCAE) una vez se confirma las sospechas también existe una intervención del médico judicial, un juez y la policía.

Todo el personal debe de coordinarse para tratar a la paciente y es necesario que toda persona que tenga contacto con la paciente debe conocer la situación.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer cuales son las personas que intervienen en estos casos.

Objetivos secundarios:

- Conocer el protocolo de actuación.
- Conocer cuales son las medidas de pertinentes en cada tipo de caso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Que el personal sanitario intervenga en estas situaciones es fundamental para lograr que la víctima salga de forma definitiva de esta situación.

Todo el personal se debe de involucrar en el caso y tener rechazo total hacia la violencia de género. El personal debe cumplir los siguientes requisitos:

- Se debe creer a la víctima desde el primer momento, en ningún momento se debe de poner en duda nada de lo que dice la víctima. En el caso de que nosotros no la creyéramos podría sentir un rechazo hacia el personal y una total desconfianza.

- No debemos de juzgar a la víctima, no debemos de cuestionar su vida, cada persona vive una situación y nosotros no somos nadie para cuestionarlo.
- A pesar de que la víctima se encuentre en una posición vulnerable, debemos explicarle los procesos para que sea ella quién tome con todo conocimiento todas sus decisiones.
- Debemos apoyar sus decisiones y acompañarla en cada paso.
- No infantilizar a la víctima, no se le debe tratar con una niña y el personal debe mantener una relación profesional con la paciente, no debemos involucrar nuestros sentimientos.

El personal sanitario se puede encontrar diferentes situaciones:

1. La víctima acude a urgencias: La víctima viene por su propio pie por urgencias porque presenta lesiones debidas a una agresión física como víctima de violencia de género. Ella puede decirnos cuál es el motivo por el que acude y reconocernos que es debido a una violencia de género, en estos casos se activa inmediatamente el protocolo a seguir y se avisa a las autoridades pertinentes.
2. La víctima acude a urgencias por otro motivo: Acude a las salas de urgencias por otra patología o por problemas derivados de la violencia de género, pero ella afirma que es por otra causa, como por ejemplo una caída. En estos casos la víctima no alerta al personal y es el mismo el que se da cuenta de la situación que está viviendo. En el caso de que esta sea así se habla con ella de forma tranquila para conseguir que sea ella la que alerte al personal, en caso de que no lo haga se contactará a una psicóloga para que hable con ella y nos dé su opinión profesional.
3. El personal descubre la violencia en pacientes hospitalizados: el personal es la que ve la violencia en primera mano, en estos casos el personal llama inmediatamente a las autoridades que se encargaran del agresor y se activará el protocolo de atención a la víctima.

PROTOCOLO QUE SEGUIR:

1. Alertar al resto de personal sanitario
2. Que la seguridad del hospital se encargue de que el agresor no pueda acceder a las instalaciones
3. Contactar a la psicóloga para que hable con la víctima
4. Aislar a la paciente para que pueda estar tranquila y sola en una habitación.
5. La policía tiene que hablar con la víctima, lo hará si la paciente esta establecida y teniendo ella previo conocimiento.
6. Ya que la víctima está hospitalizada, el personal la acompañara en cada proceso hasta que ésta reciba el alta.

5 Discusión-Conclusión

El personal debe tener todos los conocimientos para poder identificar estas situaciones y el conocimiento para tratar a las mujeres. Se debe escuchar a las víctimas y las señales de alerta. Cada mujer es diferente y el trato debe ser individualizado. El personal debe estar en total comunicación entre sí para una mejor atención a las pacientes.

También hay que tener en cuenta que hay víctimas más vulnerables que otras como pueden ser inmigrantes, que padezcan alguna discapacidad...

Como hemos visto hay multitud de profesionales que intervienen y cada uno tiene un rol importante.

Psicóloga: Realizada una valoración inicial del estado psicológico de la persona.

Personal de enfermería (enfermeras y tcas): pasan mucho tiempo con ella y es necesario que entablen una buena relación.

Médica: se encarga del seguimiento de la enfermedad y el encargado de realizar el parte de lesiones para una posible denuncia..

Asistente social: le dará todas las opciones que tiene una vez vuelva a su vivienda.

Policía: Realizarán la denuncia y se harán cargo del agresor.

6 Bibliografía

1. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de 1993 (48/104).
2. Instituto de la Mujer. Estadísticas de la Violencia de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Consultado el 11.05.2013).
3. Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C, Carrasco-Portiño M, Torrubiano-Domínguez J. El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España. Gac Sanit. 2007; 21(3):242-6.

Capítulo 248

SÍNDROME DE MALABSORCIÓN

ANA ISABEL GARRIDO MARTINEZ

1 Introducción

”Mal” que significa mala. Malabsorción que significa mala absorción. Un problema en algún lugar del tubo digestivo que impide absorber uno o varios nutrientes.

El síndrome de malabsorción o absorción deficiente es provocada por varios trastornos en los cuales los nutrientes de los alimentos no son absorbidos de manera adecuada por el intestino delgado. Algunos trastornos, infecciones o intervenciones quirúrgicas pueden producir el síndrome de, malabsorción.

Los síntomas de la malabsorción suelen causar diarrea, pérdida de peso y heces muy voluminosas, amarillentas, ricas en grasa y con muy mal olor.

El diagnóstico se basa no sólo en los síntomas, sino también con analíticas de sangre, recogidas de muestras de heces y en ocasiones con una biopsia del revestimiento del intestino delgado.

El tratamiento a recibir va a depender de la causa que provoque el síndrome de malabsorción, pero básicamente se basa en la reposición de los nutrientes que el organismo no absorbe.

Las consecuencias pueden ser desde lesiones en la piel y las mucosas por el déficit de vitaminas, debilidad muscular, pérdida de peso, dolor óseo y raquitismo, anemias, edemas, neuropatías periféricas, diarreas y en los niños retraso en el crecimiento.

Ante la sospecha de malabsorción, es esencial obtener una historia dietética detallada para establecer pautas y hábitos de alimentación. Siempre que la ingesta dietética sea adecuada, la presencia de malabsorción suele estar indicada por diarrea y cambios en el aspecto y consistencia de las heces.

2 Objetivos

- Informar sobre el síndrome de malabsorción.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la materia. Como buscadores de información científica se ha utilizado “Dialnet”, “Google Académico” y Pubmed”. Como variables de búsqueda hemos utilizado “Síndrome de malabsorción”, “Problemas digestivos” y “Problemas de absorción intestinal”.

Criterios de inclusión: Trabajos con menos de 4 años de antigüedad en Español. De los 35 trabajos consultados hemos utilizado 10 por cumplir los criterios de inclusión.

4 Resultados

- Causas del síndrome de malabsorción:

Normalmente, los alimentos son digeridos y sus nutrientes (proteínas, grasas, vitaminas, carbohidratos, minerales, etc.) son absorbidos por el torrente sanguíneo, principalmente por el intestino delgado.

La malabsorción puede ocurrir si un trastorno interfiere en la digestión de los alimentos o en la absorción de los nutrientes.

Las causas del síndrome de malabsorción incluyen:

- * Enfermedad celiaca.
- * Intolerancia a la lactosa.
- * Síndrome del intestino corto (como resultado de una cirugía donde se extirpa una parte del intestino delgado.)
- * Enfermedad de Whipple. (infección bacteriana rara.)
- * Enfermedades genéticas.
- * Algunos medicamentos.

- Problemas digestivos provocados por malabsorción:

La digestión de los alimentos se puede ver afectada por:

- * Trastornos que impiden la mezcla adecuada de los alimentos con las enzimas digestivas y el ácido gástrico.
- * Producción insuficiente de enzimas digestivas.
- * Disminución de la producción de bilis.

* Demasiado ácido gástrico.

* Desarrollo de bacterias inadecuadas en el intestino delgado.

La mezcla inadecuada también ocurre en pacientes a los que se le ha extirpado parte del estomago.

En algunos trastornos, el cuerpo produce cantidades insuficientes de enzimas digestivas, o produce otros tipos de enzimas que no son validas para la degradación de los alimentos. Una de las causas mas frecuentes de la malabsorción es la producción insuficiente de enzimas digestivas por parte del páncreas, o por el intestino delgado, que ocurre cuando no se produce suficiente lactosa.

También puede afectar a la digestión la reducción en la producción de bilis, así como un exceso de ácido gástrico o la proliferación de un tipo inadecuado de bacterias por parte del intestino delgado.

- Problemas de absorción:

La absorción de nutrientes al torrente sanguíneo se puede ver afectada por trastornos que lesionan la mucosa del intestino delgado, o por la extirpación quirúrgica de una parte importante del intestino delgado, así como por la alteración que afecta la circulación del líquido linfático desde el intestino.

El revestimiento normal del intestino delgado se compone de pequeñas elevaciones denominadas vellosidades y otras mas pequeñas llamadas microvellosidades, que crean una gran superficie de absorción. Infecciones bacterianas, parasitarias o víricas, así como la enfermedad de Crohn, o los trastornos celíacos pueden dañar el revestimiento intestinal.

La extirpación de una parte del intestino delgado disminuye bastante la superficie disponible para la absorción.

Los trastornos que afectan al flujo del líquido linfático desde el intestino al torrente sanguíneo, la malformación o la obstrucción de los vasos linfáticos intestinales, o una entrada problemática del líquido linfático en el torrente debida a algunas enfermedades cardíacas, también reducen la absorción.

- Los Síntomas de la malabsorción:

Los síntomas de malabsorción se producen por el aumento del paso de nutrientes que no son absorbidos a través del tubo digestivo o por la falta nutricional que resulta de una inapropiada absorción.

El síntoma más común de malabsorción es la diarrea crónica. Cuando no se absorben las grasas de manera adecuada en el tubo digestivo, las heces son de color claro, blandas, voluminosas y grasas.

Las heces pueden flotar y quedarse adheridas al inodoro.

La deficiente absorción de algunos azúcares produce una diarrea explosiva, con hinchazón abdominal y flatulencias.

La malabsorción provoca la falta de los nutrientes: proteínas, grasas, vitaminas, azúcares o minerales.

Los pacientes que sufren esta patología pierden peso a pesar del consumo adecuado de alimentos.

Las mujeres pueden dejar de menstruar. Pero la sintomatología puede variar dependiendo del déficit específico del nutriente, por ejemplo, la falta de hierro puede causar debilidad y fatiga.

- El diagnóstico:

Se sospecha que hay malabsorción cuando el paciente sufre diarrea crónica, anemia, pérdida de peso, etc.

Esta patología puede ser más difícil de reconocer en personas de avanzada edad. El médico hará una valoración con base en una historia personal y a los síntomas. Realizará pruebas para la confirmación del diagnóstico mediante analíticas de sangre y recogida de heces. Otras pruebas para su diagnóstico será la biopsia, o las pruebas de diagnóstico por imagen.

Las pruebas de laboratorio ayudan a confirmar el diagnóstico con el examen visual de las heces, la medición de la grasa en las mismas y el análisis de sangre para detectar el nivel de sustancias como la lactosa o la vitamina B12. La prueba que mide directamente la cantidad de grasa en las heces a lo largo de tres días, es la más fiable para el diagnóstico de malabsorción. Un hallazgo de más de 7 g./día de grasa en las heces es un indicador característico de malabsorción. Las muestras de heces se examinan a simple vista y al microscopio. La presencia de alimentos sin digerir puede significar que el alimento pasa muy rápido por el intestino.

En los pacientes con ictericia, las heces con exceso de grasa indican disminución en la secreción de la bilis.

Si se ven parásitos o huevos en el microscopio pueden sugerir infección parasitaria.

Una vez confirmado el diagnóstico, se realizarán pruebas para diagnosticar la causa con: biopsias, pruebas diagnóstico por imagen o pruebas de función pancreática.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento depende principalmente de las causas que provocan el síndrome de malabsorción y se basa principalmente en aliviar los síntomas y garantizar que el cuerpo reciba los nutrientes suficientes. Tratándose con una dieta alta en calorías y suministrando vitaminas, hierro, minerales, ácido fólico, vitamina B12, etc. Y aportando carbohidratos, proteínas y grasas.

En caso necesario, se pueden suministrar inyecciones de vitaminas y minerales, o factores de crecimiento especiales.

Los pacientes con daño en el páncreas pueden necesitar tomar enzimas pancreáticas.

También se pueden tratar con medicamentos para frenar el movimiento normal del intestino, lo que permitirá permanecer los alimentos más tiempo en el intestino.

Si el organismo no es capaz de absorber los nutrientes, se puede intentar la nutrición parenteral para asegurar una alimentación íntegra.

6 Bibliografía

1. Farré A, Vilardell F. Cáncer de páncreas. Aspectos médicos. En: Vilardell F, Rodés J, Malagelada JR, Pajares JM, Pérez Mota A, Moreno González E, ET AL. Enfermedades digestivas. 2ed. Madrid: Grupo Aula Médica;1998. p.1525-30.
2. Connon JJ. Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença. São Paulo: Manole; 2003.p.1243-48.
3. Varela G. Nutrición. En: Tresguerres JAF. Fisiología humana. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1992.
4. García Luna P. P., López Gallardo G. Evaluación de la absorción y metabolismo intestinal. Nutr. Hosp. v.22 supl.2 Madrid mayo 2007. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000500002&lng=es.
5. Peláez N, Álvarez J, De la Peña V. Soporte nutricional en pacientes con fistulas del tubo digestivo. Intestino corto. En: Bellido D, De Luis D, eds. Madrid. Díaz de Santos. 2006; 349-362.

Capítulo 249

TIPOS DE TERAPIAS EN PACIENTES CON ALZHEIMER

SANTA VIRGINIA ZAMBRANO ZAMBRANO

MARÍA ISABEL SILVA GONZALEZ

ANA MARIA ESCALANTE LORENZO

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia entre las personas mayores. La demencia es un trastorno cerebral que afecta gravemente la capacidad de una persona de llevar a cabo sus actividades diarias que comienza lentamente. Primero afecta las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje. Las personas con esta enfermedad pueden tener dificultades para recordar cosas que ocurrieron de forma reciente o los nombres de personas que conocen. Con las demencias es muy importante practicar las distintas terapias cognitivas que existen para retrasar lo máximo posible que el paciente pierda sus capacidades. Algunas de las actividades que se pueden llevar a cabo con los pacientes podrían ser: realizar tareas sencillas que ayuden a la activación mental, trabajar la orientación temporal, espacial y personal de manera que el paciente pueda situarse en todo momento y sepa dónde está quién le rodea, la realización de ejercicios que estimulen la memoria. A corto plazo podemos estimularla con juegos de repeticiones, pero no hay que olvidar estimular la memoria remota, haciendo que el paciente recuerde por ejemplo, acontecimientos de su pasado.

Si se practican este tipo de terapias desde el inicio de la enfermedad se puede retrasar bastante el avance de la enfermedad.

2 Objetivos

Describir en profundidad como es la enfermedad del Alzheimer y qué tipo de terapias cognitivas podemos llevar a cabo para retrasar el deterioro cognitivo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los objetivos que se persiguen a la hora de realizar estimulación cognitiva con personas con Alzheimer son los siguientes:

- Mejorar la calidad de vida.
- Ralentizar (en los casos posibles) el avance de la enfermedad.
- Maximizar la autonomía personal del paciente en sus quehaceres diarios.
- Potenciar las capacidades mentales que siguen conservado.
- Evitar el aislamiento y ayudarles a que aumenten el contacto con la realidad.
- Minimizar el estrés que experimentan.
- Dignificar al paciente.

La enfermedad del alzheimer tiene diferentes fases. En cada fase se realizarán distintas estimulaciones cognitivas que detallamos a continuación:

Fase 1: Es la primera fase de la enfermedad, en la cual los pacientes presentan ligeras pérdidas de memoria, les cuesta aprender nuevas cosas y empiezan a rodearse de cosas y situaciones familiares, sin dar apenas posibilidad de involucrarse de situaciones extrañas para él. En este momento la estimulación cognitiva sería más eficiente, ya que las capacidades cognitivas del paciente aún no se encuentran muy afectadas.

Con lo que se recomienda, que si se hace estimulación cognitiva, se centren en las siguientes

áreas:

- Realizar tareas sencillas que ayuden a la activación mental.
- Trabajar la orientación temporal, espacial y personal de manera que el paciente pueda situarse en todo momento y sepa dónde está quién le rodea.
- Realización de ejercicios que estimulen la memoria. A corto plazo podemos estimularla con juegos de repeticiones, pero no hay que olvidar estimula la memoria remota, haciendo que el paciente recuerde acontecimientos de su pasado.
- Los ejercicios de cálculo son ideales para reforzar la memoria.
- Usar el razonamiento básico.
- La lectura y escritura puede ser de mucha ayuda en este momento: leer, realizar dictados, hacer un diario...

Fase 2: Los pacientes empiezan a necesitar ayuda en las tareas más complicadas, pero aún pueden valerse por sí solos en las que no son de gran complejidad. Empiezan a perder la memoria a corto plazo olvidando acontecimientos muy recientes. Pueden llegar a mezclar recuerdos del pasado con el presente. Las áreas que hay que trabajar son:

- Atención.
- Orientación básica.
- Memoria inmediata y memoria remota.
- Trabajar la percepción y el reconocimiento de objetos cotidianos.
- Reconocimiento visual con objetos reales o fotos importantes para ellos.
- Trabajar las características físicas de los objetos: decir el color, la forma, el material...
- Capacidad espacial: dentro-fuera, arriba-bajo...
- Manipular objetos cotidianos como el peine, tenedor, cuchara...

Fase 3: Es la fase más dura de la enfermedad. Los pacientes no pueden recordar con claridad, llegando incluso a no reconocer a las personas de su alrededor. No se valen por sí mismos, ya que no pueden comer por si solos, con lo que necesitan una observación y una ayuda constante.

En esta fase lo mejor es la estimulación sensorial básica: realización de masajes, utilización de musicoterapia, aparatos vibratorios, terapias olfativas... Estas técnicas son muy eficaces, por eso ya son muchos centros los que disponen de salas de estimulación sensorial.

5 Discusión-Conclusión

Todos los tipos de demencias son muy duros y en especial el alzheimer. Las personas que lo padecen poco a poco van perdiendo todas sus capacidades cognitivas y es muy importante la realización de distintas estimulaciones cognitivas para que la persona tarde lo máximo posible en perder sus capacidades. Existen varias fases y encada una de ellas se llevará a cabo distintas tareas, ya que el estado físico y mental del paciente será diferente en cada fase.

En mi opinión, se debería de tener más en cuenta todo este tipo de terapias y se debería de tener más información tanto los profesionales como los familiares del paciente.

6 Bibliografía

1. García-Alberca, J. M. (2015). Las terapias de intervención cognitiva en el tratamiento de los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer. Evidencias sobre su eficacia y correlaciones neurobiológicas. *Neurología*, 30(1), 8-15.
2. Matilla-Mora, R., Martínez-Piédrola, R. M., & Huete, J. F. (2016). Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. *Revista española de geriatría y gerontología*, 51(6), 349-356.
3. González, R., Martín, C., Martín, M., González, M., García de Blas, F., & Riu, S. (2000). *Enfermedad de Alzheimer. Clínica, tratamiento y rehabilitación*.

Capítulo 250

IMPORTANCIA DEL EJERCICIO PARA UNA BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL

ANA MARIA ESCALANTE LORENZO

SANTA VIRGINIA ZAMBRANO ZAMBRANO

MARÍA ISABEL SILVA GONZALEZ

1 Introducción

Realizar de forma regular y sistemática una actividad física ha demostrado ser una práctica muy beneficiosa en la prevención, desarrollo y rehabilitación de la salud, a la vez que ayuda al carácter, la disciplina y a la toma de decisiones en la vida cotidiana.

El ejercicio físico, ya sea de corta o larga duración, contribuye a establecer un bienestar mental, mejorando la autonomía de la persona, la memoria, rapidez de ideas, etcétera, y promoviendo sensaciones como el optimismo o la euforia, al tiempo que se mejora la autoestima de las personas, lo que produce beneficios en diferentes enfermedades como la osteoporosis, la hipertensión o las crisis diabéticas.

La intensidad y la carga deben ser determinadas de forma individual, ya que dependen del nivel técnico y de la condición física de cada persona.

Realizar ejercicio de manera habitual es muy importante también para prevenir el desarrollo de enfermedades tanto físicas como mentales. En muchas de las terapias psicológicas en los pacientes se recomienda la realización de ejercicio,

ya que esto conlleva que seamos capaces de generar endorfinas y seamos capaces de sentirnos mucho mejor mentalmente.

En cualquier etapa de la vida es imprescindible la realización de ejercicio, pero sobre todo cuando algo no va bien en nuestra salud física o mental.

2 Objetivos

Conocer cómo influye el ejercicio en la salud física y mental de las personas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

De los estudios realizados hasta nuestros días ha quedado suficientemente demostrado como la realización de actividad física desarrolla de acuerdo a distintos criterios (tipo, duración, intensidad, frecuencia y progresión) y adaptada a las posibilidades del individuo, mejora la salud de la persona y ayuda al tratamiento de enfermedades como la obesidad, la aterosclerosis y las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, algunas enfermedades respiratorias, la diabetes no insulino dependiente, el cáncer, las enfermedades reumatoides...

Hay que tener en cuenta la influencia que puede tener la realización de actividad física en el resto de los hábitos de vida de la persona, para poder considerar a la misma como promotora de estilo de vida saludable no solo por sus aportaciones directas, sino por eliminar hábitos no saludables y potenciar hábitos saludables. En este sentido, se puede establecer una disminución de la medicación en personas que hacen regularmente ejercicio, así como un descenso del consumo de tabaco y alcohol cuando se realiza un tipo de ejercicio físico donde ambos elementos puedan condicionar el rendimiento físico.

Todos los artículos encontrados sobre este tema hablan de la importancia de la

creación de hábitos desde edades muy tempranas como son las infantiles y adolescentes.

Existen tres principales grupos de ejercicios que son los siguientes:

- Ejercicios aeróbicos: aumentan la frecuencia cardíaca, trabajan los músculos y te hacen respirar más rápidamente y con más fuerza. En los ejercicios aeróbicos se utilizan los grandes músculos del cuerpo con movimientos rítmicos y repetitivos.
- Ejercicios de flexibilidad: también denominados ejercicios para la amplitud de movimiento o simplemente, de estiramiento, mantienen la elasticidad de los músculos y la libertad de movimiento de las articulaciones. Los ejercicios de flexibilidad deben dar una sensación de "tensión con comodidad". Pueden ser estiramiento, hacer rodar cilindros de goma espuma por el cuerpo, yoga, taichí, pilates...
- Ejercicios de fuerza y resistencia: hacen que el trabajo de los músculos sea más arduo mediante la adición de peso o resistencia al movimiento. Se pueden hacer con barras y discos, con mancuernas...

5 Discusión-Conclusión

Cualquier tipo de ejercicio de los detallados anteriormente es muy importante para llevar a cabo una buena salud. Según el tipo de persona y la resistencia de esta se deberán de llevar a cabo unos y otros.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

Por último y no menos importante se debe de tratar al paciente como un ser particular, singular con sus características propias, es en este apartado donde entraría la capacidad de observación de la TCAE como persona implicada directamente en su cuidado.

6 Bibliografía

1. Fernández, M. D., & Sánchez, P. T. (1998). ACTIVIDAD FISICA PARA LA SALUD: REFLEXIONES Y PERSPECTIVAS. Nuevos horizontes en la educación

física y el deporte escolar= New perspectives in physical education and school sport, 35-44.

2. Devís, J. D., & Valert, C. P. (1992). El ejercicio físico y la promoción de la salud en la infancia y la juventud. *Gaceta sanitaria*, 6(33), 263-268.

3. Grima, J. R. S., & Calafat, C. B. (2004). Prescripción de ejercicio físico para la salud (Vol. 1). Editorial Paidotribo.

Capítulo 251

ANSIEDAD EN PACIENTES, SÍNDROME DE LA BATA BLANCA

BERNARDA GRANILLO PAREDES

1 Introducción

El síndrome de la bata blanca se caracteriza por la presencia de cifras aumentadas de tensión arterial cuando la persona acude a una revisión médica. Aunque la medición que realiza el médico en el centro de salud evidencia tensión arterial elevada, cuando ésta se toma ambulatoriamente las cifras se encuentran dentro de los límites normales. El Comité Conjunto en la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial de Estados Unidos considera como hipertensos a las personas con tensión arterial sistólica por encima de 139 mmHg y tensión arterial diastólica superior a 89 mmHg, con lo cual, las personas con este síndrome son aquellas con una tensión arterial de 140 o 90 mmHg, y además se puede demostrar ambulatoriamente que son normotensos. Por esto, a medida que la prevalencia de hipertensión arterial aumenta con la edad disminuye el síndrome de la bata blanca ya que la presencia de una descarta la otra.

La elevación de la tensión arterial inmediatamente antes o durante la consulta médica no es un fenómeno exclusivo de los normotensos, también se puede demostrar entre el 20 a 30% de las que padecen hipertensión arterial.

Es más frecuente en mujeres y se puede descubrir en todos los grupos etarios, desde la etapa preescolar. Sin embargo, se encuentra con mayor frecuencia en la población adulta joven, y especialmente durante la cuarta década de la vida.

- Saber cómo se realiza el diagnóstico del síndrome de la bata blanca
- Tratamiento y manejo más adecuado para este síndrome

2 Objetivos

- Saber cómo se realiza el diagnóstico del síndrome de la bata blanca.
- Describir el tratamiento y manejo más adecuado para este síndrome.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en distintas bases de datos como Scielo, Elsevier y Dialnet y también el buscador Google académico seleccionando aquellos artículos de gran interés y que nos aportan información acorde con el tema seleccionado para realizar el trabajo.

4 Resultados

DIAGNÓSTICO.

Puede ser sospechada durante el examen clínico mediante el test de respiración profunda propuesto por Thalenberg. Esta prueba consiste en la medición de la tensión arterial antes y después de 6 respiraciones profundas durante 1 minuto (10 segundos por cada ciclo respiratorio). Si la tensión arterial se encuentra por debajo de 140/90 mmHg, la prueba es considerada positiva. Este método tiene una sensibilidad de 82% y una especificidad de 81% para diferenciar la hipertensión arterial del síndrome de bata blanca.

Para el diagnóstico del síndrome de la bata blanca, la Sociedad Europea del Corazón y la Sociedad Europea de Hipertensión proponen la medición de la TA 140 o 90 mmHg en al menos 3 ocasiones y descartar hipertensión arterial.

Para diferenciar la hipertensión arterial del síndrome de la bata blanca han sido utilizados el monitoreo ambulatorio de la tensión arterial continuo por 24 horas y las mediciones de la tensión arterial en casa. Para ambos procedimientos deben utilizarse dispositivos validados internacionalmente, con el tamaño adecuado según el grosor del brazo.

Los que son usados para monitorización durante 24h deben medir la tensión arterial repetidamente con un intervalo inferior a 30 min. La persona debe llevar un registro de las actividades realizadas, con el fin de correlacionarlas con las cifras detectadas por el dispositivo.

Para las mediciones en casa debe medirse la tensión arterial durante 7 días consecutivos, en la mañana y al atardecer, con un reposo previo de 5 minutos. Las mediciones del primer día deben ser excluidas del análisis estadístico porque la persona no se encuentra familiarizada con el procedimiento y puede registrar

cifras poco representativas. Posteriormente se calcula el promedio de las cifras de tensión arterial sistólica y tensión arterial diastólica. Tanto el promedio de las mediciones hechas en casa como la monitorización durante 24h la tensión arterial sistólica debe ser < 135 mmHg y la tensión arterial diastólica < 85 mmHg para descartar hipertensión arterial.

TRATAMIENTO Y MANEJO.

Se recomienda la implementación de cambios terapéuticos del estilo de vida en todas las personas con síndrome de la bata blanca, así como un seguimiento estricto de las cifras de tensión arterial.

El tratamiento farmacológico también debe ser iniciado en personas cuyo riesgo cardiovascular a 10 años sea mayor al 20% según la Escala de Framingham, como también en pacientes con historia de enfermedad coronaria, enfermedad arterial periférica, aneurisma de la aorta abdominal y enfermedad carotídea sintomática. No ha sido recomendado un grupo específico de antihipertensivos en el manejo de la hipertensión en el síndrome de la bata blanca.

5 Discusión-Conclusión

Hay un gran desconocimiento sobre el síndrome de la bata blanca ya que de forma común se piensa que lo que sucede es que el paciente se pone nervioso por ver al médico o enfermera y va más allá de eso, ya que se puede desarrollar una hipertensión para toda la vida.

Por otro lado hasta que no he realizado la revisión bibliográfica desconocía cómo se realizaba el diagnóstico ni qué valores se toman como referencia y el tratamiento a seguir.

Aunque el síndrome de la bata blanca parece inocuo, no es así, puede tener grandes consecuencias y desarrollar otras enfermedades.

6 Bibliografía

1. Smith PA et al. Sympathetic Neural Mechanisms in White-Coat Hypertension. J Am Coll Cardiol. 2002
2. Martínez MA et al. Frequency and determinants of white coat hypertension in mild to moderate hypertension: a primary care-based study. Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA)-Area 5 Working Group. Am J Hypertens. 1999

Capítulo 252

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

MARÍA JOSÉ LÓPEZ ARNE

1 Introducción

Como estrategia para reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de las mujeres enfermas, el Consejo de Europa recomienda realizar mamografías de cribado para el cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años, de acuerdo con las directrices europeas de garantía de calidad del screening mamográfico.

En 1991 se inicia en Asturias el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) y desde el año 2001 se realiza en toda la Comunidad Autónoma. Es un programa de carácter poblacional, en el que se invita a todas las mujeres residentes en la Comunidad Autónoma con edades comprendidas entre los 50 y los 69 años a una prueba de detección cada dos años. Esta prueba consiste en la realización de una mamografía.

La población diana se amplió al grupo de edad de 65 a 69 años en el año 2005. Hasta entonces las mujeres abandonaban el programa al cumplir 65 años. El carácter poblacional del programa determina que incluya a todas las mujeres de la población diana, con independencia del tipo de aseguramiento sanitario que éstas mujeres tengan.

La intervención sobre los factores de riesgo conocidos y modificables de esta enfermedad es socialmente compleja y difícil estratégicamente. Por ello, la prevención asienta sobre la reducción de la mortalidad y las secuelas del tratamiento mediante técnicas de detección precoz.

2 Objetivos

Describir el programa de detección precoz del cáncer de mama.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo 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.

Boletín electrónico de noticias de prevención y atención del cáncer de mama del Principado de Asturias.

4 Resultados

En Asturias el Programa se organiza siguiendo el mapa sanitario de la Comunidad Autónoma. Ocho unidades de detección precoz, una en cada área sanitaria, realizan las mamografías de cribado a la población diana del área. La gestión de estas unidades depende de la Dirección de los hospitales en que se ubican. Cuando la mamografía detecta una lesión sospechosa se continúa el estudio en la Unidad de Evaluación correspondiente.

Las Unidades de Evaluación tienen un carácter funcional y se ubican en distintos servicios de los centros hospitalarios de área o distrito correspondientes.

La Atención Primaria de Salud regula la participación de las mujeres de la zona de salud en el programa mediante las siguientes actuaciones específicas:

Actuaciones encaminadas a estimular la participación en el programa de la población diana, mediante la difusión del programa y las actividades de Educación para la Salud.

Actuaciones encaminadas a informar a las mujeres que no pertenecen a la población diana (menores de 50 años y mayores de 69), para que conozcan por qué no son susceptibles de participar en el mismo.

Seguimiento y atención individualizada de mujeres con necesidades específicas de confirmación diagnóstica o tratamiento.

La planificación y difusión del programa depende del Servicio de Calidad y Programas de salud de la Dirección General de Ordenación de las prestaciones Sanitarias de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. La coordinación y

seguimiento del programa depende de la Unidad de Análisis y Programas de la Dirección de Atención Sanitaria del SESPA.

El Servicio de Física Médica del HUCA realiza el control de calidad físico-técnica del mismo. Esta organización se recoge en el mapa de procesos en el que se representan los procesos clave, los procesos estratégicos y los procesos de soporte del Programa.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama es la primera causa tumoral de muerte en mujeres en Asturias. Por edades, supone la primera causa de mortalidad global para el grupo de 40-64 años y la décima para todas las edades. Aportó el 3% del total de defunciones en 2003. En nuestra región, la mortalidad ha experimentado un descenso en términos de porcentaje de cambio anual entre los años 1993 y 2000 de 2,9%. En España el descenso ha sido de 2,1%.

En la población diana del programa, la incidencia de cáncer de mama ha experimentado un aumento ligero desde 1991, pasando de 15,5 a 16,2 por 10.000 en 2004. Este aumento es más notable en las mujeres de 50-54 años y menor en el grupo de 55 a 59 años.

El programa de detección precoz de cáncer de mama tiene una buena aceptación por parte de la población diana.

Aunque siempre queda cierto margen para la mejora del programa que podría contribuir a la mejora de los resultados.

6 Bibliografía

1. Web de Astursalud.
2. Informe de resultados.
3. Boletín electrónico de noticias de prevención y atención de la detección precoz del cáncer de mama.

Capítulo 253

TIPOS DE ENEMAS Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA

ROSA ANA ESPINA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El enema, también conocido como lavativa, es una solución líquida que se introduce en el organismo a través del ano, tiene como cometido limpiar el colon, el recto y parte de los intestinos.

Puede introducirse en estado tibio o frío.

Debe de administrarse bajo prescripción médica.

No es aconsejable aplicarlo más de una vez por semana ya que puede causar alteraciones en la flora intestinal, puede empeorar el estreñimiento e incluso llegar a causar diarrea crónica.

El término enema, también da nombre al utensilio con el que se realiza el procedimiento.

Con el paso del tiempo, el colon se va ensuciando, acumulándose mucosidad, parásitos y materias tóxicas.

Con la aplicación del enema se contribuye a mantener un colon limpio de sustancias de desecho, y sus efectos ayudan a combatir el estreñimiento, lubricar el recto haciendo que las heces se reblandezcan, se aplica también en la preparación al parto y en procesos quirúrgicos de la zona digestiva.

Los enemas no irritan el colon y es un método de administrar medicamentos, pero también tiene sus contraindicaciones, no pudiendo ser administrados en: obstrucciones intestinales, apendicitis, postoperatorios de cirugías abdominales,

sangrados digestivos, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, y pacientes con insuficiencia renal.

Se pueden distinguir varios tipos de enemas: los naturales y los de uso profesional.

En el ámbito hospitalario es el técnico de enfermería el encargado de la administración de enemas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Clasificar los distintos tipos de enema y su utilización.

Objetivos secundarios:

- Explicar la finalidad para la que se aplica un enema.
- Describir el procedimiento a realizar para la administración de un enema por parte del tcae.

3 Metodología

Para la realización del siguiente trabajo se realiza una revisión sistemática, basada en el procedimiento de la administración del enema y cómo debe de realizar la técnica el tcae, así como una búsqueda de artículos consultando las bases de datos de Medline y PubMed, utilizando las palabras clave: estreñimiento, enema, técnica de administración. Los artículos consultados son en castellano.

4 Resultados

Se pueden clasificar los enemas según su origen en: enemas naturales o de retención y enemas de uso profesional.

Los enemas naturales se caracterizan por no tener componentes artificiales en su composición, entre ellos podemos encontrar los siguientes:

- Enema de café: tiene como finalidad la eliminación de toxinas en el tracto intestinal, y se basa en la mezcla de agua tibia con café.
- Enema de jabón: es la mezcla de jabón líquido y agua.

Los enemas de retención tienen como cometido la absorción del principio activo que se ha disuelto en él, para ello el paciente debe de retener durante 20 ó 30

minutos la solución.

Alguno de ellos son:

- Enema emoliente: Su objetivo es proteger y lubricar la mucosa intestinal.
- Enema antiséptico: Sirve para destruir gérmenes y bacterias.
- Enema medicamentoso: Para administrar fármacos.
- Enema opaco: Se usa para pruebas radiológicas.
- Enema carminativo: Para la expulsión de gases intestinales, llamado también lavativa de Harris.

El técnico de enfermería (tcae), es normalmente el encargado de administrar los enemas.

La postura más utilizada es la posición de Sims, se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo con las rodillas flexionadas, la rodilla derecha debe de flexionarse hacia el pecho, en ocasiones el paciente no puede adoptar esta postura, así que se le colocará de espalda con las rodillas separadas y las nalgas elevadas. La técnica se lleva a cabo informando al paciente de lo que vamos a hacer, nos lavaremos las manos y nos colocaremos guantes desechables, después de colocar al paciente en la posición de sims, colocaremos un salvacama debajo de sus nalgas, así evitaremos ensuciar la cama y aplicaremos el enemas presionando el envase suavemente.

En el enema de limpieza el paciente debe de retener la irrigación durante al menos 5 ó 10 minutos para obtener un resultado óptimo.

Se le facilitará al paciente una cuña si fuera necesario.

Una vez terminada la técnica recogeremos todo el material, quitaremos los guantes y haremos el lavado de manos.

Los enemas están contraindicados en situaciones como pueden ser: traumatismos o cirugías abdominales recientes, apendicitis, peritonitis.

5 Discusión-Conclusión

El enema es una solución líquida o acuosa, es introducida a través del ano, su finalidad es provocar la eliminación de heces y gases, bien por sufrir estreñimiento o por la necesidad de practicar una intervención quirúrgica o prueba de diagnóstico, también es utilizado para la administración de medicamentos.

Los más frecuentes son el enema evacuatorio o de limpieza, el carminativo para la eliminación de gases y el de retención para la administración de medicamentos. Es una técnica muy habitual en las plantas de hospitalización.

El tcae como responsable de su administración, debe de tener los conocimientos necesarios para llevar a cabo la técnica.

Está contraindicado en pacientes con intervenciones de cirugía abdominal recientes, peritonitis, y en pacientes con patologías cardíacas.

6 Bibliografía

1. Dorta C.B. Administración de un enema de limpieza.
2. Aguilera Peña F. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería: Administración de enemas (monografía en internet). Murcia: Hospital Universitario Reina Sofía.2010

Capítulo 254

PUNTOS CLAVE DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

RAMON ALEJANDRO GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

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

Diferentes enfermedades requieren cuidados paliativos: Enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, sida y diabetes. También otras afecciones pueden requerir asistencia paliativa; por ejemplo, insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos.

Los cuidados paliativos son considerados derechos de los ciudadanos que lo necesitan y por eso están dentro del Sistema Nacional de Salud. Se pueden recibir tanto en domicilios como en hospitales o centros residenciales.

Existen servicios básicos formados por profesionales de atención primaria que se ocupan de atender a pacientes cuya situación no es compleja y servicios específicos de atención especializada, que junto los profesionales de los servicios básicos trabajan en las necesidades complejas de atención paliativa.

El objetivo de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de la vida de quien sufre enfermedades graves aliviando el dolor y otros síntomas siempre respetando los valores del paciente. El bienestar de las familias de esos pacientes también forma parte del fin de los cuidados paliativos.

La necesidad de los cuidados paliativos crece fruto del envejecimiento de la población y de la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y se vuelve imprescindible en la sociedad actual.

2 Objetivos

- Dar a conocer los conceptos, principios y objetivos de los cuidados paliativos.
- Adquirir conocimientos de la estrategia de cuidados paliativos en España.

3 Metodología

Búsqueda de palabras claves en internet (cuidados paliativos, cuidados al final de la vida, estrategias en cuidados paliativos...) y revisión bibliográfica, así como consulta de guías de atención de pacientes en cuidados paliativos a nivel nacional y de cada Comunidad Autónoma.

4 Resultados

Los servicios de salud de las comunidades autónomas desarrollan estrategias en los cuidados paliativos al amparo de una normativa estatal existiendo un Plan Nacional de Cuidados Paliativos aprobado por el Consejo Interterritorial de Salud en diciembre de 2000.

Cada servicio de salud tiene su estrategia y resumiremos los principales puntos comunes.

El proceso de cuidados paliativos se llevará a cabo a través de la cooperación interdisciplinar y teniendo en cuenta los valores de Universalidad, accesibilidad, equidad, continuidad asistencial, atención centrada en el paciente, confort y fomento de la atención en el domicilio siempre que se pueda.

La población a la que hace referencia la estrategia es toda aquella, sea cual sea la edad, que precisen cuidados por su estado de salud. Se destacan:

- Pacientes oncológicos y sus familias

- Pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y sus familias (enfermedades cardiocirculatorias, neurológicas, respiratorias, SISA...)

Los objetivos a conseguir serían:

- Identificar a los pacientes con enfermedades avanzadas
- Valoración de la situación
- Adjudicar cada paciente a un dispositivo asistencial adecuado a su situación.
- Llevar a cabo buenas prácticas clínicas

En cuanto a la organización, los pacientes que precisen cuidados en su domicilio dependerán de Atención Primaria mientras que, en el caso de precisar cuidados en el hospital, será la Atención Especializada quién lo llevará a cabo. Será necesario entonces crear dispositivos de cuidados paliativos de asistencia domiciliaria y dispositivos de asistencia hospitalaria definiendo bien sus funciones y llevando a cabo controles de evaluación.

Cada Equipo de Atención de Cuidados Paliativos lo forman un médico, enfermera, psicólogo y trabajador social. Deberán tener una formación específica y todos los medios que precisen para cumplir sus funciones.

Funciones de los Equipos de Atención de Cuidados Paliativos: Además de la función principal de cuidar al paciente y familia en el final de su vida, las principales funciones de los Equipos de Cuidados paliativos son:

- Actuar como consultores de la situación del paciente tanto para su médico de atención primaria como para la atención especializada si es necesario. Para los ingresos y altas hospitalarios también se debe esperar valoración de los equipos de cuidados paliativos.
- Dar todo tipo de información del paciente tanto al médico de atención primaria como al de especializada.
- Garantizar la comunicación con el paciente para que pueda tomar decisiones con total autonomía.
- Atender a las familias de éste tipo de pacientes mostrando preocupación por su bienestar animándoles al autocuidado, a tener tiempo libre, dándoles información en cada momento e incluso colaborando con tareas administrativas. Se prestará atención al duelo.
- Fomentar la formación e investigación en cuidados paliativos.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos dan una respuesta profesional a enfermos en fase avanzada y terminal, así como sirven de gran apoyo a sus familiares. En la sociedad actual cobran cada vez más importancia con el aumento de enfermedades crónicas y eso se traduce en un mayor peso dentro de las estrategias a seguir por cada Servicio de Salud, aunque siguen existiendo carencias y normativa más específica.

La estrategia de cuidados paliativos no sólo pasa por mejorar el bienestar del paciente y aliviar su dolor físico, si no que hace una importante labor de asesoramiento al paciente garantizando siempre sus derechos y autonomía y también son un punto de apoyo para las familias de los pacientes. Los equipos de paliativos detectan necesidades, informan a los médicos de familia o de atención especializada y son fuente de información facilitando la asistencia al paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.astursalud.es>
2. <https://www.mscbs.gob.es>
3. <https://residenciesgrupatlantida.cat/es/que-son-los-cuidados-paliativos-cual-es-su-importancia-para-el-paciente/>

Capítulo 255

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN SANIDAD

RAMON ALEJANDRO GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

La Ley General de Sanidad reconoce el derecho a la información clínica y el derecho a decidir la realización de cualquier intervención. El consentimiento informado viene recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica de Autonomía de Paciente que lo define como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud”. El ejercicio del consentimiento informado es un proceso de comunicación que consta de dos partes: De un lado, la información por parte del médico responsable y de otro, la decisión libre del paciente. El médico responsable deberá de proporcionar toda la información necesaria para que el paciente pueda decidir de forma libre y voluntaria sobre su diagnóstico y tratamiento así como la posibilidad de rechazar dicho tratamiento.

Como norma general el consentimiento informado es verbal y solo cuando las normas lo exigen se realizará por escrito. Cabe decir, que el consentimiento informado escrito facilita el proceso de comunicación.

Para el correcto ejercicio del consentimiento informado no solo habrá que conocer el protocolo establecido, sino atender a otros factores importantes que también afectan a la relación de comunicación médico-paciente.

2 Objetivos

- Definir el consentimiento informado y su regulación.
- Establecer puntos clave o recomendaciones que den lugar a un mayor conocimiento del consentimiento informado y faciliten su ejercicio.

3 Metodología

Se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica centrándose sobre todo en la normativa que regula el consentimiento informado (Ley de autonomía del paciente) y búsqueda de otras palabras clave en internet: “puntos claves del consentimiento informado”, “importancia del consentimiento informado”.

4 Resultados

El consentimiento informado es un proceso de comunicación en el que intervienen el profesional sanitario y el paciente y terminará con la aceptación o negación de un procedimiento terapéutico una vez haya recibido toda la información del mismo. Existen cuatro etapas diferenciadas en el consentimiento informado.

- Elaboración de la información por parte del profesional sanitario
- Transmisión de la información
- Comprensión por parte del paciente
- Aceptación o negación del tratamiento terapéutico.

Como acto de comunicación entre médico y paciente los puntos clave para un buen ejercicio del consentimiento informado son:

- Información adecuada por parte del médico responsable. Esto implica un lenguaje claro y adaptado al nivel de comprensión del paciente, con el suficiente tiempo y un ambiente cómodo, garantizando la confidencialidad, donde el receptor de la información pueda sentirse en confianza y sin presión para llegar a tomar la decisión pertinente la cual debe ser siempre respetada. Dicha información debe ser “abierta”, continuada, mostrando disponibilidad a resolver dudas en cualquier momento. Si fuera necesario realizarla por escrito complementando a la verbal.

En cuanto al tipo de información esta debe cumplir ciertos criterios: Debe abarcar el origen, el objetivo y las consecuencias y beneficios de la intervención a realizar,

así como los riesgos y efectos secundarios dejando claro que el consentimiento puede dejarse de forma libre en cualquier momento que el paciente lo considere. Es importante conocer que existen excepciones a la obtención del consentimiento informado: cuando la intervención no supone riesgo para la salud pública, cuando el paciente no es capaz de tomar decisiones y cuando la situación es de urgencia y no existe tiempo para informar al paciente pues su vida correría peligro.

- Escucha activa por parte del paciente. El paciente debe recibir la información, reflexionar con tiempo y libertad, ser consciente del acto que se realiza y tener en cuenta que el consentimiento informado es un acto verbal, pero será por escrito en intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos y procedimientos que conlleven riesgos notorios para la salud habrá que realizarlo por escrito. Su decisión quedará registrada en su historia clínica y podrá ser revocada en cualquier momento.
- Las instituciones sanitarias deberán establecer protocolos claros que abarquen todas las situaciones posibles y deberán vigilar su cumplimiento. Así, el consentimiento es obligatorio en las intervenciones quirúrgicas, procedimientos complejos y de riesgo, radioterapia y quimioterapia para tratar el cáncer, vacunas y determinados análisis de sangre...

Por otra parte, las instituciones sanitarias, también son responsables de una mayor formación de los equipos asistenciales en cuanto a habilidades comunicativas se refiere.

5 Discusión-Conclusión

El consentimiento informado es un acto de comunicación donde se manifiesta un derecho por parte del paciente y un deber de informar por parte del médico responsable. Es además, la expresión del derecho de autonomía del paciente.

El consentimiento informado significa que un paciente ha quedado informado sobre el diagnóstico de su enfermedad y su tratamiento, lo comprende y lo acepta o no.

Las prácticas hacia una “escucha activa” por ambas partes y el apoyo de las Instituciones Sanitarias consolidan la autonomía de decisión del paciente a la vez que protegen a los profesionales sanitarios ante efectos adversos del proceso asistencial.

6 Bibliografía

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
2. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bioetica/guias-bioetica-castilla-leon.ficheros/1266525-Guia%20de%20Consentimiento%20Informado.pdf>

Capítulo 256

EL ESTRÉS LABORAL DENTRO DEL PUESTO DE TRABAJO

MONTSERRAT CAROLINA CORDOBA ALVAREZ

MARIA CARMEN IGLESIAS GARCIA

1 Introducción

El estrés en el trabajo es una condición muy común que suele afectar a personas con alta carga de trabajo, o a profesionales con alto nivel de responsabilidad y de exigencia y que debe de controlarse de inmediato para evitar que la salud del trabajador se resienta. La detección precoz de los síntomas del estrés puede ayudar a su tratamiento evitando todos los problemas que pueda causar a los trabajadores en su vida profesional y particular. El estrés en el trabajo produce muchas bajas laborales y se produce cuando se acumulan una serie de situaciones negativas en el puesto de trabajo. También existe el acoso en el trabajo por parte de compañeros ya sea del mismo rango o superiores que también provoca situaciones de estrés en el trabajo. El desconocimiento del rol que debe desempeñar dentro de sus funciones, es decir lo que cada persona debe realizar en su puesto de trabajo.

A veces no hay una sola causa vinculada al estrés laboral sino un cúmulo de ellas que se pueden ir acumulando con el tiempo. Estar en el trabajo equivocado de acuerdo con tus habilidades sin ninguna motivación provoca un sentimiento de decepción y con ello un estrés continuado en el puesto de trabajo.

2 Objetivos

- Conocer las causas que producen el estrés laboral.

- Identificar los factores que pueden afectar al estrés de manera directa.

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo hemos realizado una investigación a través de una revisión bibliográfica sobre el tema del estrés provocado en el entorno laboral sanitario, también hacemos búsqueda en libros y consultamos diversos artículos de importantes bases de datos como Scielo, Medline ...nos ha servido de gran ayuda el Google Académico donde hemos podido hacer búsqueda con los descriptores “estrés laboral”, “consecuencias estrés laboral”.

4 Resultados

El estrés está asociado a varios síntomas que son presión, angustia y tensión que a su vez provocan y dan lugar a dos tipos de síntomas, los psicológicos y los físicos.

El estrés continuado provoca en el trabajador efectos muy negativos como falta de concentración, agotamiento y falta de motivación tanto como para efectuar su trabajo como para acudir a él.

En el estrés laboral hay una serie de síntomas cognitivos que son: Temor o Miedo a no realizar correctamente el trabajo para el que has sido seleccionado, Falta de concentración ante el cúmulo de tensión acumulada ante una situación en la que no se puede salir, Inseguridad y frustración ante la situación y por no poder salir de ella sin ningún ayuda, Preocupación, Miedo a equivocarse y tener represarías por parte de los superiores, Depresión y Ansiedad.

En el estrés laboral también están los síntomas físicos que son: Taquicardia, Dolor de cabeza, Sudoración, Náuseas y mareos, Dolor de estómago, Cansancio y falta de energía, problemas estomacales ya sea diarrea o estreñimiento, dolores de espalda o en las articulaciones, pérdida o aumento de peso, pérdida de deseo sexual, etc.

También el estrés laboral podría producir que el trabajador se comportara de manera diferente como hablar poco en el puesto de trabajo, comer más o menos de lo habitual, no poder conciliar bien el sueño, aislamiento con los demás trabajadores, beber alcohol u otras sustancias no permitidas o autorizadas dentro del puesto de trabajo.

Una situación continuada al estrés nos puede ocasionar graves problemas de salud llegando incluso a causarnos enfermedades cardiovasculares, trastornos neurológicos y digestivos, así como diabetes y un debilitamiento del sistema inmunológico, haciendo a los trabajadores más propensos a sufrir problemas de salud.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir que los trabajadores padezcan estrés laboral se debe procurar obtener un buen ambiente de trabajo, con estímulos positivos y motivacionales y evitar cualquier tipo de conflicto en el entorno laboral. Se recomienda los horarios personalizados adaptándose lo más posible al trabajador para poder compaginar su vida laboral con la personal. Comprobar que la carga de trabajo no sea excesiva según la capacidad de cada trabajador. Los superiores deben estar atentos ante cualquier situación anómala dentro del puesto entre los trabajadores para poder actuar con rapidez y subsanar el problema. El trabajador con estrés laboral debe pedir ayuda rápidamente para poder tomar las medidas adecuadas.

6 Bibliografía

1. El estrés laboral y su prevención de Fernando Mansilla Izquierdo. Jefe de la Unidad de Psicosociología.
2. Alejandra Favieres Cuevas. Técnico de la Unidad de Psicosociología.
3. Madrid Salud

Capítulo 257

ACCIDENTES LABORALES IN ITINERE, COMO AFECTA AL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MONTSERRAT CAROLINA CORDOBA ALVAREZ

MARIA CARMEN IGLESIAS GARCIA

1 Introducción

Se llaman accidentes In Itinere los ocurridos al trabajador, en nuestro caso TCAE, durante el desplazamiento desde su domicilio hasta su puesto de trabajo y viceversa, sin interrupciones entre el trabajo y el accidente. Para que se considere un accidente In Itinere deben de producirse una serie de factores que son los siguientes:

- Que el accidente se produzca en el recorrido habitual del trabajador, es decir, desde su domicilio a su puesto de trabajo.
- Que el accidente de trabajo se produzca dentro del tiempo establecido entre su domicilio y su trabajo y viceversa.
- Que el accidente de trabajo se haya producido en un medio de transporte habitual.

Estadísticas en accidentes laborales in itinere en el año 2020: según la estadística de accidentes de trabajo in itinere aumentaron hasta febrero un 8,5% a pesar de los efectos de la pandemia sobre la actividad económica y la movilidad. Los primeros

meses del año según el Ministerio de Trabajo y Economía Social , se produce un aumento de los accidentes en itinere , y eso que la actividad laboral en esas fechas es inferior, se produce un aumento del teletrabajo y por supuesto las limitaciones de movilidad que vienen ocasionadas o derivadas de la pandemia. En los primeros meses del año 2020 los accidentes in itinere con baja fueron aproximadamente de 12675.

2 Objetivos

Saber identificar cual es un accidente In Itinere y cual no, conocer los factores se deben producir para considerarlo un accidente In Itinere.

3 Metodología

Este trabajo es realizado obteniendo información de diversos artículos de las bases de datos como Pubmed, Scielo ..., también a través de una revisión bibliográfica en diversos libros y búsqueda en Google Académico usando como palabras clave “accidente in itinere”, “bajas laborales” y observando diversas estadísticas.

4 Resultados

En los accidentes in itinere, existen varios factores de gran importancia que influyen en los siniestros:

- Factor Humano: El factor humano es el mayor factor de riesgo en el tráfico en carretera, y es lo que provoca la mayoría de accidentes. Todo conductor deberá estar atento a la conducción en la totalidad del trayecto, teniendo totalmente prohibida, la ingesta de alcohol, así como medicamentos que puedan alterar la atención.

En la actualidad el manejo de dispositivos como el teléfono móvil incrementa la pérdida de atención con el consiguiente peligro.

El descanso es otro gran pilar en la conducción. La falta de horas de sueño puede producir somnolencia al volante.

- Tecnología automotriz: Todos los adelantos en la industria del automóvil, tales como aviso de salida de carril, frenada de emergencia, aviso de ángulo muerto en los espejos retrovisores, etc., contribuyen de gran manera en la reducción de accidentes de tráfico.

- **Infraestructura:** El estado de la red de carreteras nacionales, autonómicas y locales, es otro factor importantísimo en materia de siniestralidad al volante.

Hay que extremar la precaución en la conducción ya que, en los horarios de entrada y salida de los puestos de trabajo, estas carreteras, así como sus enlaces se pueden ver saturadas con el consiguiente peligro.

Para combatir los accidentes laborales *In Itinere*, existen diferentes medidas preventivas y pautas para reducir el porcentaje de ellos:

- No distraerse en el trayecto ya que suele ser siempre el mismo y se vuelve monótono.
 - Estar en condiciones para conducir, es decir descansado, despierto y no haber tomado ninguna sustancia que pueda minimizar el estado de la persona como por ejemplo alcohol, drogas o medicación.
 - Llevar las medidas adecuadas de seguridad.
 - Tener el vehículo en buenas condiciones y haber pasado todas las revisiones.
- Convenientes como el estado de los neumáticos, el nivel del agua y aceite, los frenos la dirección, las luces, etc.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia reducir o prevenir los accidentes *in itinere*, puesto que actualmente producen un número bastante amplio de bajas laborales y paralelamente conlleva un gasto a nuestro sistema sanitario.

Para evitar este tipo de accidentes los trabajadores deberán recibir suficiente información y formación, para tratar de minimizarlos explicando la importancia de descanso, del no uso de móviles en conducción, de disponer del vehículo en correctas condiciones.....También la empresa puede plantearse alternativas para evitar estos riesgos como por ejemplo en el desplazamiento de sus trabajadores atraes de un trasporte común otra solución sería reducir los turnos de trabajo o bien evitar realizar varias noches de trabajo seguidas .

6 Bibliografía

1. Dirección General de Tráfico. Anuario estadístico de accidentes.
2. Eva Ojeda Luque – Técnico Superior PRL de Metacontratas
3. www.fraternidad.com

Capítulo 258

USO CORRECTO DE LA MASCARILLA

MARIA DEL CARMEN BEDIA PALMERO

1 Introducción

El uso de mascarillas forma parte de un conjunto integral de medidas de prevención y control que pueden limitar la propagación de determinadas enfermedades respiratorias causadas por virus, en particular la COVID-19. Sirven también para proteger a las personas sanas (cuando estas las emplean al entrar en contacto con una persona infectada) o para el control de fuentes (si una persona infectada la utiliza para no contagiar a otros).

Sea como fuere, usar mascarilla no basta para lograr un grado suficiente de protección o control de fuentes, de modo que es preciso adoptar otras medidas personales y comunitarias para contener la transmisión de virus respiratorios. Al margen de que se usen mascarillas, la observancia de la higiene de las manos, el distanciamiento físico y otras medidas de prevención y control de infecciones es decisiva para prevenir la transmisión de la COVID-19 de persona a persona.

El COVID-19 se propaga principalmente de persona a persona a través de gotitas respiratorias. Las gotitas respiratorias viajan por el aire al toser, estornudar, hablar, gritar o cantar. Estas gotitas pueden entrar en la boca o nariz de las personas que lo rodean, quienes también podrían inhalarlas al respirar.

Las mascarillas son una barrera simple para ayudar a evitar que sus gotitas respiratorias lleguen a otras personas. Hay estudios que demuestran que las mascarillas reducen la dispersión de las gotitas cuando cubren la zona de la nariz y la boca.

Debería usar mascarilla, incluso si no se siente enfermo. Esto se debe a que múltiples estudios han demostrado que las personas con COVID-19 que nunca presentan síntomas (asintomáticas) y aquellas que aún no presentan síntomas (presintomáticas) también pueden propagar el virus a otras personas. El uso de mascarilla ayuda a proteger a quienes lo rodean en caso de que usted esté infectado pero no presente síntomas.

El uso de mascarilla es especialmente importante cuando se encuentra en espacios cerrados con personas con las que no convive y cuando no es posible mantener al menos 6 pies de distancia ya que el COVID-19 se propaga principalmente entre personas que tienen contacto cercano entre sí.

2 Objetivos

El objetivo es conocer las características básicas de los equipos de protección individual, en especial de la mascarilla

3 Metodología

Para realizar este artículo se han realizado búsquedas sistemáticas de varios libros y artículos de la universidad complutense de Madrid, entre otras, además de diferentes artículos del INSS y de SESCAM.

Se han consultado además diferentes bases de datos como scielo, pubmed, Medline, embase, pubpsych, documed.

4 Resultados

El uso de mascarilla para toda la población, ¿es realmente necesario? ¿protegen al que la lleva o a los que están en proximidad? ¿hay evidencia científica sobre ello? ¿cuales son las mejores y más eficaces?

Varios estudios nos indican que hay una cantidad importante de pacientes positivos, que son asintomáticos y pueden transmitir el virus.

Por cuestiones de comodidad e higiene, se recomienda no usar la mascarilla por un tiempo superior a 4 horas. En caso de que se humedezca o deteriore por el uso, se recomienda sustituirla por otra. No reutilices las mascarillas a no ser que se indique que son reutilizables.

Las mascarillas deben utilizarse como parte de una estrategia integral de medidas para suprimir la transmisión y salvar vidas; el uso de una mascarilla por sí sola no basta para proporcionar una protección adecuada contra la COVID-19.

Si la COVID-19 se propaga en su comunidad, cuídese adoptando algunas precauciones sencillas, por ejemplo, manteniendo el distanciamiento físico, llevando mascarilla, ventilando bien las habitaciones, evitando las aglomeraciones, lavándose las manos y cubriéndose la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo al toser. Consulte las recomendaciones de su lugar de residencia y trabajo. Todas las medidas son necesarias.

Es importante convertir el uso de la mascarilla en una parte normal de la interacción con otras personas. Para que sean lo más eficaces posibles, es esencial utilizar, guardar, limpiar y eliminar las mascarillas correctamente.

Cuando usa una mascarilla, usted se protege y protege a los demás. Las mascarillas son más efectivas cuando todos las usan.

Las mascarillas NO reemplazan la práctica del distanciamiento social. Las mascarillas deben usarse además de mantener una distancia de al menos 6 pies, especialmente cuando se encuentra en espacios cerrados rodeado de personas con las que no convive.

Las mascarillas deberían cubrir por completo la nariz y la boca, y ajustarse firmemente contra los lados de la cara sin formar huecos.

Use mascarilla dentro de su casa si una persona con la que convive está enferma y tiene síntomas del COVID-19, o ha dado positivo en la prueba de detección del COVID-19.

Lávese las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos o use desinfectante de manos con al menos un 60 % de alcohol después de tocar o quitarse la mascarilla.

Las mascarillas podrían no ser necesarias al estar al aire libre solo y lejos de otras personas, o con personas que viven en su casa. No obstante, algunas áreas pueden exigir el uso de mascarillas en entornos públicos.

5 Discusión-Conclusión

Todos somos potencialmente positivos asintomáticos, y como tales, debemos actuar en consecuencia, sin subestimar la importancia de la higiene de manos, distancia social y aislamiento en positivos, el uso de la mascarilla por parte de la

población, en general, puede ayudar a contener la propagación del virus. Es fundamental conocer la correcta colocación y retirada de la mascarilla, así como su correcto mantenimiento.

Existen varios consejos para un uso adecuado de la mascarilla, como pueden ser:
Lávate las manos antes de ponerla

Durante todo el tiempo la mascarilla debe cubrir la boca, nariz y barbilla. Es importante que se ajuste a tu cara.

Evita tocar la mascarilla mientras la llevas puesta

Por cuestiones de comodidad e higiene, se recomienda no usar la mascarilla por un tiempo superior a 4 horas. En caso de que se humedezca o deteriore por el uso, se recomienda sustituirla por otra. No reutilices las mascarillas a no ser que se indique que son reutilizables.

Para quitarte la mascarilla, hazlo por la parte de atrás, sin tocar la parte frontal, deséchala en un cubo cerrado y lávate las manos.

Las mascarillas reutilizables se deben lavar conforme a las instrucciones del fabricante.

6 Bibliografía

1. www.sanidad.es
2. www.scielo.iscii.es/mascarillas,
producto imprescindible en la pandemia covid- 19
3. www.boe.es
www.elsevier.es
4. Recomendaciones sobre el uso de la mascarilla en el contexto del covid- 19, Dirección general de salud publica, Centro de coordinación de alertas y emergencias sanitarias.
5. Uso correcto de mascarillas. www.mschs.gob.es

Capítulo 259

CUIDADOS Y CLASIFICACIÓN DE LOS DRENAJES

ELIA FUNES RUIZ

1 Introducción

Los drenajes son elementos que ayudan a evacuar líquidos o gases acumulados en zonas del organismo por diferentes motivos. Estos sistemas comunican la zona en la que está acumulado el líquido o el gas, con el exterior o con un sistema adecuado. Las sustancias pueden acumularse por diferentes motivos, como pueden ser traumatismos, abscesos o debido a una intervención quirúrgica para drenar el contenido residual. También se inserta un drenaje cuando un órgano, que, generalmente está lleno, como puede ser la vejiga, debe estar vacío para favorecer la cicatrización tras una intervención quirúrgica.

Están indicados en:

- Abscesos.
- Lesiones traumáticas.
- Profilaxis de fuga tras cirugía general.
- Tras cirugía radical.
- Clasificación de los drenajes:

1. Drenajes simples: los drenajes simples son aquellos en los que no se realiza ningún tipo de acción para favorecer la salida de la sustancia acumulada. Ésta sale por la presión que ejercen los órganos adyacentes sobre ella, por la fuerza de gravedad o por la capilaridad de los drenajes usados (drenajes filiformes, drenaje con gasas, drenajes con tiras de goma, drenajes con tubos de goma o polietileno).

2. Drenajes mixtos: si se unen drenajes de diferente tipo, se favorece de las ventajas de cada uno de ellos (drenaje en cigarrillo, drenajes de corola o r. Finochietto, drenaje de mikulica, drenaje de pasman).

3. Drenaje de aspiración continua: en este caso, la fuerza utilizada para drenar toda la sustancia acumulada es continua. Todo el tiempo que permanezca el drenaje, la aspiración se estará realizando (drenaje de redon, drenaje de saratoga, drenaje de abramson).

2 Objetivos

Determinar las competencias del TCAE en la asistencia de drenajes y sus cuidados, según su clasificación e indicaciones para una correcta manipulación.

3 Metodología

Revisión narrativa realizada mediante una búsqueda de la literatura en las siguientes bases de datos (Dialnet, scielo y medline) con los motores de búsqueda Google y Ópera, y palabras clave: drenajes postquirúrgicos, asepsia postquirúrgica de heridas y secado de heridas.

4 Resultados

Los pacientes portadores de este tipo de drenajes requieren una atención de enfermería constante. Conocer con detalle el manejo y el mantenimiento de estos dispositivos permite mejorar la calidad de los cuidados y disminuir así la incidencia de las complicaciones. Ofrecer unos buenos cuidados es responsabilidad directa del auxiliar y enfermería, por ello es importante actualizar los conocimientos sobre el manejo de estos drenajes, para saber identificar, evaluar y responder con eficacia ante cualquier suceso que pueda suponer un riesgo para el paciente. Información al paciente, sobre los cuidados y recomendaciones básicas a tener en cuenta durante el tiempo que porte en drenaje.

Manipular siempre el drenaje con las manos lavadas, desinfectadas y con guantes. Realizar cura diaria de la zona de inserción del sondaje y valorar signos de infección, filtración de exudado o hemorragias.

Cambiar las gasas de los drenajes diariamente, o siempre que el exudado manche el apósito exterior. No realizar tracciones bruscas que puedan extraer de forma accidental el drenaje.

Anotar y valorar cantidad de exudado, apariencia (seroso, serohemático, purulento, hemático, bilioso, fecaloide) color, olor, sólidos encontrados y número de veces que realizamos el vaciamiento del colector.

Comprobar que el drenaje no ha sido extraído accidentalmente y que no se ha producido ninguna desconexión.

Comprobar la permeabilidad de los tubos de drenaje. Comprobar que el tubo no esté acodado.

En los drenajes con sistema de aspiración por vacío, comprobar que el colector mantiene el vacío.

Vaciar el colector cuando sea necesario, una vez vaciado, restablecer el vacío.

Mantener higiene de las luces del drenaje.

Comprobar que el tapón del drenaje esté correctamente cerrado. En los drenajes por gravedad comprobar que este por debajo del nivel de inserción del drenaje, para evitar reflujos.

5 Discusión-Conclusión

Un drenaje hay que colocarlo cuando sea verdaderamente necesario, ya que es una puerta de entrada de bacterias y microorganismos que pueden dar lugar a una complicación innecesaria. Además, un drenaje puede obstruirse y el riesgo de infección aumentaría, también es imprescindible quitar el drenaje tan pronto como sea posible, ya que algunos protocolos recomiendan retirar los drenajes lo antes posibles para terminar de secar la herida por el método convencional de secado natural y limpieza aséptica del exudado.

La edad avanzada se asocia a un incremento de infecciones por drenajes, ya que estos también representan una entrada de patógenos que en las personas mayores se acentúa por su mayor vulnerabilidad ante las infecciones.

6 Bibliografía

1. Gómez, A. V., Michelsen, F. C., Abello, A., Cáceres, S., & Torres, F. Manual: Drenajes en Cirugía.
2. Noble, K. A. (2003). Reconocer cada sonda o tubo de drenaje. Nursing (Ed. española), 21(8), 8-14.
3. Gómez, A. V., Michelsen, F. C., Abello, A., Cáceres, S., & Torres, F. Manual: Drenajes en Cirugía.

4. Martín, R. M., & Gómez, M. Z. Sondas, canalizaciones y drenajes. Cirugía general para el médico general 2a, 125.
5. Parker, M. J., Livingston, V., Clifton, R., & McKee, A. (2008). Drenaje cerrado por succión de heridas quirúrgicas después de la cirugía ortopédica.

Capítulo 260

EL TABAQUISMO. ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

TANIA GARCÍA LOMBARDÍA

1 Introducción

¿Qué es el tabaquismo? Es una enfermedad que está considerada como crónica es adictiva y suele reaparecer. Está clasificada dentro de los trastornos mentales por la Organización Mundial de la Salud, por lo que atrás queda la creencia de que sólo es un mal hábito.

Cada año mueren más de 7 millones de personas en el mundo a causa del tabaco, de las cuales, según la Asociación Española Contra el Cáncer unas 50.000 muertes se registran en España.

La mayoría de fumadores nuevos se encuentran en una franja de edad que oscila entre los 15 y los 24 años. Aunque afortunadamente, en nuestro país se registra una notable disminución de personas que fuman con el paso de los años.

Las causas del tabaquismo son diversas y se relacionan con diferentes naturalezas:

- Conducta social: por medio de automatismos y condicionamientos del entorno.
- Conducta aprendida: sobre todo en primeras etapas e influyen factores sociales, genéticos , ambientales y personales.
- Por adicción y psicológica: la nicotina tiene un potente componente adictivo, lo que explica la dificultad para dejar de fumar y las recaídas de la gente al tabaquismo.

Los principales síntomas del tabaquismo son los siguientes:

- Tos.
- Dificultad respiratoria.
- Fatiga.
- Expectoración.
- Irritación de la faringe.

2 Objetivos

Dar a conocer esta enfermedad y las graves consecuencias de salud que conlleva para el organismo, así como intentar concienciar a la gente de que intenten superarlo ayudándoles a ello.

3 Caso clínico

Un paciente de 45 años acude a consulta con gran dificultad para respirar y tos. El doctor realiza las pruebas pertinentes y le ajusta el tratamiento que considera oportuno. Lo primero que le aconseja es que deje el tabaco. El paciente refiere que ya lo ha intentado en varias ocasiones y no lo consigue.

Se le ofrece entrar en un plan para salir del tabaquismo y el paciente acepta.

Hay varios tipos de tratamientos farmacológicos para ello, salvo que existan contraindicaciones, este tratamiento se le puede ofrecer a cualquier paciente que quiera dejar de fumar. Son los siguientes:

- Terapia sustitutiva con nicotina en todas sus presentaciones: chicles, parches, caramelos, spray e inhalador bucal.
- Vareniclina: reduce el efecto de la nicotina en el cerebro y reduce la ansiedad que causa el síndrome de abstinencia.
- Bupropion: éste tiene propiedades psicoestimulantes, por lo que disminuye la ansiedad y los síntomas de abstinencia a la nicotina.

Además del tratamiento con fármacos, existen otro tipo de terapias alternativas, como son: la acupuntura, la hipnosis o el uso de cigarrillos electrónicos. Estas terapias no tienen comprobada su total efectividad, pero sí que es cierto que hay a personas que les funciona y consiguen dejar el tabaco definitivamente.

La función del TCAE en esta intervención con el paciente consiste en informar, apoyar y asesorarle en todo momento, así como asistir a los demás profesionales (médicos, enfermería, psicólogos...) en todas las terapias que sean necesarias para que el paciente logre dejar el tabaco.

En este caso clínico, el paciente comienza un tratamiento fármaco, alternado por su cuenta, con una terapia alternativa de acupuntura.

A los 4 meses acude a revisión de su problema respiratorio y refiere que lleva 2 meses y medio sin fumar. Fue bajando la dosis moderadamente, comenzó con los tratamientos y finalmente consiguió dejar de fumar.

4 Discusión-Conclusión

Analizando los datos de la OMS, sacamos en conclusión que hay un número elevado de personas que actualmente están ligadas al tabaquismo en nuestro país, de las cuales la mayoría son jóvenes.

También vemos que un alto porcentaje de las personas que fuman padecen cáncer, una enfermedad asociada al tabaquismo.

En nuestro país tenemos asumido que el tabaco es una "droga blanda", pero una droga al fin y al cabo, y no se le da la importancia que tiene a los problemas que genera.

Por tanto, es importante que siendo o no sanitarios intentemos convencer y concienciar a la sociedad de este grave problema de salud que tenemos tan arraigado y normalizado en nuestra sociedad y que supone un problema de salud comunitaria.

5 Bibliografía

1. cinfasalud.cinfa.com
2. Medlineplus.gov
3. Mayoclinic.org
4. Revistas sanitarias.

Capítulo 261

SANIDAD Y ESTRÉS LABORAL

MARIA DEL CARMEN BEDIA PALMERO

1 Introducción

Los riesgos psicosociales y en particular el estrés se han convertido en uno de los principales problemas para la salud y la seguridad laboral. Socialmente, vinculado al trabajo y a la actividad laboral.

Tradicionalmente los servicios de prevención de riesgos laborales abordaban temas relacionados con la seguridad, higiene y ergonomía, mientras que hasta no hace mucho, los factores psicosociales no eran considerados como una prioridad.

En la 9.ª reunión del comité mixto formado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebrada en Ginebra en 1984, abordan entre sus temas del orden del día, la identificación y el control de los factores psicosociales nocivos en el trabajo. La tendencia, a partir de ese momento fue que además de tener en cuenta los factores de riesgo físicos, químicos y biológicos del medio ambiente, se considerasen también los factores psicosociales inherentes al entorno laboral como un factor de riesgo y cómo estos podían influir en el bienestar físico y mental del trabajador.

Los riesgos psicosociales más ampliamente reconocidos y sobre los que se mantiene un relativo consenso son el estrés, violencia en el trabajo, acoso laboral, acoso sexual, inseguridad laboral y Burnout o desgaste profesional, aunque hay que tener en cuenta que otros factores del ámbito psicosocial, como la intensidad laboral, el envejecimiento de la población trabajadora, la irregularidad de

los tiempos de Trabajo, el conflicto trabajo-familia y el trabajo emocional, también constituyen factores de riesgo importantes para la salud, aunque hasta el momento hayan podido ser menos estudiados.

El estrés, como uno de los factores psicosociales más ampliamente estudiados, es un término que procede de la física y de la arquitectura, entendiéndose como la fuerza que soporta un objeto hasta poder llegar a deformarlo o romperlo.

La OMS define el estrés laboral como un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no se corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades.

En cuanto a los principales estresores laborales, y aunque existen muchas formas de clasificación, podríamos considerar como más relevantes, el ambiente físico, demandas del propio trabajo, estructura de la organización, relaciones interpersonales, inseguridad laboral, organización del trabajo, conflicto de roles y factores externos al trabajo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los riesgos psicosociales y el estrés que conllevan.

Objetivos secundarios:

- Identificar el personal considerado más susceptible de padecer altos niveles de estrés laboral.
- Describir los principales métodos de evaluación del estrés actualmente utilizados.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de la literatura científica actual sobre el estrés y la repercusión de este problema en la productividad y el deterioro de la calidad de vida en el personal sanitario. Se ha realizado una revisión de la literatura científica actual sobre el estrés debido a su importancia como riesgo emergente, y la repercusión de este problema en la productividad y el deterioro de la calidad de vida en el personal sanitario que desarrolla su actividad profesional en medio

hospitalario, así como intentar identificar los principales métodos de evaluación del estrés actualmente utilizados.

Se han realizado búsquedas sistemáticas de diferentes libros y artículos, así como de las principales bases de datos como scielo, pubmed, medline, embase, documented.

4 Resultados

Los niveles de estrés encontrados en la mayoría de artículos revisados fueron niveles altos. Existen diversidad de métodos utilizados para la evaluación del estrés, la mayoría de ellos con un nivel de fiabilidad elevado.

Los trabajadores de los servicios de urgencia extrahospitalaria presentaron una puntuación media en nivel de estrés laboral. Los médicos fueron los profesionales que mostraron mayor nivel de estrés, además de mostrar mayor nivel de cansancio emocional y despersonalización.

Los potenciales efectos de la turnicidad sobre los trabajadores son numerosos. principalmente cabe destacar tres grupos en los que pueden ser clasificados los efectos que provoca trabajar a turnos: alteraciones y trastornos del sueño, problemas de salud (física y psicológica) y dificultades en la vida familiar y social, ya que la turnicidad laboral no sólo afecta a la salud y bienestar laboral, sino también a otras esferas vitales. Pero estos efectos pueden influir en mayor o menor medida según las características de los turnos, de las diferencias individuales y de su situación socio-familiar. Así parece que el hecho de que los turnos de trabajo nocturnos y rotativos generen mayor estrés se debe a la necesidad de adaptación del profesional. En relación a tal necesidad, debemos tener en cuenta la concurrencia de dos factores: las características fisiológicas del organismo y las condiciones ambientales. Por un lado, y en lo relativo a la actividad fisiológica, entre la salida y la puesta de sol se da un aumento de glucemia, de la temperatura corporal y de la actividad del tiroides. Por otro, y con respecto a las condiciones ambientales, éstas pueden ser desfavorables para conciliar el sueño durante el día, momento en el que pueden concurrir más ruidos (p. e. llantos de los niños, teléfono, tráfico, aparatos electrónicos) y una temperatura más elevada (p. e. excesivo calor en verano)

5 Discusión-Conclusión

Diversos estudios apuntan hacia los efectos arriba expuestos de la turnicidad en el caso de los trabajadores sanitarios, especialmente entre aquellos que tienen turnos de trabajo rotativos. Y es que parece que el trabajo que no tiene un horario específico impacta negativamente en el bienestar personal, material y laboral de los trabajadores ya que puede dificultar la inclusión social, la mejora profesional e incluso el rendimiento en otros empleos. Así, y en un estudio descriptivo realizado en enfermeros de un Hospital Universitario, se encontraron mayores tasas de estrés laboral en aquellos profesionales que realizaban turno rotativo, en comparación con los de turno fijo de noche y de día, y los de turno fijo de noche manifestaban también mayor estrés laboral que los de día.

Otras investigaciones realizadas también en enfermeros, llegan a la conclusión de que la variable organizacional que más predice la manifestación de ansiedad y estrés laboral es la jornada laboral: el turno nocturno genera más síntomas de estrés laboral y requiere más esfuerzos profesionales y personales, en comparación con el resto de turnos. A tenor de tales referencias, parece pues que el estrés laboral surge con mayor probabilidad en situaciones en las que el trabajador está expuesto a turnos de trabajo rotativos y nocturno. Siendo esto así, no resultan sorprendentes resultados como los obtenidos, que señalan que algunas de las principales causas del consumo de alcohol y drogas en el trabajo son precisamente las condiciones de trabajo incómodas y los horarios de trabajo irregulares.

6 Bibliografía

1. www.scielo.iscii.es
2. www.pubmed.es
3. www.oms.es
4. www.dialnet.es
5. www.elsevier.es
6. Roman-Hernandez. S. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primarios y secundarios de atención.
7. Dorevitch, Samuel / Forst, Linda Hazard of emergency physicians The American Journal of Emergency Medicine
8. Mas R, Escribá V. La versión castellana de la escala "The nursing stress scale" Proceso de adaptación transcultural. Rev. Esp. Salud Pública.

Capítulo 262

LAS PRECAUCIONES A TENER EN CUENTA POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUANTO AL AISLAMIENTO POR CONTACTO

MARÍA DE LOS ÁNGELES MORA PEÑA

SARAMA DELTELL MONTORO

1 Introducción

Casi a diario en cualquier centro hospitalario es algo rutinario atender a personas que muchas veces sin saberlo, pueden estar transmitiendo algún tipo de enfermedad contagiosa. Debido a eso, una de las medidas que se tienen que llevar a cabo es el aislamiento por contacto siempre que tengamos la sospecha de que ese paciente que llega al centro hospitalario puede ser portador de alguna enfermedad contagiosa, ya sea a través del contacto directo que podamos tener con él o por el contacto con objetos que haya tocado el paciente contagiado. Con esta medida anteriormente mencionada, lo que se quiere es evitar a toda costa que se produzca una diseminación de los microorganismos creando unas barreras protectoras entre las personas y los microbios.

El contacto con los microorganismos puede producirse de dos maneras: a través del contacto directo o mediante el contacto indirecto.

- El contacto directo: se dice que hay contacto directo cuando existe un contacto de piel con piel y los microorganismos pasan de una persona infectada a la persona sana.
 - El contacto indirecto: se produce cuando tocamos un objeto que anteriormente fue tocado por una persona infectada y depositó en dicho objeto los microorganismos. Al tocar ese objeto contaminado los microorganismos pasarán del objeto a la persona sana.
- Para que se produzca una transmisión tiene que haber 3 elementos claves:
Una fuente, un huésped y una vía de entrada.

2 Objetivos

- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales para el manejo de precauciones por parte del personal tcae en cuanto al aislamiento de contacto.
- Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo frente al aislamiento de contacto por parte del TCAE.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre las precauciones que debe de tener el personal tcae frente al aislamiento de contacto.

. Para ello, se utilizaron las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: Cuiden, Scielo, Cochrane, Scopus. Las búsquedas se realizaron entre marzo y mayo 2020.

Se aplicó una restricción referente al idioma, incluyendo únicamente artículos en idioma español e inglés. Se acotó la búsqueda en los últimos 10 años, desde 2010 al 2020, si bien entendemos que una búsqueda de artículos de los últimos 5 años sería más apropiada, el primer barrido realizado bajo estos términos no proporcionó los suficientes resultados.

La recopilación de los artículos se hizo en base a la relevancia clínica de los mismos con respecto al objetivo del estudio.

4 Resultados

El aislamiento de contacto se realiza en los pacientes que cuando acuden al centro hospitalario, tenemos la sospecha de que pueden ser portadores de alguna enfer-

medad contagiosa ya sea a través de contacto directo o del contacto indirecto. Un ejemplo serían los pacientes que están infectados con SMRA, con Hepatitis A, escabiosis, etc.

Hay una serie de recomendaciones encomendadas para este tipo de aislamiento:

- Cuando un personal ya sea sanitario o no sanitario va a entrar en contacto directo con un paciente, es necesario que utilice guantes, mascarilla quirúrgica o en su defecto una ffp2 y una bata antes de que vaya a entrar en la zona donde le espera el paciente. Antes de que el personal sanitario entre en la zona donde está el paciente, es muy importante habilitar otra zona justo antes de entrar para que este sanitario pueda vestirse antes de entrar y desvestirse una vez que salga de la zona donde está el paciente y desechar el material de manera correcta con el objetivo de no propagar al exterior los microorganismos que se encuentren adheridos a la vestimenta usada.
- También es muy importante realizar un lavado de manos frecuente justo antes y después de estar en contacto con este tipo de pacientes. Esta es una medida que la tienen que aplicar todo el personal como es el sanitario, el no sanitario y los visitantes del paciente. Es de vital importancia no llevarse las manos a la cara antes de desinfectarlas.
- una vez usados los guantes desechables, se recomienda tirarlos lo antes posibles para no contaminar ningún objeto.
- La habitación donde está el paciente tiene que ser individual excepto cuando hay otro paciente contaminado con lo mismo, en este caso si pueden compartirla.
- La habitación de este tipo de pacientes tiene que estar siempre cerrada.
- En la entrada de estas habitaciones deberá de figurar unas instrucciones para seguir correctamente.

Todas estas medidas tienen la finalidad de evitar que los trabajadores puedan contagiarse.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante realizar correctamente el aislamiento por contacto para evitar que cualquier trabajador ya sea sanitario o no sanitario pueda contagiarse y a su vez contagiar a sus compañeros o familiares originando de esta manera un brote. Todas las habitaciones que son ocupadas por pacientes infectados, es de vital importancia señalarlas para que ninguna persona pueda entrar por error sin las medidas de protección necesarias.

El tcae, por ser un trabajador sanitario que mantiene un contacto más directo

con el paciente, debe de aplicar estrictamente todas las medidas mencionadas anteriormente.

Por último, decir que los familiares de estos pacientes han de ser informados en todo momento de las medidas de seguridad, ya que son desconocedoras de ellas.

6 Bibliografía

1. Rubio T, de Jalón J. G, Sanjuan F, Erdozain M. A, de Murieta J. S, Escobar E. Control de infección. Precauciones estándar. Política de aislamientos. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 23, pp. 105-121).
2. Precauciones y aislamientos ante patología infecciosa. Servicio de M. Preventiva del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. 2002
3. Fernandez Seijas A. Aislamientos hospitalarios según categorías. Medwave 2003 Abr;3(3):e2806 doi: 10.5867/medwave.2003.

Capítulo 263

OTITIS MEDIA AGUDA EN ADULTOS

DOBRE RODICA

ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA

CARMEN MUÑIZ ALVAREZ

1 Introducción

La inflamación del oído medio se denomina otitis media aguda(OMA), se puede denominar también como otitis media supurada y debemos diferenciarla de la llamada otitis serosa o subaguda en la que hay líquido seroso o sero mucoso en el oído medio pero sin signos inflamatorios ni de enfermedad y bastante prevalente en la infancia, pudiendo ser producida en uno o ambos oídos a la vez(bilateral). Sucede más en períodos de infancia (es relativamente rara en adultos) y de hecho es uno de los principales motivos de consulta en atención primaria pediátrica. Se denomina así por estar localizada detrás del tímpano y es provocada por un virus o una bacteria (*Streptococcus pneumoniae* , *Haemophilus influenzae*,...).

El proceso puede ser derivado de una infección respiratoria, un resfriado o una alergia. Como resultado, y debido a que no permite que el tímpano vibre de forma adecuada, el paciente tiene problemas de audición(que suelen ser temporales) e hipoacusia acompañada de otorrea y/o fiebre, pudiendo tener complicaciones más serias como meningitis, absceso intracraneal, trombosis venosa y parálisis facial (que es el caso que nos ocupa) . En bastantes casos no necesita ningún tipo de tratamiento y transcurridos de 5 a 7 días la infección remite sola (autolimitada).

2 Objetivos

- Analizar de otitis media aguda en paciente adulto.
- Definir tratamiento adecuado para para la otitis media aguda en adulto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Examinadas pruebas y resultados, se pauta tratamiento de antibioterapia y analgésicos. El antibiótico más utilizado para el tratamiento de la otitis aguda media es la amoxicilina. Para el tratamiento del dolor se pautara el uso de ibuprofeno , por su acción antiinflamatoria . Aunque algunos agentes tópicos pueden proporcionar un alivio transitorio, se desestima su uso por que es muy probable que el alivio no dure más de 30 minutos (siempre que no exista perforación timpánica). Se podría usar también vasoconstrictores como la fenilefrina al 0,25% , que mejoraría la función de la trompa de Eustaquio y a fin de evitar efecto rebote estas preparaciones no deben usarse más de 4 días. Los descongestivos sistémicos(pseudoefedrina: 30 a 60 mg por vía oral, cada 6 horas)son posibles también, pero no se hará uso a ellos en este caso. Si no se actúa con la debida celeridad, pueden surgir serias complicaciones. En raras ocasiones se acude a la cirugía (paracentesis timpánica), , aunque esta no revista gravedad, y se procede a ella cuando existe un abombamiento de la membrana timpánica o si el dolor es muy intenso y persistente. Lo normal es que después de la cirugía se produzca una evolución favorable de la sintomatología y de la audición.

La duración del tratamiento con amoxicilina, se pauta para su uso en un tiempo no superior a 7 días ,en principio, aunque dependerá de la gravedad y evolución del paciente, procurando que su uso sea lo más corto posible para que no desarrolle resistencia.

Para el uso de analgésicos(ibuprofeno), no se marcara un periodo establecido y se aconsejara abandonarlo una vez haya desaparecido el dolor y la inflamación.

No suelen surgir complicaciones si se realiza adecuadamente el tratamiento, aunque si la infección bacteriana se propaga puede provocar meningitis, tromboflebitis de los senos venosos, absceso epidural,.....

5 Discusión-Conclusión

Aunque la otitis media aguda es una de las enfermedades infecciosas más importantes y frecuentes de la infancia(sobre todo en la lactancia)y solo superada por el resfriado común, su incidencia disminuye con la edad y el uso de vacunas para el neumococo. En este periodo las complicaciones suelen ser menores . Esta dolencia puede producirse también en adultos, aunque debido a su baja incidencia existen pocos estudios y evidencias científicas.

Cuando un paciente ingresa en un hospital con una otitis media aguda, la labor del TCAE es tener conocimiento y facilitar todos los movimientos y posturas que éste debe evitar en su estancia, para proporcionarle alivio.

6 Bibliografía

1. ELSEVIER Otología. Vol. 27. Noviembre 2016.
2. NICE. Otitis antimicrobial prescribing.Marzo 2018.
3. ALCORL. Acta de otorrinolarigologia.Vol.47.2019.
4. SCIELO. Revista de Otorrinolaringología. Vol.67.Diciembre 2007.

Capítulo 264

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD

ANA SAN MARTÍN LÓPEZ

1 Introducción

La ansiedad es una reacción emocional ante un peligro o amenaza, que se manifiesta con diversas respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales.

La ansiedad es un mecanismo de adaptación que tenemos las personas para la supervivencia y está relacionado con la respuesta a los distintos estímulos que recibimos del exterior o los internos del organismo, esto hace posible el desarrollo y funcionamiento de la persona. Esta respuesta es considerada como patológica cuando los estímulos no están presentes de forma objetiva y se prolongan en el tiempo.

Los signos y síntomas de la ansiedad más comunes incluyen los siguientes: Sensación de nerviosismo, agitación o tensión. Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe. Aumento del ritmo cardíaco.

Desde el punto de vista de los cuidados enfermeros, se ha de educar a los pacientes que estén recibiendo ansiolíticos acerca de los siguientes aspectos concretos de este medicamento.

Según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), trastornos como ansiedad y depresión afectan a uno de cada tres individuos de forma aproximada. Se ha convertido a lo largo del tiempo en un problema de

salud pública ya que afecta a las mujeres alrededor de un 14% que en el caso de los hombres.

2 Objetivos

- Definir qué es la ansiedad y mostrar su clasificación.
- Definir los tratamientos existentes para la ansiedad.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica utilizando las principales bases de datos "Google Académico", "Scielo" y otros artículos bibliográficos revisados y publicados. Descartando aquella bibliografía con una antigüedad de más de 10 años.

Palabras clave: Ansiedad, Trastorno psicológico, Nerviosismo, Estrés, Plan de cuidados de enfermería.

4 Resultados

La ansiedad es uno de los síntomas más frecuentes que aparece en la práctica clínica. Es considerada como una sensación subjetiva de inquietud o temor de algo malo y puede ser la consecuencia de otra enfermedad orgánica o indicar un proceso primitivo psiquiátrico. La clínica ha de diferenciar si la ansiedad se debe a otro proceso patológico o si presenta por sí misma una alteración psiquiátrica. Es un síntoma que puede aparecer frecuentemente y por causas muy diversas que pueden oscilar desde su aparición en múltiples enfermedades orgánicas (arritmias cardíacas, hipertiroidismo, efecto secundario de medicación, cardiopatía isquémicas, insuficiencias respiratorias, etc.), hasta su aparición como una emoción normal que debuta en la personalidad como signo de alarma para alertar de algún peligro o adversidad. Este sistema puede estar alterado y ser excesivo, apareciendo en situaciones en las que no se debería estar en guardia o preocupado, pasando a considerarse entonces como una enfermedad. Aparecen síntomas como miedo, inseguridad, preocupación excesiva, evitación, hiperactividad, palpitaciones, hiperventilación.

Las crisis de ansiedad representan en nuestra moderna sociedad una de las causas más frecuentes en la demanda de atención sanitaria de urgencias relacionadas con el ámbito de la salud mental. Identificar estas situaciones y establecer las

acciones de cuidados necesarias para una resolución satisfactoria que mantenga los principios necesarios de integralidad holística de la persona, constituyen una de las actuaciones a las que la enfermera deberá hacer frente con creciente intensidad tanto en el presente como en el futuro de las actuaciones de enfermería en los servicios de urgencias.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) las alteraciones de salud mental, como es el caso de la depresión, afecta a un número aproximado de 121 millones de personas en todo el mundo. Es la segunda causa de incapacidad después de las enfermedades cardiovasculares y se convertirá en el 2020 en la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo medida en años de vida ajustados por discapacidad, después de la enfermedad isquémica cardíaca. Por su frecuencia y complejidad asistencial es necesario que los profesionales enfermeros sepan identificar estos cuadros y actuar ante ellos de una forma adecuada.

La ansiedad es un estado emocional displacentero cuyas causas resultan menos claras; a menudo se acompaña de alteraciones fisiológicas y de comportamientos similares a los causados por el miedo. Miedo: es una respuesta emocional, fisiológica y conductual normal ante situaciones que implican peligro para el sujeto.

La ansiedad puede ocurrir cuando una persona teme que algo malo va a suceder. No es un término médico que hace referencia a un sentimiento de temor o preocupación que a menudo se relaciona con un problema o inquietud en particular. La ansiedad se ha relacionado con el estrés.

ANSIEDAD Y MIEDO: Ansiedad es la sensación de un peligro amenazador en que la causa no está totalmente reconocida por la persona y en el miedo se reconoce el peligro real. **ANSIEDAD COMO SENTIMIENTO:** Experiencia subjetiva normal. Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura.

Clasificación de la ansiedad:

1º Ansiedad leve, asociada a tensiones de la vida diaria. La persona se encuentra en situación de alerta y su campo de percepción aumenta. Este tipo de ansiedad puede propiciar el aprendizaje y la creatividad.

2º Ansiedad moderada, en la cual la persona se centra sólo en las preocupaciones inmediatas.

La ansiedad normal es adaptativa y permite a la persona responder al estímulo de

forma adecuada. Se presenta ante estímulos reales o potenciales (no imaginarios o inexistentes). La reacción es proporcional cualitativa y cuantitativamente en tiempo, duración e intensidad.

De forma general podríamos considerar que la ansiedad normal es aquella que nos ayuda a funcionar mejor en la vida. La ansiedad patológica, en cambio, es la que impide a una persona comportarse como desea.

El tratamiento de elección en las crisis de ansiedad, desde el punto de vista del tratamiento médico, son los benzodiazepinas, ansiolíticos que pueden ser administrados por distintas vías, pero la vía oral es la más común.

La vía sublingual se utiliza en los casos de conseguir una mayor rapidez de acción. Las otras dos vías de administración son la intramuscular y la intravenosa.

5 Discusión-Conclusión

La ansiedad es un mecanismo adaptativo de las personas relacionado con los estímulos recibidos del exterior, enfocado a la supervivencia, el desarrollo y el propio funcionamiento. Si dicha ansiedad no es objetiva y se prolonga en exceso en el tiempo puede acarrear problemas de salud en el individuo.

La ansiedad produce sensaciones de pérdida de control, malestar, tensión y angustia. A ellas se suma la percepción de síntomas fisiológicos que alteran la frecuencia cardíaca, la respiración, la sudoración, la digestión o incluso la temperatura corporal.

En los últimos años se ha convertido en un problema de salud pública, con un aumento del número de casos. Hay datos que estiman que afecta a las mujeres en un 14% que en el caso de los hombres. El desarrollo de la ansiedad y la depresión también ha sido objeto de varios estudios y su relación con los trastornos en la alimentación.

La asociación entre el estado de ánimo del individuo y cómo es su alimentación es un aspecto importante a tener en cuenta ya que puede ocasionar repercusiones importantes tanto en la salud física como mental de la persona

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 265

MEDIDAS DE CONTENCIÓN EN PACIENTES DE PSIQUIATRÍA

ELIA FUNES RUIZ

1 Introducción

Todo paciente tiene el derecho de ser atendido correctamente y recibir unos cuidados mínimos de calidad y seguridad. En estados de agitación o agresividad derivados de distintas patologías, se tiene que garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal sanitario.

Existen guías y protocolos para controlar este tipo de situaciones con diferentes estrategias de contención, debiéndose utilizar la menos restrictiva.

En ocasiones, la situación puede requerir la intervención activa del personal con contención verbal y puede llegar a requerir una contención psicofarmacológica y/o mecánica. Esto supone un problema ético entre los principios de autonomía y beneficencia. Por lo tanto, debes respetar al máximo la intimidad, confidencialidad y vulnerabilidad del paciente sometido a cualquier tipo de contención. Ante estas situaciones, se debe propiciar la mayor seguridad posible, así como practicar una atención a la salud evitando los posibles daños que se pudieran ocasionar, detectándonos cuando ocurran y mitigando sus consecuencias. Estas actuaciones descritas anteriormente, tienen unas consecuencias éticas y legales bastante importantes, por la situación que atraviesan dichos pacientes.

Los profesionales que trabajen en este tipo de unidades, deben de tener un conocimiento específico de del procedimiento técnico, la indicación, la información que se da a paciente y familia y el cuidado de la persona ingresada.

2 Objetivos

Establecer unas pautas de actuación ante diferentes situaciones y que éstas sean comprendidas por el personal.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos sobre las contenciones en psiquiatría así como distintos protocolos de actuación para seguridad del paciente, del personal sanitario y de terceras personas. Para ello se han utilizado los descriptores: contención, paciente psiquiátrico, seguridad.

4 Resultados

Es importante prevenir las complicaciones típicas de la situación. También es muy importante garantizar la seguridad del paciente así como de terceras personas (personal, familiares...). Procurar mantener un plan terapéutico estable sin alteraciones del mismo. Tras el estudio y consulta de protocolos de actuación, se identifican las siguientes indicaciones de actuación:

- Control de la agitación y alteración de la conducta que suponga un daño para el paciente o terceras personas.
- Para asegurar el tratamiento terapéutico como sondajes u otros tipos de soporte vital.
- Cuando haya riesgo de suicidio y autolesiones, así como un riesgo considerable de caídas.
- Cuando se intenta la modificación de la conducta sujeta a un tratamiento. Ante esto, surgen unas contraindicaciones muy importantes:
- Ausencia de una adecuada valoración de la situación del paciente.
- Cuando no se puede supervisar la propia contención y no se pueden aplicar los correspondientes cuidados específicos.
- Bajo ningún concepto aplicar en forma de castigo o por comodidad del equipo sanitario.
- El/la paciente no presenta factores de riesgo, tales como; tabaco, embarazo, diabetes, etc..., y si los presenta, se han tomado las medidas adecuadas para la prevención de eventos adversos.
- Los factores de riesgo ambientales se han suprimidos o minimizados, tales como; el tipo y ubicación de la habitación, la homologación de los sistemas de sujeción, la retirada de objetos potencialmente peligrosos, etc...

- Los sistemas de sujeción están cerrados adecuadamente, para evitar que el/la paciente los abra por sí mismo.
- El cabecero de la cama está elevado entre 30° y 45° (salvo contraindicación médica).
- El/la paciente puede levantar y mover la cabeza libremente, para disminuir el riesgo de aspiraciones y permitir el contacto con el medio.
- Las correas están adecuadamente apretadas pero sin comprimir vasos que impidan la circulación sanguínea, ni producir daños en la piel ni lesiones por deslizamientos, pero permitiendo la expansión pulmonar. Hay que comprobar que, aun teniendo cierta movilidad, el/la paciente no puede producirse lesiones.
- Los objetos potencialmente peligrosos del/de la paciente o del entorno físico de la habitación se han retirado.

5 Discusión-Conclusión

Se llega a la conclusión de la importancia de los distintos tipos de contenciones y de la importancia de la formación y conocimiento del personal de la unidad. Se presentan varios problemas o dilemas éticos y legales, entre ellos el consentimiento informado, es un tema complejo, ya que la mayoría de pacientes no quieren ser contenidos pero legalmente, aunque sea de forma verbal, se tiene que proceder a informar al paciente para que éste consienta. Si la situación lo requiere, es la familia la que lo consiente. Básicamente, la conclusión de este tema se resume en proporcionar seguridad y asegurar los derechos del paciente (intimidad, confidencialidad) así como su tratamiento con un mínimo de calidad.

6 Bibliografía

1. Comité de bioética de España. Madrid. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. 2016.
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 2017
3. J. Fornés. Enfermería de Salud Mental y psiquiátrica. Planes de cuidados. Madrid. Panamericana. 2012
4. Protocolo de contención mecánica. Servicio Andaluz de Salud 2010
5. Convenio europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina.

Capítulo 266

SALUD LABORAL: COMO EVITAR LOS RIESGOS BIOLÓGICOS

COVADONGA GARCIA ALVAREZ

TERESA ESTHER FERNANDEZ GUERRA

CAROLINA ALVAREZ CURRAS

1 Introducción

El real decreto 39/97 y la ley 31/95 (PRL) prevención de riesgos laborales, tiene como objetivo principal proteger de los riesgos que suceden en el entorno laboral y promover la salud y seguridad de los trabajadores, en el caso de riesgos biológicos también a pacientes y familiares.

La prevención se define (1) como el grupo de actividades o medidas que se toman para evitar o disminuir los posibles riesgos laborales que se pueden producir en la actividad laboral. Riesgo laboral es la probabilidad que tienen los trabajadores de sufrir daños durante su jornada y consideramos daño en el trabajo a cualquier enfermedad o lesión que se pueda producir en la realización de este.

Todas las empresas tienen que implantar un plan de prevención y a parte de prevenir, deben de evaluar posibles riesgos, siempre formando a sus trabajadores, actuando de inmediato si se presenta alguna emergencia o algún riesgo muy grave. Desde hace años también se vigila la salud de los operarios mediante el control médico anual.

Este control médico anual puede ser propio de la empresa o puede contratarlo externamente.

El plan de riesgos se hará después de valorar todos los riesgos que están en el ambiente laboral, un ejemplo dentro de la sanidad: un trabajador está tratando con un paciente con tuberculosis, el trabajador debe de llevar equipos de protección individual como guantes, bata, gorro y mascarilla pero igualmente debe de controlar que no tenga ningún síntoma de la enfermedad.

2 Objetivos

- Determinar los riesgos biológicos principales, que pueden surgir en los centros hospitalarios.
- Describir las causas principales que se producen y explicar sus consecuencias tanto en personal sanitario como en no sanitario, ya que todos están expuestos.

3 Metodología

Hemos realizado una búsqueda activa bibliográfica en distintas bases de datos como medline, wok, psycinfo, scielo, dialnet y pubmed y en el buscador google académico. Centramos la búsqueda desde el año 2000 a la actualidad, centrándonos en aquellos artículos relacionados con el tema.

4 Resultados

El real decreto 1299/2006, del día 10 de noviembre expone que los riesgos biológicos desencadenan enfermedades profesionales (3) grupo III en las que el personal sanitario se encuentra más expuesto que trabajadores de otros sectores.

Se define (4) agente biológico como el microorganismo capaz de producir una infección, toxicidad o alergia.

Un microorganismo es una unidad microbiológica que puede ser celular o no celular que puede transmitir y reproducir material genético.

En función del riesgo de infección en una persona sana los agentes biológicos se clasifican en cuatro según la legislación a día de hoy, vamos a explicarlos brevemente:

- Grupo 1: es poco probable que pueda causar una enfermedad, no tiene riesgo de propagación, es innecesario un tratamiento-
- Grupo 2 : puede causar una enfermedad y es un peligro para los trabajadores, su riesgo de propagación es poco probable, generalmente existe tratamiento.

- Grupo 3: puede causar una enfermedad grave y formar un peligro para los trabajadores, el riesgo de propagación es probable, generalmente existe tratamiento
- Grupo 4 provoca una grave enfermedad e integran un peligro serio para los trabajadores, su riesgo de propagación es elevado. No existe generalmente un tratamiento para este grupo.

Algunos estudios (5) nos indican que entre el personal sanitario los accidentes más frecuentes son por trabajar continuamente con líquidos con alto potencial infeccioso o por manipular materiales corto punzantes.

Las infecciones (6) pueden ser crónicas, tóxicas o agudas y estas pueden ser debidas a hongos, parásitos, bacterias o virus.

Los mecanismos de transmisión pueden ser:

- Directa: pasan de la fuente de la infección a la persona sana, por contacto físico directo, como puede ser una mordedura, arañazos, manos sucias, contacto sexual... o través del mismo aire entre la persona sana y la fuente de la infección, como puede ser el sarampión, gripe... ya que las gotitas que están contaminadas quedan suspendidas en el aire que se respira.
- Indirecta: entre la infección y la persona sana hay un mediador como por ejemplo, agua, alimentos...y en el caso de los centros hospitalarios la tenemos en las manillas de las puertas, cubiertos.... También incluimos los artrópodos como piojos, pulgas, arañas... que pueden transmitir enfermedades como la peste.

Los trabajadores sanitarios y no sanitarios están más expuestos a hepatitis B, C y delta o a el SIDA sin olvidarnos de la tuberculosis, tétanos o rubéola.

En el interior de un hospital (7) el mayor riesgo está en los quirófanos, laboratorios y servicios de extracción de sangre. Cerca de 90% de los accidentes se produce al recapsular, por no tener correctamente colocado el contenedor de objetos punzantes, al suturar, al recoger material... las estadísticas no son todo lo correctas que deberían ya que muchos accidentes laborales son pequeños y no se notifican, en ese caso aumentarían de forma vertiginosa.

Las medidas de prevención serían:

- Barrera química: constituirían este grupo los desinfectantes, el formaldehído, la povidona, lejía, hipoclorito sódico...
- Barrera física. Incluiríamos los EPIS, gas, mascarilla, guantes...
- Precauciones universales: fundamentando que en el ámbito hospitalario el mayor riesgo es contaminarse con sangre de un paciente enfermo, a todos los pacientes hay que considerarlos potencialmente infecciosos.

Deberíamos pues:

- Desinfectar y esterilizar correctamente el material aunque siempre es preferible utilizar material desechable de un solo uso

- Vacunar de la hepatitis A al personal sanitario.
- Indicar correctamente la muestra que puede ser infecciosa
- Aislar a pacientes diarreicos, con hemorragias no controladas o con alguna enfermedad infecciosa.
- Usar guantes si manejamos fluidos y mascarilla si pueden existir salpicaduras
- No llevar joyas, tapar heridas, lavar las manos antes y después de cada tarea.
- Especial cuidado con objetos cortopunzantes y nunca encapsular las agujas una vez usadas.

Es muy importante utilizar guantes no estériles en cada trabajo y el constante lavado de manos.

• Barreras biológicas, son las vacunas, quimioprofilaxis y las inmunoglobulinas
Las enfermedades que se producen por riesgos biológicos dentro de los centros hospitalarios son:

- Infección por hongos: candidiasis
- Infecciones víricas: las más graves como SIDA, hepatitis B; C,D, E,G o menos dañinas como el sarampión, rubéola o gripe (grupo 2)
- Infecciones bacterianas, las producen agentes del grupo 3 salmonelosis, tuberculosis, o del grupo 2 como el tétanos o la meningitis.

También hay otros riesgos como el cansancio por tener mucho trabajo, que también influye, un buen entorno (materiales disponibles para su uso) y los turnos de trabajo (el cambiar de horarios puede conllevar que no se esté alerta todo el tiempo)

5 Discusión-Conclusión

El mayor y más importante aliado a la hora de evitar un riesgo laboral sabemos que es la prevención. Vacunar a los trabajadores impide que estos enfermen, tener un plan de seguridad correcto con normas que todos cumplan. Desechar bien los residuos así como recogerlos y almacenarlos adecuadamente, aislamiento de enfermos infecciosos adecuado, formación en los trabajadores sanitarios y no sanitarios que se relacione con los pacientes, asegurarse de seguir los protocolos establecidos tanto en la relación con los pacientes como en el uso del material. Es preferible, pues pecar, de ser estrictos con las normas ya que prevenir conlleva evitar.

6 Bibliografía

1. <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31/con>

2. <https://www.lmee-svmt.org>
3. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1997/BOE-A-1997-11144-consolidado.pdf>
4. <https://sid.usal.es/idos/F8/ART7040/riesgo.pdf>
5. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/relcrim12/12-14.pdf>
6. <http://www.sanidad.ccoo.es>

Capítulo 267

INCONTINENCIA URINARIA: CAUSAS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CARMEN MUÑIZ ALVAREZ

ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA

DOBRE RODICA

1 Introducción

La incontinencia urinaria (IU) se considera un problema que acontece en nuestra sociedad y que afecta de una forma más considerable a la población femenina.

De forma general, el 35% de las mujeres experimenta algún tipo de IU a lo largo de cualquier etapa de su vida. Esta patología afecta negativamente a la calidad de vida de mujeres en etapa reproductiva, con un 20,4% de prevalencia en el climaterio; sin embargo, tiene un impacto más significativo cuando se llega a la edad media de 48 años, que suele coincidir con la instauración de la menopausia de la mayoría de las mujeres. Cuando avanzamos en edad cronológica, encontramos que la prevalencia en personas mayores de 70 años es mayor al 20%, llegando a un 89,53% en aquellas mujeres que son mayores, dependientes y se encuentran en residencias.

Enfermería es un colectivo que debe ser consciente de este tipo de peligros y supervisar los síntomas que más afectan a la vida del paciente. Entre ellos, debe conocer las contingencias que favorecen la aparición de la IU en las personas mayores que reciben atención hospitalaria.

Así, se lleva a cabo una identificación de riesgos, lo cual impide que exista una subnotificación del problema. Estas actuaciones por parte de enfermería en el hospital, previenen que el paciente acabe con una IU en su hogar que provoque nuevos reingresos y pérdida de la calidad de vida.

2 Objetivos

Informar sobre las causas, tratamiento y cuidados de enfermería en la incontinencia urinaria.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistematizada en las bases de datos Proquest, Pubmed, Google Académico y Scielo, utilizando como términos “incontinencia urinaria” (urinary incontinence), “factores de riesgo” (risk factor), “intervenciones de enfermería” (nursing intervention) y “procedimientos terapéuticos” (therapeutics), con una limitación de 5 años en la búsqueda. Se incluyeron estudios experimentales y de revisión.

4 Resultados

La incontinencia urinaria está relacionada con la edad, sexo y factores de riesgo, dependiendo del tipo e intensidad de la incontinencia, y características propias del paciente. El abordaje es interdisciplinar, con técnicas menos invasivas al principio, entre las que destacan la terapia conductual y los ejercicios del suelo pélvico; necesitándose cirugía en algunos casos, según las circunstancias individuales de los pacientes y/o la no existencia de mejoría con las técnicas menos invasivas.

La bibliografía revisada muestra que la prevalencia de la IU es muy variable y depende estrechamente de las variables de edad y sexo. En el rango etario de mujeres que oscilan en una edad media de 47 años, los distintos tipos de IU se presentan con diferente frecuencia. En el caso de la IU de esfuerzo, se da en un 55% de los casos, seguida de la IU mixta con un 35,5%, reseñándose ambas como las más relevantes de esta fase.

Con respecto a la etapa etaria masculina comprendida entre los 45 y 75 años, los hombres suelen presentar una IU secundaria a una intervención quirúrgica, que

en la mayoría de los casos resulta ser la prostatectomía. Según la técnica utilizada en la prostatectomía, además de la IU, puede ocurrir una dificultad añadida como es la disfunción eréctil.

En el caso de las mujeres con urgencia miccional, se ha observado que presentan complicaciones que se asocian a las pérdidas de orina, como son trastornos sexuales, que aparecen en un 86,6% de los casos. Entre ellos destacan: un 31% presentan fugas durante el coito, 75% reflejan una alteración en la excitación, 71% disminuye la lubricación y el 64% presentan trastornos en el orgasmo. Además, se ha descrito el 75% de mujeres que presentan urgencia miccional, refiere una frecuencia diurna elevada; así como más de dos eventos miccionales durante la noche, lo cual influye en su calidad de vida de forma reseñable.

5 Discusión-Conclusión

La incontinencia urinaria se encuentra estrechamente relacionada con la edad y el sexo; sin embargo, la existencia de factores de riesgo y algunas causas pueden contribuir a aumentar las probabilidades de su establecimiento. La labor enfermera resulta prometedora en el establecimiento de una detección y actuación precoz ante el problema, teniendo como base siempre para el tratamiento el menor grado de invasión.

La integración del colectivo enfermero en el cuidado y la detección de la incontinencia resulta un aspecto clave; ya que mejora la atención prestada al paciente por parte del profesional sanitario. Al principio, en el abordaje de la IU, resulta recomendable comenzar con un tratamiento conservador, entre los que se encuentran los ejercicios de fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico (SEPFM) y terapia conductual; para posteriormente, continuar con cirugías en caso de no experimentar mejoría. Las cirugías deben seguir una escala ascendente en el grado de invasión; puesto que el objetivo es disminuir en lo posible el número de ingresos hospitalarios junto a una mayor reinserción temprana tanto laboral como social, sin olvidar la sexual.

6 Bibliografía

1. Sacomori C, Rodrigues-Vinter C, Flores-Sperandio F, Felden-Pereira É, Luiz-Cardoso F. Propuesta de puntos de corte para diferentes indicadores antropométricos en la predicción de la incontinencia urinaria en mujeres. Rev

chil obstet ginecol. 2015;80(3):229-35.

2. Borges CL, Fernandes BKC, Cavalcante MLSN, Barbosa RGB, Peixoto Junior AA, Menezes LCG de. Risk factors for urinary incontinence in institutionalized elderly. ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther. 2019;e0619:10.

3. Rett MT, Wardini ÉB, Santana JM de, Mendonça ACR, Alves AT, Saleme CS. Female urinary incontinence: quality of life comparison on reproductive age and postmenopausal period. Fisioter mov. 2016;29(1):71-8.

4. Dellú MC, Schmitt ACB, Cardoso MRA, Pereira WMP, Pereira ECA, Vasconcelos É da SF, et al.

Capítulo 268

LA MAMOGRAFÍA UN BUEN ALIADO EN LA DETECCIÓN TEMPRANA Y EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LAS ENFERMEDADES MAMARIAS

JESSICA FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

La mamografía es el estudio diagnóstico que se realiza en las mamas mediante dosis bajas de Rayos X para visualizar el interior de las mismas, pudiendo visualizar el tejido conjuntivo, tejido glandular y graso, así como la piel basados en las diferentes densidades que existen entre ellos.

Este tipo de técnica ayuda en la detección temprana y el diagnóstico de las enfermedades mamarias en las mujeres.

Existen dos tipos principales de mamografías según el procedimiento:

- la mamografía convencional: se pueden ver las imágenes en blanco y negro sobre grandes hojas de película.
- la mamografía digital de campo completo: se pueden visualizar las imágenes en la pantalla del ordenador y agrandar o resaltar zonas específicas.

Según la finalidad del estudio, las mamografías pueden ser:

- Mamografía de detección: Se realiza cuando no hay presencia de síntomas o manifestaciones clínicas visibles (protuberancias, secreciones del pezón, deformidades, .) es el tipo de mamografía que permite una detección precoz del cáncer de mama.

- Mamografía de diagnóstico: Se realiza para los casos donde ya existen síntomas y manifestaciones visibles en las mamas. Es imprescindible para comenzar el tratamiento lo antes posible.

En ocasiones, la mamografía puede resultar dolorosa para algunas mujeres, pero en general, es una técnica que produce una leve incomodidad y la sensación solo dura unos pocos segundos.

CÓMO REALIZAR UNA MAMOGRAFÍA

- Es una prueba radiológica del tejido blando de la glándula mamaria, consiguiendo ver su estructura normal o patológica.
- Se colocará a la paciente de pie frente a una máquina especial de rayos X.
- Colocará su mama sobre una placa de plástico, presionando firmemente
- Las placas aplanarán la mama y la mantendrán inmóvil mientras se toma la radiografía.

INDICACIONES DE LA MAMOGRAFÍA:

- Valorar sintomatología en la mama como:
Dolor, secreción por el pezón, hinchazón, cambios en la piel de la mama o pezón, asimetrías o aparición de bulto.
- Para estudios de cribado
- Se debe realizar en mujeres con antecedentes de mujeres con una historia familiar de cáncer de mama

2 Objetivos

Exponer a través de caso clínico como prevenir y detectar fases tempranas las enfermedades mamarias.

3 Caso clínico

Mujer de cuarenta y cuatro años de edad que acude a su médico de atención primaria, ya que desde hace varios meses presenta mastalgia en la mama izquierda coincidente con el periodo menstrual. No presenta secreciones en pezón, no deformidades en mamas, no refiere otra sintomatología.

Tras realizar palpación en la consulta se localiza de manera fortuita un bulto en mama izquierda de aproximadamente de 2cm, movable, no doloroso. Mama derecha sin incidencias.

Antecedentes personales: carcinoma papilar tiroideo con tiroidectomía en 2014, colitis ulcerosa desde los 16 años. No diabetes. No HTA. Cáncer de recto (abuela materna). Cáncer de próstata (padre- desde hace 12 años).

A pesar de que la paciente no tiene antecedentes familiares de cáncer de mama, se solicita mamografía de control.

Se solicita consulta de seguimiento por parte del servicio de cirugía del hospital de referencia.

Las pacientes se deben hacer autoexploraciones mamaria diez días después del comienzo del periodo menstrual. Se debe realizar de forma regular. Es un procedimiento de vital importancia para poder detectar las posibles anomalías y evitar el desarrollo del cáncer de mama.

Las mujeres deben acudir a su médico de atención primaria si presentan algunas de estas señales ya que pueden ser una advertencia de cáncer de mama:

- Un bulto nuevo en la mama o en la axila
- 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 sangre
- Cualquier cambio en el tamaño o la forma de la mama
- Dolor en cualquier parte de la mama.

4 Discusión-Conclusión

- La mamografía es una prueba diagnóstica con escasos efectos secundarios y de gran fiabilidad.
- Es la prueba de elección para el diagnóstico precoz del cáncer de mama a nivel mundial.
- Permite la detección de pequeñas lesiones incluso si aún no son palpables, por lo que es una buena herramienta de diagnóstico para descartar las posibles patologías mamarias.
- Es una prueba no invasiva
- Los rayos X no producen efectos secundarios
- A pesar de ser una prueba que en algunas ocasiones puede llegar a resultar dolorosa, son más considerables sus beneficios que los posibles efectos negativos.
- Dura poco tiempo (aproximadamente de diez a quince minutos)

5 Bibliografía

1. <https://www.cdc.gov>.
2. <https://medlineplus.gov>.
3. <https://cancer.net>.
4. <https://aetsa.org>.

Capítulo 269

INFLUENCIA DE LA CONTAMINACIÓN SOBRE NUESTRA SALUD

ROSARIO HENAR GALLEGO RIVERO

1 Introducción

La gran preocupación que existe en la actualidad a nivel global por los efectos existentes tanto a corto como a largo plazo en nuestra salud o de la salud pública nos hace susceptibles de padecer enfermedades respiratorias agudas como (EPOC), enfermedades crónicas como el cáncer de pulmón u otro tipo de enfermedades que tienen relación como las enfermedades cardiovasculares. La contaminación atmosférica no afecta de la misma manera a todas las personas. Las personas más afectadas generalmente son aquellas que sufren de otras enfermedades de base, que tienen un menor grado de defensas, personas inmunodeprimidas, grupos de personas más vulnerables como pueden ser los niños, ancianos, familias con pocos recursos económicos, sin posibilidad de acceder al sistema sanitario, todos ellos son los más susceptibles a padecer estos efectos nocivos en su salud.

Se han creado iniciativas varias para determinar el grado de implicación de los determinados colectivos del ámbito sanitario, como por ejemplo la implicación de las enfermeras y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con la salud general. En muchos países como en Estados Unidos han logrado especificar de qué forma un mejor ejercicio de la salud pública puede fortalecer la infraestructura de salud de una comunidad o de un país.

2 Objetivos

Dar a conocer al Técnico en cuidados auxiliares de enfermería información importante e interesante sobre la influencia de la contaminación en nuestra 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. 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

Debemos conocer todos los problemas que amenazan no solo la salud de los seres humanos, los ecosistemas, la vida del planeta en general para concienciarnos de la importancia que supone la protección, el cuidado y la recuperación de nuestro ecosistema que es nuestro medio de vida.

Los principales problemas ambientales que nos deben preocupar por el grave efecto que produce en nuestra salud son:

- Cambio climático.

A partir del siglo XIX el incremento de la actividad industrial, el incremento de la población y de sus actividades en general produjeron un Incremento considerable de gases de efecto invernadero que provocaron que la tierra sufriera este cambio climático que hoy tenemos.

El cambio climático trae pobreza, miseria, desigualdad, daños medioambientales irreversibles que causan una incidencia directa en los movimientos migratorios no sólo de seres humanos sino también de otras especies, como estamos comprobando desde hace años en muchos puntos de nuestro planeta.

- Contaminación.

La contaminación provoca un gran impacto negativo en los ecosistemas provocando también importantes consecuencias en salud, afectando y reduciendo la esperanza de vida de millones de personas en todo el mundo.

- Pérdida de especies y su biodiversidad.

La biodiversidad es el conjunto de todos los seres vivos que se encuentran en el planeta, bien sean plantas, animales, hongos o microorganismos. La tierra se verá afectada por la pérdida de estas especies y nuestra especie será la más afectada a largo plazo.

- Escasez de agua.

Un 70% de nuestra superficie terrestre está cubierta por agua pero el 97% del agua de mar no es apta para consumo humano. La demanda de agua está creciendo y se estima que crecerá más de un 50% en los siguientes 30 años.

Si a esto le sumamos el problema de su calidad lo que hace que se convierta en un bien muy preciado e importantísimo.

El agua en mal estado es el causante de enfermedades mortales como por ejemplo cólera, fiebre tifoidea, shigella, poliomielitis, meningitis, hepatitis, diarrea. Generalmente en países poco desarrollados o en vías de desarrollo que afectan principalmente a niños y gente enferma. La mayoría de las muertes por diarreas que afectan a estos niños se podrían impedir con un simple lavado de manos y con un tratamiento adecuado del agua, antes de consumirla. Concienciarnos de la importancia que tiene el cuidado y el uso del agua nos garantizará en un futuro una buena salud y poder disponer de agua en unas condiciones óptimas.

- Deforestación.

La deforestación del suelo consiste en despojar el terreno de árboles y plantas, dejando el terreno despojado de vegetación. Si se impidiera la deforestación, la degradación y se recuperarán las grandes superficies deforestadas se lograría evitar y reducir las emisiones de CO₂ lo que supondría una reducción de la contaminación, un impacto positivo en la naturaleza ,recuperar el hábitat de millones de especies y sobre todo se conseguiría salvar de la muerte a millones de personas anualmente debido a la contaminación del aire a compuestos orgánicos volátiles y de óxidos de nitrógeno ,compuestos que están por encima de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

5 Discusión-Conclusión

Los daños ocasionados a la salud de la población de nuestro planeta y al medio ambiente están causados principalmente por el hombre, bien sea directamente como consecuencia de sus actos o por ausencia de voluntad de los gobiernos de no establecer una prioridad a la hora de establecer unas normas más estrictas con respecto a la eliminación de residuos y contaminantes que provocan la aparición de enfermedades que en su mayoría serían prevenibles con un mínimo de control y de medidas adecuadas. La problemática de la salud pública es muy difícil de

solucionar, tanto a corto como a largo plazo.

6 Bibliografía

1. https://www.caps.cat/images/stories/caps/LA_CONTAMINACION_Y_LA_SALUD.pdf
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000200001
3. <https://www.divulgameteo.es/uploads/Efectos-contaminacion-y-la-salud.pdf>
4. <https://www.insst.es/documents/94886/162520/Capitulo+53.+Riesgos+ambientales+para+la+salud>

Capítulo 270

PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

MALENA MENCÍA DE LA FUENTE

1 Introducción

En este capítulo, vamos a tratar los conceptos y las generalidades de las enfermedades transmisibles, de la cadena epidemiológica, y las principales enfermedades transmisibles hoy en día.

Podemos definir enfermedades transmisibles como aquellas que se transfieren de un ser humano a otro o de un animal al hombre, y puede ser por vía directa (al toser o estornudar), o a través de los llamados “vectores” (organismos vivos como insectos), o por la exposición a material infeccioso (como el uso de una inyección contaminada).

A su vez, definimos la cadena epidemiológica como una secuencia cuyos elementos participan en la transmisión de un agente causal hasta un huésped susceptible. El resultado de la interacción de estos elementos es el desarrollo de una enfermedad. Por lo tanto, la cadena epidemiológica constituye la cadena clave para enfermar.

Gran parte de las enfermedades infecciosas se transmiten de una persona a otra, dependiendo del organismo la transmisión puede ser por contacto directo de un individuo infectado con otro no infectado por contacto físico directo, a través de sus secreciones, su piel o sus mucosas, o de forma indirecta a través del aire, cuando la persona infectada estornuda o tose.

Otras enfermedades infecciosas no se transmiten de unas personas a otras directamente, sino que necesitan infectar otro ser vivo para que éste lo pueda transmitir a otra persona, como es el caso de la malaria, que es transmitida por mosquitos portadores del parásito que causa la enfermedad.

Hoy en día estas patologías son una importante causa de mortalidad. A esto hay que unir la aparición de nuevas enfermedades o el distinto comportamiento de enfermedades ya conocidas.

Por estos motivos, todos los países son vulnerables a estas enfermedades y la prevención y control de las mismas es una prioridad en salud pública.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las características generales más importantes de las enfermedades transmisibles.

Objetivos secundarios:

- Reconocer las principales enfermedades transmisibles.
- Conocer sus mecanismos de transmisión.
- Valora la importancia que tiene la prevención de estas enfermedades.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, buscado en distintas páginas web, así como en bibliografías sobre el tema a tratar, donde se han buscado términos como, enfermedades transmisibles, cuales son los síntomas y los tratamientos de las principales enfermedades transmisibles, como por ejemplo : sarampión, tétanos, rabia , hepatitis viral, cólera, SIDA, infecciones respiratorias, diarreas infecciosas crónicas...

4 Resultados

Tras el conocimientos de los principales conceptos epidemiológicos relativos a la transmisión de las enfermedades infecciosas, se puede pautar una serie de medidas preventivas, una de las más importantes las vacunas (son productos biológicos que contienen uno o varios antígenos y se administran con el objetivo de estimular la producción de anticuerpos frente a una enfermedad); si ya no fuera

posible esta prevención tenemos los mecanismos de aislamiento, el cumplimiento de profilaxis...

Es muy importante tener un registro de casos sospechosos, probables, confirmados, lugares, tipo de personas, sexo, edades... donde se puedan hacer estudios que nos lleven a tener unos medios de prevención en estas enfermedades.

Las diez enfermedades más contagiosas que se conocen hoy en día son las siguientes:

- **Gastroenteritis vírica:** es una de las patologías más comunes precisamente por esta facilidad de transmisión. Ocurre por consumir agua o alimentos contaminados con el virus o por entrar en contacto directo con materia fecal de un enfermo. Los síntomas son: diarrea acuosa, calambres en el abdomen, dolores abdominales, náuseas, vómitos, fiebre baja... La mayoría de personas se recuperan sin problemas, aunque puede resultar mortal en personas inmunodeprimidas e incluso ancianos. No existe cura, por lo que la prevención basada en respetar las normas higiénicas básicas es la mejor estrategia.
- **Malaria:** No se transmite de persona a persona, sino a través de la picadura de un mosquito, está provocada por el parásito "Plasmodium", el cual es responsable de una de las enfermedades más infecciosas y que más muertes causa en el mundo. Se trata de una enfermedad muy grave ya que el parásito infecta los glóbulos rojos, haciendo que curse con los siguientes síntomas: fiebre alta, anemia, sangre en las heces, escalofríos, dolor muscular, náuseas, vómitos, ictericia, dolor de cabeza, convulsiones... De no ser tratada, avanza hasta provocar signos mucho más graves que incluyen insuficiencia renal, respiratoria y hepática, cosa que conduce al coma y, en última instancia, a la muerte.
- **Sarampión:** Es propia de los niños y es altamente mortal. Aunque haya vacuna, sigue siendo responsable de más de 100.000 defunciones anuales entre la población infantil. Causada por un virus que se transmite por el aire en partículas que los niños enfermos liberan al ambiente al hablar, tos. Puede derivar en complicaciones graves como la neumonía, la bronquitis o incluso la encefalitis, condiciones especialmente graves en la población de riesgo que son los menores de 5 años. Afortunadamente, la vacunación protege contra esta enfermedad.
- **Tos ferina:** es otra de las enfermedades más contagiosas del mundo, se trata de una patología causada por "Bordetella pertussis", una bacteria que infecta las vías respiratorias altas, especialmente entre la población infantil. La enfermedad se transmite por el aire y la sintomatología más común es la siguiente: tos seca, fiebre, enrojecimiento de ojos, moqueo o congestión nasal, vómitos, fatiga, silbidos al respirar... Cuando ocurre en bebés sí que es potencialmente mortal. Por ello, es muy importante que la madre se vacune contra la tos ferina, pues así se

reduce el riesgo de que el bebé se contagie accidentalmente.

- **Parotiditis:** es extremadamente contagiosa. Conocida popularmente como “paperas”, la parotiditis es una enfermedad vírica que afecta a las glándulas salivales cercanas a los oídos, cosa que provoca la típica inflamación del rostro. Existe vacuna. El virus se transmite por el contacto directo con la saliva de un infectado, haciendo que el contagio sea especialmente común entre niños. Los síntomas, además de la inflamación característica, son: dolor al masticar y al tragar, fiebre, dolor de cabeza, pérdida de apetito, malestar general, debilidad y fatiga, etc.

- **Varicela:** es, evidentemente, una de las enfermedades más contagiosas, está causada por un virus que infecta las células de la piel y que se transmite por el contacto directo y muy posiblemente a través del aire. También existe vacuna. La sintomatología más característica es la aparición de erupciones rojizas en la piel y ampollas llenas de líquido que causan picazón. También es frecuente la fiebre, el dolor de cabeza, la pérdida de apetito, la debilidad, la fatiga y el malestar general.

- **Difteria:** causada por una bacteria que infecta las membranas mucosas de la garganta y de la nariz y que se transmite por el aire. La sintomatología más característica es que se forma una película gruesa de color gris que recubre la garganta y las amígdalas, cosa que viene acompañada de dolor de garganta, dificultad para respirar, fiebre, escalofríos, malestar general... Es una enfermedad grave, pues incluso aplicando tratamiento, tiene una mortalidad del 3%, especialmente en niños. De todos modos, gracias a las campañas de vacunación contra esta enfermedad, la difteria ya no es nada común en los países desarrollados.

- **Resfriado común:** la enfermedad infecciosa más común del mundo. No es la más contagiosa, pero sí la más frecuente. El resfriado común es una patología causada por un virus que se transmite por el aire o por contacto directo y que infecta las células de la nariz y de la garganta. Los síntomas suelen ser leves y consisten en: congestión o moqueo nasal, fiebre baja (si es que hay), dolor de cabeza leve, malestar general, estornudos, tos... Sorprendentemente, seguimos sin disponer de cura para el resfriado común, aunque los analgésicos ayudan a aliviar eficazmente los síntomas.

- **Viruela:** La viruela, que actualmente está erradicada, es la enfermedad que más ha matado a lo largo de la historia. Solo existen dos reservorios en el mundo donde se almacenan muestras del virus: un laboratorio en Rusia y otro en Estados Unidos.

- **Poliomielitis:** Se trata de una patología causada por un virus que se transmite por contacto directo y que puede provocar lesiones graves en los nervios, cosa que deriva en dificultad para respirar, parálisis muscular, deformidades óseas e incluso la muerte. Gracias a la vacunación, ya no hay casos de esta enfermedad,

al menos en los países desarrollados. Por ello, es muy importante respetar los calendarios de vacunación.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión más importante a la que se llega en este trabajo es la importancia de la PREVENCIÓN en todo este tipo de enfermedades. Y de la notificación a las autoridades competentes para que no se conviertan en epidemias o pandemias.

La administración de vacunas constituye una de las actividades preventivas más efectivas de las que se dispone, y una de las medidas que más ha contribuido a la disminución de la incidencia de las enfermedades infecciosas para las que se dispone de vacunas. Tras completar el calendario sistemático establecido durante la infancia, algunas de las vacunas van a precisar dosis de refuerzo y otras deberán ser administradas al estar indicadas por razones de edad o condiciones de riesgo. Un calendario unificado debe permitir fácilmente visualizar en cada momento las vacunas indicadas en cada persona.

6 Bibliografía

1. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0716-10182001000100007&script=sci_arttext.
2. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/>.
3. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334717300886>.
4. <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2016/08/prevencion-de-las-enfermedades-infecciosas.pdf>.

Capítulo 271

EL RUIDO EN LOS CENTROS SANITARIOS

ROSARIO HENAR GALLEGO RIVERO

1 Introducción

Las condiciones ambientales que nos rodean constituyen un punto muy significativo al bienestar del propio paciente, siendo el ruido uno de los principales componentes incluidos en los mismos. El ruido lo podríamos llegar a definir como “el sonido sin valor”, “la energía acústica audible o escuchable, que puede llegar a afectar muy adversamente el buen estado fisiológico – psicológico de la gente”. Cada vez es considerado con mayor frecuencia como un peligro para la salud. Según diversos estudios el ruido escuchado de forma prolongada, ya sea en nuestra vida laboral o cotidiana, puede causar problemas de salud como hipertensión arterial o enfermedades cardíacas. Afecta también a la atención y la memoria. Un ruido por encima de 80 dB desencadena comportamientos agresivos. Se atribuye también a un mayor consumo de tranquilizantes y somníferos.

El ruido fue catalogado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una forma más de contaminación en 1972 y a partir de este momento es cuando se comenzó a tomar conciencia de la problemática que esto suponía.

En el siguiente trabajo veremos cuales son las principales fuentes de ruido en los centros sanitarios, que problemas pueden acarrear para la salud y la legislación que hemos de tener en cuenta en materia de ruidos.

2 Objetivos

Dar a conocer al personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería información importante e interesante sobre los ruidos en los centros sanitarios.

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 todos los estudios que he encontrado, se supera el nivel de ruido recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Siendo las principales fuentes de ruido, las producidas por el propio personal de los centros sanitarios, el ruido proveniente del aparataje y técnicas que realiza el personal de los hospitales, las conversaciones en los pasillos, los timbres, las alarmas de los dispositivos médicos, los carros de medicación y las comidas, el uso abusivo de los teléfonos móviles y el excesivo número de visitantes en los hospitales.

Por otro lado las intervenciones educativas en materia de concienciación al personal y a los pacientes indican que son efectivas para disminuir ruido.

EFFECTOS DEL RUIDO SOBRE LA SALUD:

- Cefalea.
- Dificultad para la comunicación oral.
- Disminución de la capacidad auditiva.
- Perturbación del sueño y descanso.
- Estrés.
- Fatiga, neurosis, depresión.
- Molestias o sensaciones desagradables que el ruido provoca, como zumbidos y tinnitus, en forma continua o intermitente.
- Efectos sobre el rendimiento.
- Alteración del sistema circulatorio.
- Alteración del sistema digestivo.

- Aumento de secreciones hormonales (tiroides y suprarrenales).
- Trastornos en el sistema neurosensorial.
- Disfunción sexual.
- Otros efectos.

LEGISLACIÓN APLICABLE:

- Directiva del Consejo de 12 de mayo de 1986 relativa a la protección de los trabajadores contra la exposición al ruido durante el trabajo (86/188/CEE). Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 137: 28-34 (24.5.86).
- Real Decreto 1316/1989, de 27 de octubre, relativo a la protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de la exposición al ruido (BOE nº 263, de 2 de noviembre de 1989).
- Real Decreto 485/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas en materia de señalización de seguridad y salud en el trabajo (BOE nº 97, de 23 de abril de 1997).

5 Discusión-Conclusión

Se pueden concretar los efectos negativos que tiene el ruido en la salud y las intervenciones modificables que se podrían mejorar. El ruido es una de las causas más importante que interfiere en el sueño-descanso de los pacientes, así como en su proceso de recuperación. Los niveles altos de ruido están muy unidos al incremento en la administración de medicación para dormir. Importancia en la modificación de comportamientos y hábitos rutinarios por parte de los profesionales sanitarios, en el que se podría intervenir de manera directa, son muy importantes para disminuir el ruido. Necesidad de educación y concienciación tanto a pacientes como personal sanitario, implementando programas para disminuir el ruido.

6 Bibliografía

1. https://www.diba.cat/c/document_library/get_file?uuid=72b1d2fd-c5e5-4751-b071-8822dfdfdded&groupId=7294824
2. <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=18/10/2016-72b28c0577>
3. <https://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/medioAmbiente/ruido.htm>

4. <https://www.insst.es/documents/94886/96076/Ruido+Evaluaci%C3%B3n+y+acondicionamiento+ergon%C3%B3mico.pdf/8090501b-24a1-4cc1-8409-6ccc324005ab>

Capítulo 272

FUNCIONES DEL TCAE EN CUIDADOS POST MORTEM

MÓNICA RODRÍGUEZ SIMÓN

ANA ISABEL FERNANDEZ DIEGO

PAULA PUENTE RODRIGUEZ

1 Introducción

La muerte es el término de la vida que provoca la imposibilidad orgánica de sostener el proceso homeostático. La muerte clínica tiene lugar cuando se produce el cese de todas las funciones vitales del organismo momento en el que el médico debe reconocer el cadáver y emitir el correspondiente certificado de defunción una vez lo firma se considera legalmente que la persona ha fallecido. Los cuidados post mortem son un conjunto de procedimientos que se realizan después de la muerte y son llevados a cabo por el personal de enfermería entre los que se encuentra el TCAE.

Los cuidados post mortem son todos aquellos procedimientos y cuidados que realizamos después de la muerte clínica para preparar el cadáver en condiciones adecuadas para su posterior traslado a la cámara mortuoria o servicios funerarios, al quirófano (si sus órganos son donados), sala de autopsia o su propio domicilio, participando en el duelo de las familias en el menor tiempo y dolor posible.

Es importante mostrar en todo momento una actitud de máximo respeto, silencio y discreción hacia el fallecido y de respeto y comprensión hacia su familia.

Son momentos en los que la empatía es muy necesaria para poder actuar con serenidad y seriedad.

2 Objetivos

Explicar el procedimiento a seguir por el TCAE en los cuidados postmortem.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación basada en la revisión bibliográfica sistemática en libros relacionados con el tema. Así como en la búsqueda de artículos y documentos en las principales bases de datos como Así y Scielo escogiendo artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El estado post mortem se trata del tiempo que ha transcurrido tras haber declarado a una persona fallecida, en ese tiempo el cuerpo comienza a sufrir una serie de cambios producto de la descomposición.

El Tcae junto con el personal de enfermería va ser el encargado de realizar los cuidados post mortem al cadáver siendo importante llevarlos a cabo antes que aparezca el rigor mortis de manera adecuada y con los materiales necesarios para que su apariencia sea lo más natural posible para tranquilizar a los familiares. Deberá informar si es preciso sobre la donación de órganos y trámites administrativos que deben seguir.

Anotara en la hoja de enfermería datos de la persona fallecida, hora de defunción y datos del médico que realiza las pruebas para confirmar y certificar defunción.

Materiales necesarios para cuidados post mortem:

- Mortaja o sudario para envolver el cuerpo.
- Vendas para atar las muñecas y tobillos.
- Recipiente con agua y jabón y esponja para lavar el cuerpo.
- Guantes para el lavado.
- Toalla para secar el cuerpo lavado.
- Material para curas (algodón, jeringas, pinzas, tijeras, esparadrapo.)
- Bolígrafo y etiqueta para identificar el cadáver.

Procedimiento durante los cuidados post mortem:

- Reunirse el personal necesario.
- Ponerse bata, mascarilla y guantes (lavarse las manos).
- Aislar al fallecido con una cortina o biombo si comparte habitación.
- Mantener la cama en posición horizontal.
- Quitar almohadas de la cama, solo mantener la de la cabeza.
- Retirar todo el material clínico (catéteres, sondas, etc.).
- Se colocará al fallecido en cúbito supino, alineado y con las piernas extendidas.
- Se comenzará a realizar la higiene completa del fallecido (limpieza de secreciones, cara, afeitado, peinado, etc.).
- Se taponarán los orificios naturales con algodón, con ayuda de unas pinzas (oral, nasal, vaginal, etc.).
- Se colocarán las prótesis dentales en la boca si el fallecido las utilizaba a continuación se le cerrará la boca.
- Se le cerrarán los ojos, si estos no quedaran cerrados se puede utilizar un apósito.
- Las pertenencias del fallecido serán depositadas en una bolsa para su posterior entrega a los familiares.

Técnica de amortajar en rombo:

- Se pondrá al difunto decúbito lateral, para proceder a la retirada de la sábana sucia y colocar el sudario.
- El sudario se pone sobre la cama en forma de rombo.
- Se colocarán empapadores en la zona de los glúteos.
- Se doblarán las esquinas superiores de tal manera que quede la cara al descubierto y se sujetará con esparadrapo.
- Posteriormente se cubrirá el tórax y las extremidades inferiores y se pegará lateralmente con esparadrapo.
- En la actualidad el sudario ha quedado en desuso y se utilizan bolsas especiales.

Técnica de amortajar en rectángulo:

- La sábana se coloca en forma rectangular.
- Se doblará la parte superior tapando la cabeza y la posterior tapando los pies.
- Se doblan las esquinas superiores e inferiores y después los laterales sobre el cuerpo.
- Con una venda o esparadrapo se fija la mortaja.

En ambas técnicas se seguirá el siguiente procedimiento:

Sobre el pecho del fallecido se colocará una tarjeta donde deben de reflejarse el nombre y apellidos del difunto, el número de la habitación y planta en la que

ha fallecido. Se identifica con etiquetas dentro y fuera de la mortaja. El cadáver se trasladará en cama o camilla avisando al celador para que se lo lleven. Para finalizar se realizará un lavado de manos.

Procedimiento después de los cuidados post mortem:

- Entregar pertenencias del fallecido a sus familiares verificando su entrega.
- Retiramos los materiales utilizados durante el procedimiento, se clasifican y se desechan.
- Desinfección de la habitación y del equipo que se encuentre en ella.
- Informar servicio de limpieza.
- Informar de la disponibilidad de la habitación.

5 Discusión-Conclusión

Hemos querido dejar reflejado los protocolos, distintas técnicas y funciones que un TCAE debe conocer y cumplir para poder realizar adecuadamente los cuidados post mortem, dar un signo de respeto hacia el cuerpo del fallecido y además ayudar, apoyar, empatizar y favorecer el correcto procesamiento de las emociones que afloran en las familias ante el impacto de perder a un ser cercano.

El proceso de la muerte es una parte complicada para todo el personal sanitario, ya que su función principal es la de curar y cuidar a los pacientes y que no fallen. Pero esta situación se repite todos los días en los hospitales y es en ese momento donde la figura del TCAE es fundamental para acomodar al fallecido y que su familia se sienta lo más reconfortada posible dentro de las circunstancias.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 273

EL TÉCNICO DE ENFERMERÍA Y LAS POSICIONES HOSPITALARIAS

ROSA ANA ESPINA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Cuando un paciente está ingresado, es importante valorar su mecánica corporal, en el caso de carecer de autonomía propia para el movimiento, se valorará la coordinación que el paciente tiene en el sistema músculo-esquelético y nervios, para mantener una alineación corporal adecuada a la hora de levantarse, acostarse, desplazarse, que capacidad tiene para mantener el equilibrio y de realizar los movimientos necesarios para llevar a cabo sus actividades cotidianas.

En el caso de que la patología del paciente o su dependencia para el movimiento lo limite a pasar gran parte del tiempo en la cama, es el técnico de enfermería, en colaboración del celador si hiciese falta, el encargado de posicionar al paciente, para ello debe de tener los conocimientos necesarios, ya que una mala decisión puede agravar el estado del paciente.

El asesoramiento del equipo médico y el fisioterapeuta es también muy importante.

Las posiciones a adoptar van a depender de lo que se pretenda conseguir, cómo: prevenir lesiones y úlceras, ayudar en los tratamientos ó conseguir la comodidad del paciente. En estos casos las posiciones corporales más frecuentes son: posición de decúbito supino, decúbito prono, decúbito lateral, posición de Sims y Fowler o semi-sentado.

Existen también una serie de posiciones anatómicas que son utilizadas en procesos quirúrgicos como pueden ser: Trendelemburg, morestin o antitrendelemburg, roser, ginecológica o de litotomía.

2 Objetivos

- Definir el tipo de posiciones básicas y quirúrgicas empleadas en el ámbito hospitalario.
- Exponer la función que desempeña el tcae en el manejo de la movilización y posiciones más adecuadas para el paciente.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se llevó a cabo una búsqueda consistente en una revisión bibliográfica, consultando bases de datos como: Scielo, PubMed y Medline, usando como palabras clave: movilización, posición, sims, decúbito. Se consultaron también artículos de interés relacionados con las posiciones empleadas en el ámbito hospitalario.

4 Resultados

Son varias las posiciones que se emplean dependiendo de la finalidad que se necesita conseguir en cada situación, éstas dependen de las necesidades del paciente. Pueden ser posiciones básicas que van encaminadas a la prevención de lesiones en la piel, como las úlceras por presión, en fracturas o para conseguir una adecuada acomodación del paciente, además se consigue mantener las funciones circulatorias y respiratorias del paciente.

En las posiciones de movilización es aconsejable ayudarse de accesorios que faciliten la comodidad como son: almohadas, cojines, camas articuladas.

Las posiciones corporales más frecuentes son:

- Decúbito supino o dorsal: La posición corporal del paciente es boca arriba, acostado sobre la espalda, las extremidades inferiores extendidas, y el cuello en posición neutra.

Está indicada en exploraciones médicas, en post-operatorios de cirugías abdominales, vasculares y traumatológicas de espalda. Es la postura empleada de la que se parte para hacer cambios posturales.

- Decúbito prono o ventral: El paciente está reposando sobre el abdomen, la cabeza girada hacia un lado, las extremidades inferiores extendidas y los brazos extendidos o flexionados.

Esta posición está indicada en pacientes sometidos a cirugía en zona dorsal, en exploraciones de espalda, intervenciones de columna, y cambios posturales.

- Decúbito lateral: Posición de lado, puede ser lado izquierdo o derecho, tronco y cadera bien alineados, brazo interior extendidos a lo largo del cuerpo y el brazo exterior flexionado.

Posición utilizada para la administración de enemas, para la higiene del paciente y cambios posturales.

- Posición de Sims: Cabeza ladeada, brazo inferior extendido hacia atrás y el superior flexionado cerca de la cabeza, la pierna que se encuentra por debajo en semiflexión. Utilizada en pacientes inconscientes, para cambios posturales y administración de enemas.

- Fowler o semisentado: Paciente en posición semisentado, con el respaldo de la cama elevado 45°, es aconsejable para pacientes con problemas cardiacos o respiratorios, para la comodidad del paciente a la hora de comer o leer, y para exploraciones de ojos, nariz y garganta.

- Trendelenburg: Posición del paciente en decúbito supino, la cama está inclinada 45° quedando la cabeza más baja que los pies. Posición inclinada para la mejora de la circulación cerebral, lipotimias, para facilitar el drenaje de secreciones bronquiales.

- Antitrendelenburg: Posición del paciente en decúbito supino, inclinación de la cama 45° con la cabeza más alta que los pies. Es una posición adecuada para tratamientos o cirugías en la cabeza, cuello y parte superior del abdomen.

El técnico de enfermería debe de conocer las posiciones y las técnicas adecuadas para el manejo del paciente, ello contribuye al bienestar tanto del paciente como del propio técnico, evitando resultados no deseados, como: caídas, torceduras o sobrecargas innecesarias.

Es aconsejable solicitar la colaboración del paciente a la hora de realizar cualquiera de las posiciones que vayamos a llevar a cabo, si éste puede colaborar, se sentirá más seguro y tranquilo.

5 Discusión-Conclusión

El técnico de enfermería debe de tener los conocimientos necesarios a cerca de las técnicas de movilización de pacientes y de las posiciones tanto básicas como

quirúrgicas, que se pondrán en práctica dependiendo de las necesidades del paciente.

Si es posible se debe de solicitar la colaboración del paciente e informarle para su tranquilidad de los movimientos que vamos a realizar.

Debe de valorarse la mecánica corporal, si es adecuada permite al tcae: mover, levantar ó cambiar de posición al paciente, y protegerse a sí mismo de sufrir lesiones músculo-esqueléticas.

En caso de movilidad nula o muy reducida es aconsejable la colaboración de tcae y celador para realizar cambios de posición.

Por el contrario una mala actuación a la hora de posicionar al paciente puede dar como resultado consecuencias negativas para éste.

6 Bibliografía

1. Técnicas Básicas de Enfermería. Mc Millan Education. Autores Regina Cordelius y otros. 2015
2. Autores: Enfermeras y Direcciones de Enfermería del Hospital de Santa Marina y Comarca Bilbao.
(Osakidetza). Guía básica de cuidados. 1ª Edición, 2013. pp14-15.

Capítulo 274

EL TCAE Y SUS FUNCIONES EN EL APOYO DOMICILIARIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARÍA DE LOS ÁNGELES MORA PEÑA

SARAMA DELTELL MONTORO

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es un profesional sanitario que se formó para tener unos conocimientos adecuados para proporcionar unos buenos cuidados a los pacientes con los que vaya a tratar y poder desempeñar su trabajo en las diferentes áreas de la atención sanitaria formando equipo con el resto de personal.

Un TCAE en su vida laboral puede desempeñar muchas funciones y muy variadas. En esta revisión bibliográfica hablaremos del trabajo que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el apoyo al domicilio del paciente.

Hay muchas personas que debido a que son dependientes, necesitan que una tercera persona le preste atención y apoyos para poder hacer actividades básicas de la vida cotidiana de cada individuo.

Años atrás, era la propia familia la que daba ese apoyo a los familiares dependientes. Solían ser las mujeres las que prestaban ese cuidado, pero en la actualidad, la unidad familiar ha evolucionado mucho y ha habido muchos cambios como es la introducción de la mujer a la vida laboral, por lo que ha sido necesario crear unos servicios para poder atender a los pacientes dependientes.

Se pueden diferenciar los servicios de atención domiciliaria que unos son los servicios que se realizan en el domicilio del paciente y otros son los servicios asistenciales que son las atenciones que se realizan a personas dependientes en una institución diferente al entorno habitual.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales para el manejo de los pacientes en su domicilio habitual.

Objetivos secundarios:

- Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de los pacientes en su domicilio por parte del tcae.
- Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al apoyo domiciliario.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre las funciones que tiene el TCAE en el apoyo domiciliario. Para ello, se utilizaron las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: Cuiden, Scielo, Cochrane, Scopus. Las búsquedas se realizaron entre enero y marzo de 2020.

Se aplicó una restricción referente al idioma, incluyendo únicamente artículos en idioma español e inglés. Se acotó la búsqueda en los últimos 10 años, desde 2010 al 2020, si bien entendemos que una búsqueda de artículos de los últimos 5 años sería más apropiada, el primer barrido realizado bajo estos términos no proporcionó los suficientes resultados.

La recopilación de los artículos se hizo en base a la relevancia clínica de los mismos con respecto al objetivo del estudio.

4 Resultados

El TCAE en cuanto a los cuidados que presta a las personas dependientes en el domicilio de estos, las funciones que tiene que hacer no son más que mantener en buen estado el bienestar de estos pacientes. Destacamos algunas funciones como son las siguientes:

- En relación con la alimentación, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que conseguir que el paciente siga unos buenos hábitos alimenticios mediante una dieta sana y equilibrada. También ayudará al paciente a que tenga una correcta higiene postural. Es de vital importancia por parte del tcae que este sepa las intolerancias o alergias que padece el paciente.
- En cuanto a la movilización, cuando se trata de pacientes con movilidad reducida, el tcae tiene que ayudarlos a realizar los ejercicios que el profesional de fisioterapeuta le ha marcado. Por otra parte, también tendrá que ayudar al paciente en las tareas de levantarse y acostarse y apoyarles en la movilidad tanto dentro como fuera del domicilio realizando paseos o ejercicios.
- Las tareas socioeducativas
- Tareas socioeducativas: consiste en enseñar o incluir al individuo a que realice las tareas domésticas que le sean posible. También es e hay que inducir a que adquiera hábitos básicos que estén relacionados con la alimentación, la higiene, conductas que sean saludables como por ejemplo que no fumen, que no beban alcohol, que no se droguen, conductas sociales, acompañarles par que no se sientan solos, ayudarles a que se comuniquen con los demás, etc. Con todas estas cosas conseguiremos que crezca su autoestima.
- Aseo personal: cuando se dan casos de que el paciente está encamado, hay que hacerles una higiene de encamados. Si no son encamados, únicamente les ayudamos si fuese necesario en el aseo o en el baño diario, en el lavado del cabello, lavado de dientes, arreglo de uñas, afeitarse, maquillarse, peinarse, ayuda para vestirse, y demás cosas que precisen de ayuda.
- Tareas para una mejor relación con el entorno: estas tareas consisten en ayudar al paciente a realizar tareas fuera del domicilio como por ejemplo dar paseos, ir a la compra, acudir a consultas médicas, etc.

Con todas estas tareas contribuimos a promover el nivel de independencia del paciente y conseguiremos que su autoestima aumente. También es importante dejarle intimidad al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos mencionado al principio, la labor de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería es muy variada, pero en este trabajo nos centremos en una de las labores que en pleno siglo xxi la considero muy importante y muy poco valorada. Esa labor que considero tan importante es la del apoyo domiciliario por parte del TCAE las personas dependientes que necesitan ayuda y que su familia debido a la vida laboral entre otras cosas, no pueden prestarle esa ayuda que

necesitan. Por lo cual, el papel del TCAE e en apoyo domiciliario juega un papel muy importante, ya que sin su ayuda estas personas dependientes no tendrían esa ayuda que necesitan.

En este trabajo pudimos conocer cuáles son las labores que realiza el TCAE en cuanto al cuidado que realizan a las personas dependientes ayudándoles así a promover su salud, mejorar su autoestima, mejorar su bienestar y aumentar sus relaciones sociales.

Esta tarea que desempeñan los TCAE es muy importante y siempre se debe de guardar el respeto y la educación antes este tipo de pacientes debido a que en muchas ocasiones se sienten impotentes porque no se ven capaces de realizar tareas que antes si podían hacer por sí solos sin precisar de ayuda.

6 Bibliografía

1. La Asistencia Personal. ¿En qué se distingue de la Ayuda a Domicilio y los Cuidados Familiares?- 07/02/2019- autor web innova asistencial-disponible en <https://www.innovaasistencial.com/blog/la-asistencia-personalen-que-se-distingue-de-la-ayuda-a-domicilio-y-los-cuidados-familiares/>.
2. Cuidados domiciliarios para personas de edad avanzada- Por Debra Baker-jian, PhD, APRN, Betty Irene Moore School of Nursing, UC David- Últimarevisión completa abr. 2018- disponible en <https://www.msmanuals.com/eses/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/prestaci%C3%B3n-de-atenci%C3%B3n-sanitaria-a-las-personas-de-edad-avanzada/cuidadosdomiciliarios-para-personas-de-edad-avanzada>.
3. Metodología de cuidados de enfermería en Atención Domiciliaria- Edita: Generalitat Valenciana- Conselleria de Sanitat de la presente edición: Generalitat Valenciana, 2004.- disponible en <https://www.google.com/>.

Capítulo 275

EL CÁNCER DE MAMA

JESSICA FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad en la cual las células de la mama se multiplican sin control. Existen diferentes tipos dependiendo de la célula que se vuelva cancerosa.

Los tipos de cáncer de mama más comunes son:

- Carcinoma ductal infiltrante: las células cancerosas se originan en los conductos.
- Carcinoma lobulillar infiltrante: las células cancerosas se originan en los lobulillos

Aunque también existen otros tipos de cáncer de mama menos comunes, tales como la enfermedad de Paget, el cáncer de mama medular, el cáncer de mama mucinoso y el cáncer de mama inflamatorio.

El cáncer de mama se considera el tumor más frecuente entre la población femenina tanto a nivel mundial como en España. Se encuentra por delante del cáncer colorrectal, de útero, de pulmón y de ovario. Se estima que aproximadamente el 30% de los cánceres diagnosticados en la mujer se originan en la mama. El cáncer de mama suele aparecer entre los 35 y 80 años, aunque la franja de mayor incidencia se sitúa entre los 45-65 años, debido a los diferentes cambios hormonales que se producen en la mujer ya que son los períodos peri y post menopausia.

La incidencia de este tipo de cáncer está en continuo crecimiento debido a diferentes factores:

- Aumento poblacional.

- Avance en las técnicas de detección temprana de los tumores.
- Aumento de la esperanza de vida.
- Hábitos de vida.

Estos últimos , pueden y deben ser modificables y resultan muy relevantes actualmente en la incidencia de todo tipo de cáncer: el sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, vivir en lugares muy contaminados y obesidad.

2 Objetivos

Exponer caso clínico de paciente con cáncer de mama.

3 Caso clínico

Paciente de 56 años, postmenopausia, asintomática. Con antecedentes familiares de cáncer de mama.

Acude a consulta de cirugía remitida desde el cribado poblacional de cáncer de mama, que se realiza en su área de salud a las mujeres mayores de 50 años con el diagnóstico de carcinoma in situ de mama derecha.

Tras la valoración de la mamografía diagnóstica se objetiva :

- En cuadrante superior izquierdo de la mama derecha se observan un grupo de microcalcificaciones polimorfas de reciente aparición. No se observan otros hallazgos a destacar.

Se realizó una exploración ecográfica en ambas mamas.

- Mama derecha: las microcalcificaciones no eran claramente visibles por ecografía por lo que se deciden biopsiar con el siguiente resultado: secciones histológicas de tejido mamario adiposo con presencia de carcinoma ductal in situ . No se identifica componente infiltrante.
- Mama izquierda: sin hallazgos de interés.

La participación en los programas de cribado poblacional de cáncer de mama son una herramienta muy importante en la disminución de la mortalidad de esta enfermedad, ya que son un conjunto de acciones cuyo objetivo es la detección precoz (población sana sin sintomatología), mejorar el pronóstico y evitar la mortalidad y/o discapacidad asociada a la misma.

Se suelen acceder al programa mujeres con edades comprendidas entre 50 y 69 años. Y realizan una mamografías llamadas de detección cada dos años.

También se debe tener en cuenta para un diagnóstico precoz los posibles signos y síntomas que aparezcan en la mujer, como:

- Un bulto que se palpa en la mama o en la axila
- Cualquier cambio en la forma o tamaño de la mama
- Secreción en el pezón que se produce de forma repentina, contienen sangre o se produce solo en una mama
- Cambios físico, pezón invertido o llaga en la zona del pezón
- Irritación en la piel, rugosidades, hoyuelos, escamosidad o pliegues nuevos.
- Mama tibias, enrojecidas o hinchadas
- Dolor de mama, especialmente si no desaparece.

4 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama es un tipo de cáncer donde la incidencia va en aumento en todo el mundo en los últimos años, pero debido a los diferentes avances tanto en el diagnóstico precoz como en el tratamiento ha ido disminuido notablemente la tasa de mortalidad del mismo.

Por ello, la mujer debe ser conocedora de la importancia de su participación en los cribados poblacionales de detección precoz de cáncer de mama y en la realización regular de la autoexploración mamaria (entre el quinto y décimo día del inicio del periodo menstrual) y comunicar a su médico cualquier anomalía presente.

5 Bibliografía

1. <https://www.geicam.org>
2. <https://cancer.net>
3. <https://sciencedirect.com>

Capítulo 276

LAS FUNCIONES DEL TCAE EN EL SERVICIO ESPECIAL DE PARTOS

REBECA RODRIGUEZ ARGÜELLES

1 Introducción

Las funciones de los TCAE, son las de apoyar al personal sanitario como son los médicos y enfermeras. no solo se atienden las necesidades de estos profesionales, también se atienden las necesidades de los pacientes tanto hospitalizados como los que se encuentran en el resto de las áreas que disponga el hospital.

En este capítulo hablaremos de cuáles son las funciones que desempeña un TCAE en el área de partos.

LA OBSTETRICIA es una especialidad médica que se ocupa de la vigilancia y el cuidado del embarazo, parto y puerperio, además de comprender los aspectos psicológicos de la maternidad.

EL EMBARAZO es el periodo que transcurre desde la fecundación de un óvulo por un espermatozoide hasta el parto. Durante este período el óvulo que es fecundado se desarrolla en el útero.

El embarazo dura aproximadamente 40 semanas. Por lo general termina con un parto normal.

PARTO de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización con el nacimiento. A este tipo de parto se le denomina parto eutócico. El recién nacido (neonato) nace de forma espontánea, en presentación cefálica (lo primero que sale es la cabeza), entre las 37 y 41 semanas de gestación.

Si el parto sucediera antes de las 37 semanas se considera pretérmino o prematuro, si se produce entre la 41 y 42 sería parto postérmino.

Tras el parto comienza el puerperio o postparto, también llamado cuarentena.

PUERPERIO periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta los 35-40 días (cuarentena), que es el tiempo que necesita el organismo de la madre para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo.

2 Objetivos

Conocer cuáles son las funciones que tiene que desempeñar el TCAE en el servicio especial del área de partos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones del TCAE en las urgencias ginecológicas es apoyar y ayudar al equipo de partos, dichas funciones estarán enfocadas a la preparación de la paciente para las pruebas necesarias que se realicen de manera general:

- Toma de constantes vitales: tensión arterial, temperatura, pulso.
- Preparación de cinturones para colocarle a la embarazada el monitor para registrar los latidos fetales y las contracciones uterinas.
- Ayudar a la embarazada a desvestirse y vestirse.
- Apoyar al ginecólogo/a y matró/a durante el procedimiento que vaya a realizar. Pasándole instrumental, gasas, espéculo, gel, lubricante.
- Apoyo psicológico a la paciente.

En caso de tener que asistir a un parto el TCAE deberá:

Proporcionar a la embarazada el vestuario necesario para que esta se encuentre lo más cómoda posible, por lo general estarán acompañadas por su pareja o un

familiar o amigo (quien ellas decidan) en caso de encontrarse sola, la función del TCAE será la de ayudarla, apoyarla psicológicamente, asistencia en todo momento para resolverle posibles dudas y que no se encuentre sola.

Indicarle junto con la matrona los beneficios que le puede aportar una ducha caliente en las zonas donde el dolor sea más intenso, también se le ofrece una pelota de pilates para realizar balanceo que alivia el dolor. Se le recuerda la importancia de las respiraciones aprendidas en las clases de preparación al parto en caso de asistir.

Poner y quitar cuñas para la exploración por parte de la matrona, asear la zona y asegurarse de una limpieza estéril para el sondaje evacuador cuando tienen la epidural.

Preparará junto con la matrona el equipo epidural para la anestesia y colaborar con anestesista en lo que le solicite.

Preparará el paritorio, mesa con campo estéril con el equipo de parto en la mesa destinada para colocarlo.

Colaborar con la matrona en todo lo que necesite. Ayudarla a ponerse estéril.

Preparar las cunas, ponerlas a calentar para que cuando nazca el bebé se cubra con una sabanilla, muletón y gorrito, estos se encuentren a una temperatura óptima para que no pierda temperatura corporal, este momento es muy importante para el bienestar del RN.

Preparar y revisar la cuna térmica por si llegado el caso el RN necesitase cuidados nada más nacer por parte del pediatra, en caso de que la matrona o ginecólogo/a nos lo indique.

Tras el parto, en cuanto la paciente haya recibido todos los cuidados por parte del personal sanitario, el TCAE le aseará la zona con agua de lavado, le secará la zona con gasas a toques suaves, le colocará compresas de algodón y bragas de malla para sujeción de la compresa.

El post parto lo realizará en una habitación en el área de partos junto con el RN en contacto piel con piel durante 2 horas, en las que será revisada por el matrn/a y aseada cada vez que sea necesario por el TCAE.

Tras las 2 horas de post parto, se subirán púérpera y RN a la planta de pediatría donde se encargaran de sus cuidados hasta el alta.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que desarrolla un TCAE en el área de partos es fundamental, tanto enfermería como para los médicos. Siendo:

La preparación de la sala de dilatación, preparación del paritorio y cunas, los posteriores cuidados que recibirá la puérpera y el RN.

Se le explica a la madre los beneficios que tiene la lactancia materna, ella será quien decida como alimentar a su bebe.

Las funciones que desarrolla el TCAE son importantes y diversas, ya que las realiza antes, durante y tras el parto.

El TCAE debe tener una actitud positiva y ser empática con la paciente, ya que en este caso puede encontrarse asustada aunque no sea la primera vez que pare.

Ser activo y colaborador, ser respetuoso con la paciente, ya que cada una de las mujeres que pasan por esta unidad son diferentes, tanto en creencias religiosas (a las que les resulta desagradable que les miren los genitales) como en creencias científicas y sanitarias (hay mujeres que no están a favor de ser vacunadas durante el embarazo de covid o gripe).

El TCAE debe intentar tener un trato cercano con la paciente sin llegar a invadir su intimidad, ya que este trato hará que la mujer deposite la suficiente confianza en los profesionales que le atiendan, ya que durante el trabajo de parto se pueden dar situaciones complicadas, de esta manera la paciente se sentirá más segura y podrá expresarse y preguntar sin temor todas las dudas que tenga, es un momento muy especial e íntimo.

6 Bibliografía

1. Barrera AriasN, Espeso García AB, Mesa Gonzalez, Alonso Garcia. El TCAE en la unidad de neonatología. Revista Electrónica de portalesmedicos., 2019.
2. Gerencia Atención Integrada SESCOAM. Manual de incorporación al nuevo trabajador en la unidad de paritorio. 2015.
3. HUCA . Área de partos. 2010.

Capítulo 277

ACTUACIONES BÁSICAS EN PRIMEROS AUXILIOS

ANA ISABEL GARRIDO MARTINEZ

1 Introducción

Se denominan primeros auxilios a las actuaciones y medidas que se toman inicialmente con un enfermo repentino o accidentado, que se dan en el mismo lugar de los hechos, hasta la llegada de la asistencia especializada.

El estado y evolución de las lesiones que se derivan de un accidente dependerán de la rapidez con la que se actúe y la calidad que se le aplique a los primeros auxilios.

Por regla general, la primera persona que asume una situación de emergencia o de urgencia, no suele ser un sanitario, por lo que sería beneficioso para todos que a nivel general, todo el mundo tuviera una serie de conocimientos básicos sobre qué hacer ante situaciones de estas características.

Para poder prestar primeros auxilios no necesitamos contar con equipos especializados, lo ideal sería contar con un botiquín, pero en muchos casos, tampoco es necesario. Lo más importante es que las medidas adoptadas sean eficaces y correctas.

Los objetivos a tener en cuenta en los primeros auxilios son:

- Conservar la vida propia y la del accidentado hasta que reciba atención médica y permanecer con él hasta ese momento.
- Evitar complicaciones físicas y psicológicas.
- Obtener ayuda especializada.
- Identificar el daño o lesión que sufre la víctima y conocer las consecuencias más inmediatas de sus lesiones y aislarla de otros riesgos.

- Ayudar a su recuperación.

Hay una importante diferencia entre intentar ayudar y ayudar con conocimientos básicos.

Tener formación en primeros auxilios permite que reconozcamos una emergencia y poder auxiliar sin peligro hasta la llegada de los servicios de emergencia y poder auxiliar sin peligro hasta la llegada de los servicios sanitarios. Nuestra intención de ayudar puede ser buena, pero si vamos a poner en peligro al accidentado o enfermo, así como nuestra integridad física, es mejor no actuar.

2 Objetivos

- Dar una introducción a los primeros auxilios.
- Describir la pauta general de actuación de primeros auxilios.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la materia. Como buscadores de información científica se ha utilizado “Dialnet”, “Google Académico” y Pubmed”. Como variables de búsqueda hemos utilizado “Nociones básicas en primeros auxilios”, “Personas que aplican primeros auxilios” y “Botiquines para primeros auxilios”.

Criterios de inclusión: Trabajos con menos de 4 años de antigüedad en Español. De los 35 trabajos consultados hemos utilizado 10 por cumplir los criterios de inclusión.

4 Resultados

En el momento de socorrer a una persona accidentada o enfermo repentino con algún tipo de patología, es analizar los riesgos que tenemos a nuestro alrededor. Verificar los riesgos que existen en torno al individuo y comprobar las personas que hay cercanas al lugar de los hechos.

Nuestra actuación irá encaminada a realizar maniobras sencillas para evitar lesiones, hasta la llegada de sanitarios cualificados.

- Pauta general de actuación de primeros auxilios.(PAS)

Este acrónimo resume el patrón de actuación básica en materia de primeros auxilios.

* PROTEGE al accidentado y a ti mismo.

Debemos hacer seguro el lugar del accidente, teniendo en consideración que es mejor alejarnos del peligro, pero sin movilizar al accidentado. Si esto no fuera posible, procederemos a movilizar al accidentado, transportándolo en bloque para evitar causarle más daños.

Posteriormente se analizarán posibles situaciones:

- Heridas sangrantes: para las que se deben utilizar guantes desechables.
- Peligro eléctrico: procederemos a desconectar la corriente eléctrica y de no ser posible, separaremos al accidentado de la zona de tensión.
- En caso de incendio: intentaremos controlar el fuego, si hay humo, ventilaremos el habitáculo y si no fuera posible nos protegeremos convenientemente.
- En caso de fuga de gas: ventilaremos y procederemos al corte del suministro de gas, de no ser posible nos protegeremos de manera conveniente, además de tomar como precaución, no encender fuego ni accionar aparatos eléctricos.
- En caso de accidente de tráfico: aparcaremos bien y procederemos a ponernos chaleco de alta visibilidad, además de señalizar la zona.

*AVISA a los servicios de socorro 112:

Los profesionales que atenderán a la llamada de socorro nos harán preguntas al respecto, como:

- Que nos identifiquemos.
- Que informemos del lugar en el que nos encontramos.
- Que seamos específicos en cuanto al tipo de accidente o circunstancia en la que nos encontramos, describiendo el tipo de accidente, intoxicación, quemaduras, etc.
- Informar del número de heridos y estado aparente: conscientes, inconscientes, si respira, etc.
- Importante mantener la línea de teléfono con la que nos hemos comunicado con el 112 por si nos tienen que volver a llamar.

SOCORRE, aplicando los conocimientos de primeros auxilios.

Actuaremos teniendo en cuenta algunas prioridades, por lo que se hará imprescindible que valoremos al accidentado previamente antes de cualquier actuación.

En caso de accidentes múltiples no atenderemos al primer herido que nos encontremos, ni tampoco al que más grite.

- 1º Salvar la vida.
- 2º Evitar que se agrave la situación y las lesiones.

* Prioridad inmediata: problemas respiratorios, paros cardíacos, hemorragias graves, personas inconscientes o en shock, quemaduras del aparato respiratorio, o fracturas importantes.

- * Prioridad secundaria: quemaduras graves, hemorragias moderadas, lesiones en la columna vertebral, accidentados con lesiones en la cabeza.
- * Prioridad terciarias: fracturas leves, quemaduras leves, contusiones, etc.
- * Ultima prioridad: fallecimiento.

- Persona que socorre:

La persona que presta los primeros auxilios deberá:

- * Tener conocimientos básicos, sino es así, es mejor no actuar ya que se puede agravar la situación.
- * Hacer una composición de la zona antes de proceder, es indispensable para garantizar la seguridad.
- * Protegerse contra riesgos biológicos usando métodos barrera, como guantes, protectores en la boca, etc.
- * Proceder con rapidez pero manteniendo la calma en todo momento a la/s víctima/s para no contribuir al pánico. tranquilizar al herido, dándole ánimo y procurando mitigar cualquier preocupación.
- * Evitar mover al accidentado, a no ser que no nos quede mas remedio, en cuyo caso habrá que hacerlo con mucha precaución. Se debe examinar al herido, sin tocarle innecesariamente. Y estableceremos prioridades en caso de que sean varios accidentados.
- * Nos ceñiremos a las actuaciones indispensables, adaptando las medidas necesarias para asegurar la vida y evitar lesiones mayores. Además, aseguraremos la asistencia especializada.
- * Habrá que mantener al herido caliente, además de aflojarle las prendas que le opriman.
- * Evitaremos dar de comer y de beber al accidentado.
- * Apartaremos a los curiosos.

- Botiquines de primeros auxilios:

Un botiquín de primeros auxilios bien provisto puede ayudar a responder de forma eficaz ante lesiones y emergencias comunes.

Mantener un botiquín de primeros auxilios en casa y en el automóvil, seria muy útil y aconsejable.

Procurando guardarlos en lugares accesibles y asegurando que niños de edad suficiente conozcan de su ubicación y existencia.

Puede adquirirse en farmacias o lo podemos elaborar nosotros mismos, según nuestras necesidades.

Un botiquín de primeros auxilios puede incluir:

Cinta adhesiva

Vendas elásticas

Tiras de vendas y vendajes de "mariposa" en diferentes tamaños
 Pegamento extra fuerte
 Torniquete de goma o catéter francés N.º 16
 Vendas estériles antiadherentes y rollo de gasa en varios tamaños
 Protector o almohadilla para los ojos
 Vendaje triangular grande (puede usarse como cabestrillo)
 Férula de aluminio para los dedos
 Compresas de hielo
 Bolas de algodón e hisopos de algodón
 Guantes desechables sin látex, varios pares
 Vaselina u otro lubricante
 Bolsas de plástico de diferentes tamaños
 Alfileres de gancho de varios tamaños
 Tijeras y pinzas
 Desinfectante para manos
 Ungüento antibiótico
 Solución antiséptica y toallitas
 Solución para el lavado de los ojos
 Termómetro
 Pera u otro dispositivo de succión para el lavado de heridas
 Solución salina estéril para irrigación, enjuague
 Barrera respiratoria (mascarilla quirúrgica)
 Jeringa, taza o cuchara para medicamentos
 Manual de primeros auxilios
 Peróxido de hidrógeno para desinfectar

- Medicamentos

Gel de aloe vera
 Medicamentos antidiarreicos
 Laxante
 Antiácidos.
 Antihistamínicos, como difenhidramina
 Crema de hidrocortisona
 Analgésicos, como paracetamol (Tylenol, otros), ibuprofeno (Advil, Motrin IB, otros).
 Se puede considerar también tener siempre aspirina en el botiquín de primeros auxilios. La aspirina puede salvar la vida de un adulto con dolor torácico.
 Dicho material debe ser revisado de manera periódica y reponerse cuando caduque o se haya utilizado.

5 Discusión-Conclusión

Aplicar en todo momento las medidas preventivas mencionadas con anterioridad.

Si ocurre un accidente en nuestra presencia, no se puede ser un simple testigo de la escena, porque esperar o no hacer nada puede ser peor. Hay que actuar de cualquier forma, ya sea colaborando para llamar a los servicios sanitarios o atendiendo a la persona accidentada. Por eso tiene mucha importancia contar con conocimientos básicos en primeros auxilios.

Los primeros auxilios constituyen la asistencia inicial de emergencia que se le proporciona a una persona víctima de una lesión o daño repentino. Se compone de técnicas relativamente simples que pueden realizarse con equipos rudimentarios. Cualquier persona, incluidos aquellos que no pertenezcan al servicio sanitario, pueden realizarlos adecuadamente tras una formación.

Además de ser muy útil contar con un botiquín de primeros auxilios.

6 Bibliografía

1. Garibay, CARLOS. Pelaez, IRENE. Cano, ÁNGEL. Manual de primeros auxilios básicos. México, 2006.
2. San Jaime, AGUSTIN. Actuaciones básicas en primeros auxilios. 2da ed. Tebar.
3. Aspectos Básicos de los Primeros Auxilios». Salvacorazones Primeros Auxilios con RCP y DEA (en español edición). Barcelona España: Prous Science. 2007. pp. 3-22. ISBN 0-87493-598-9.

Capítulo 278

ACCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ANCIANOS CON DIABETES MELLITUS

SUSANA FERNÁNDEZ DE DIOS

OTTILIA ARIANA GHERLAN

JESSICA LUNA IGLESIAS

CARLA GÓMEZ LÓPEZ

NATALIA SERONERO LLORENTE

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por niveles de azúcar (glucosa) en sangre elevados. A la glucosa que circula por la sangre se le llama glucemia. El aumento de glucemia es el resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o en ambas. Dicha diabetes es una de las enfermedades crónicas más extendidas en nuestra sociedad y está precedida de cambios normales en el envejecimiento de la persona, donde se observa un estado de hiperglucemia mantenida debido a un déficit en la producción o uso de insulina.

Por parte del personal sanitario es muy importante controlar la diabetes en nuestros mayores, porque puede llegar a causar problemas de salud muy graves, tales

como enfermedades cardíacas, derrames cerebrales, enfermedades renales, problemas oculares y repercusión a nivel nervioso. Así mismo, tenemos que la diabetes puede afectar distintas partes del organismo y en el caso de las personas mayores con más riesgo. Muchas de esas personas de edad avanzada tienen “prediabetes”, es decir, que los niveles de glucosa son más altas de lo normal, pero no lo suficientemente altas como para diagnosticarlas como diabetes. Si un paciente tiene prediabetes, existe la posibilidad de prevenir o retrasar la diabetes tipo 2, medidas tales como perder grasa corporal, alimentarse correctamente, mantenerse físicamente activo, dejar de fumar y seguimiento médico adecuado.

2 Objetivos

Identificar las causas, síntomas y complicaciones de la diabetes, así como los cuidados del personal sanitario para dicha enfermedad y en particular en las personas de edad avanzada.

3 Metodología

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

4 Resultados

En cuanto a las causas más comunes de contraer la diabetes Mellitus nos encontramos las siguientes: factor genético, la edad, las cuestiones relacionadas con la alimentación, y aspectos socioeconómicos. Referido a los síntomas, los más frecuentes son: Infecciones de piel, polifagia, poliuria, polidipsia, visión borrosa, vaginitis en mujeres e infecciones de vejiga en hombres. Nuestros ancianos pueden sufrir varias complicaciones, tales como alteraciones de los miembros inferiores (pie diabético), complicaciones vasculares (nefropatía, retinopatía diabética, neuropatía), hipoglucemia, hiperglucemia.

Para evitar todo ello es importante que los profesionales sanitarios lleven a cabo un plan de cuidados que consiste en una nutrición adecuada y una dieta equili-

brada, así como un nivel de grasa corporal normal y mantener niveles de glucosa en sangre dentro de los límites normales.

Existen otro tipo de acciones que el personal sanitario ha de fomentar entre esa población mayor, como son las siguientes:

- Estimular el ejercicio como una práctica regular y de una intensidad moderada.
- Medicación: administración de medicación prescrita (insulina y Antidiabéticos orales).
- Educación para controlar la diabetes: el diabético sabrá definir su enfermedad, control de glucosa, hipoglucemia, medicación, nutrición, ejercicio, higiene y cuidados de los pies.
- Promover la autonomía del paciente para el autocuidado requiere un aprendizaje de sus carencias, un esfuerzo y modificación de hábitos para controlar la enfermedad.

El grupo poblacional perteneciente a la tercera edad es tan heterogéneo que es muy importante realizar una valoración integral y así trazar un plan de cuidados individualizados y priorizar los objetivos terapéuticos para evitar la hipoglucemia e hiperglucemia asintomática.

Esa valoración integral del anciano debe de hacerse poniendo especial atención en la prevención y detección precoz de aquellas complicaciones que tengan un impacto funcional en dicho paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tras lo visto en los apartados anteriores y, como conclusión final, podemos decir que los ancianos con diabetes, tienen más comorbilidades que los no diabéticos y que también presentan más riesgo de depresión, caídas, deterioro cognitivo y de incapacidad funcional. Si la persona ya tiene diabetes, hay medidas que el personal sanitario puede establecer para controlarla y prevenir complicaciones derivadas de la misma. De igual modo y por su alta prevalencia en estas personas mayores, tanto la forma insulínica independiente como la no insulínica independiente, existen razones de peso para fomentar, desde la sanidad, el uso de programas para prevenir y controlar dicha enfermedad.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que

conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

1. Soto, P., Masalan, P., & Barrios, S. (2018). La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 288-300.
2. Morales, P. S. (2017). Variabilidad y calidad de la práctica clínica de enfermería en pacientes con Diabetes mellitus, hospitalizados. *Revista Ciencia y Tecnología*, 67-90.
3. Sulca Cárdenas, A. (2017). Cuidados de enfermería en pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II en el servicio Julián Arce del Hospital Nacional Dos de Mayo-2016.

Capítulo 279

LA HERNIA INGUINAL. SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

ROSA MARÍA CANCIO GARCÍA

1 Introducción

Una hernia se produce cuando parte de un órgano o víscera interna sobresale a través de un orificio anormal generalmente a través de un área muscular debilitada. Generalmente se acompaña de una protuberancia, que en los estados iniciales puede pasar desapercibida al ser inapreciable.

Existen diferentes tipos de hernias que varían según donde se hallen localizadas, aunque de forma generalizada, la más común es la hernia inguinal, constituyendo el 75% de todas las hernias que se diagnostican.

Las hernias son un problema muy común en la población. Afectan tanto a hombres como a mujeres y a niños. El diagnóstico de las mismas se produce en ocasiones de forma fortuita en las consultas médicas durante exploraciones rutinarias.

El riesgo de sufrir una hernia inguinal es de 3% en la población femenina y 27% en la masculina. Riesgo, que aumenta con la edad.

El tipo de hernia que es más común, es la hernia de tipo inguinal, que se da entre el 2% y el 5% de la población.

Generalmente la hernia inguinal no es peligrosa, pero puede provocar distintas complicaciones si no mejora por sí sola y requerirán de cirugía para su reparación.

El tratamiento de las hernias inguinales generalmente es quirúrgico.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar los diferentes tipos de hernias inguinales existentes.

Objetivos secundarios:

- Reconocer la sintomatología de las hernias inguinales en la población.
- Exponer los principales métodos diagnósticos en este tipo de hernias.
- Exponer los diferentes abordajes quirúrgicos y las recomendaciones postoperatorias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda han sido: hernia inguinal, protrusión, hernioplastia, síntomas, técnicas de diagnóstico.

4 Resultados

Podemos considerar la hernia como la protrusión o salida de una estructura anatómica, un órgano o víscera, al exterior de una cavidad a causa un orificio natural en la capa muscular o por debilitación de la estructura muscular que lo contiene.

Las hernias se clasifican por su localización anatómica en: inguinal, femoral o crural, umbilical, epigástrica, de Richter, de Spiegel, pélvica obturatriz, pélvica perineal y lumbar o dorsal.

Según su presentación clínica se clasifican en: reductible, incarcerada, estrangulada, incoercible y deslizada o por deslizamiento.

La hernia inguinal se produce, cuando una determinada parte o porción de tejido, sale al exterior a través de una zona debilitada de los músculos abdominales, es decir, se genera por la incapacidad de los músculos de la pared abdominal de soportar un determinado incremento de la presión realizada en la zona intraabdominal.

La hernia inguinal se considera un problema que se genera con frecuencia en la población. El riesgo de sufrir una hernia inguinal es de 3% en la población femenina y 27% en la masculina. Riesgo, que está relacionado con la edad de los pacientes que la sufren, puesto que aumenta con la edad. La mayor incidencia la encontramos en el género masculino con un promedio de edad de 60 años.

Aunque las hernias afectan tanto a hombres como a mujeres y a niños, el tipo de hernia más común es la de tipo inguinal que se da entre un 2% y el 5% de la población, seguida de las incisionales o eventraciones que son causadas por cirugías previas.

De la totalidad de las hernias producidas, el 86% se dan en varones.

Generalmente las hernias inguinales no representan un peligro para la salud del paciente, pero en ocasiones requerirán de cirugía para su reparación.

El tratamiento de las hernias inguinales generalmente es quirúrgico.

El canal inguinal es aquella zona situada en la parte más inferior y lateral del abdomen. Este canal discurre entre la región superior de la pelvis hasta el centro, hasta la región púbica. En este canal se sitúan dos orificios por los que pasan estructuras sanguíneas, terminaciones nerviosas, y según el sexo del paciente, el cordón espermático en los hombres y en las mujeres el ligamento redondo.

Es entre estos dos anillos (anillo inguinal superficial y profundo) por donde la estructura abdominal va a protuir y formar las hernias inguinales.

TIPOS DE HERNIAS INGUINALES.

Se pueden clasificar las hernias inguinales en dos grupos: Inguinales (directa e indirecta) y femorales.

- Hernia inguinal directa: Es aquella que sobresale de forma directa a través de la parte posterior de la pared inguinal y por la parte inferior del anillo inguinal interno.
- Hernia inguinal indirecta: Es aquella producida cuando el tejido abdominal (como el intestino o el epiplón) sobresale por una lesión o un defecto anatómico de la pared abdominal, a través del anillo inguinal profundo.
- Hernia Femoral: es aquella que aparece como un bulto o protusión en la zona correspondiente a la parte superior del muslo que se encuentra cerca de la ingle. Se considera como una prolongación del intestino o de alguna estructura abdominal por medio de una anomalía o defecto anatómico del anillo femoral. Este tipo de hernias se da con más frecuencia en la población femenina y generalmente el lado de la afectación es el derecho. La hernia femoral de forma generalizada

produce dolor y no puede ser reducida. Si se produce el encarcelamiento y la estrangulación intestinal, se produce una situación de urgencia que tendrá que ser resuelta de inmediato en un centro hospitalario.

De todas las hernias producidas la hernia femoral representa un 4%.

El tipo más frecuente de hernias inguinales que se producen son las hernias inguinales indirectas.

SÍNTOMAS DE LAS HERNIAS INGUINALES.

Una gran parte de la población que tiene este tipo de hernia es asintomática o de sintomatología leve.

La hernia inguinal se percibe como un bulto normalmente visible en la zona de la ingle. En muchas ocasiones el propio paciente no es consciente de esta patología, y es en las exploraciones médicas habituales, donde puede ser encontrado por el profesional sanitario.

Las hernias pueden producirse de forma repentina, aunque generalmente son de evolución gradual.

Los síntomas generalmente comunes son los siguientes:

- Protuberancia en la zona de la ingle, normalmente más notorio al estar de pie o realizar algún esfuerzo brusco como al toser
- Dolor o sensación de ardor en la zona afectada
- Incomodidad en la ingle o dolor leve al toser, coger pesos o al inclinarse
- Sensación de pesadez en la zona
- Dolor pélvico en las mujeres

Si la hernia se produce de forma repentina:

- Dolor agudo que puede irradiarse hacia la zona inferior abdominal, muslo y lumbar.
- Dolor en la zona del perineo o el escroto en los hombres.
- Los síntomas producidos por la hernia abdominal pueden agravarse con el aumento de actividades realizadas en la vida cotidiana, como puede ser toser, estornudar, subir escaleras. También con el incremento de la actividad física.
- El dolor de la hernia está relacionado con la actividad, cesando en dolor o las molestias con el reposo.

FACTORES DE RIESGO DE LA HERNIA INGUINAL.

Existen una serie de factores que propician la aparición de este tipo de hernias:

- Sexo masculino

- Edad: Las personas de edad avanzada son más propensas a la aparición de hernias.
- Antecedentes familiares
- Existencia de una lesión en la pared abdominal
- Estreñimiento crónico
- Tabaquismo: que además puede producir tos crónica que produce esfuerzos constantes en la zona abdominal debilitada.
- Antecedentes de intervención quirúrgica en la zona anatómica.
- EPOC: que produce tos crónica, así como metabolismo defectuoso del tejido conjuntivo.
- Embarazo.
- Nacimiento prematuro y/o bajo peso al nacer.
- Antecedentes de hernia inguinal anterior.
- Trabajo con pesos durante un tiempo prolongado.
- Índice de masa corporal bajo: las personas delgadas son más propensas a tener una hernia.

DIAGNÓSTICO DE LAS HERNIAS INGUINALES.

El diagnóstico de este tipo de hernias se produce de forma muy frecuente durante la exploración física del paciente en las consultas médicas, mediante inspección visual y palpación, donde se comprueba la existencia o no de protrusión en la zona, generalmente en la realización de esfuerzos abdominales como toser.

Si el tamaño de la hernia es considerable, esta será aparente a simple vista. Además de la exploración física la ecografía y el TAC, serán útiles para la detección de hernias de pequeño tamaño.

• La ecografía:

Es la principal herramienta utilizada para la identificación de aquellas hernias no detectadas mediante exploraciones físicas. Este método diagnóstico permite al profesional sanitario aumentar la presión intraabdominal durante el estudio realizando la maniobra de Valsalva o realizando una leve compresión sobre el abdomen del paciente.

Es la primera técnica de elección entre los estudios de imagen existentes, pues no requiere de la preparación del paciente, es un método no invasivo y más económico que otros estudios.

• Tomografía Computarizada:

Es una herramienta de gran utilidad si se desea confirmar el diagnóstico y descartar tumores, hematomas, defectos anatómicos óseos o articulares o abscesos entre

otros que se pueden comportar como este tipo de hernias.

La herramienta diagnóstica de mayor utilidad en la identificación de las hernias no detectables en el examen de la pared abdominal es el ultrasonido . Esto se debe a su característica de medio diagnóstico no invasivo, de fácil acceso, ampliamente disponible, sin exposición a la radiación y relativamente barato. Permite la investigación de manera dinámica y rápida, ya que el paciente no requiere preparación.

TRATAMIENTO.

El Tratamiento de la hernia inguinal en un primer momento, consistirá en la observación de la evolución de la hernia durante un periodo de 6 a 8 semanas de reposo, con o sin tratamiento (antiinflamatorios, laxantes o tratamiento fisioterápico).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

La reparación quirúrgica se reservará cuando el paciente sea sintomático o si no se observan mejorías con el tratamiento no quirúrgico, mejorando calidad de vida de estos pacientes.

La cirugía de las hernias es una de las intervenciones quirúrgicas realizadas más frecuentemente.

Las principales opciones quirúrgicas para la reparación de la zona herniada son las siguientes:

- Reparación quirúrgica abierta con suturas sin el implante de una malla:
Consiste en la remoción del saco herniario para posteriormente estrechar el anillo u orificio herniario mediante sutura. Es la que se lleva a cabo con menos frecuencia.
- Reparación quirúrgica abierta con malla:
Consiste en la implantación de una malla de material protésico para cubrir una hernia e impedir así su protrusión. Este tipo de cirugía descende la probabilidad de recurrencia de la hernia.
- Reparación laparoscópica con malla:
El abordaje se realiza desde el exterior a través una pequeña incisión en el área afectada, para llegar hasta la zona de origen mediante cánulas conectadas a una cámara que permitirán ver al cirujano el interior de la anatomía del paciente. La malla se fijará con pequeñas grapas quirúrgicas.

CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS.

Una vez el paciente sea dado de alta tras la intervención seguirá una serie de

recomendaciones para la recuperación de la actividad de su vida cotidiana, lo más pronto posible.

Las principales indicaciones que se proporcionan a los pacientes que han sido intervenidos de una hernioplastia son las siguientes:

- Dieta: se aconseja dieta blanda durante los primeros días. Progresivamente se irá adquiriendo una dieta normal. Se recomendará los alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento y los esfuerzos a la hora de ir al baño. Se recomienda comida rica en fibra, beber agua abundante...para evitar el estreñimiento, porque los esfuerzos abdominales pueden desencadenar dolor en la zona quirúrgica.
- Medicación: Se prescribirán analgésicos en caso de que se precisen.
- Curar la herida: Para evitar la aparición de un hematoma en la herida, manteniéndola limpia y seca.
- Actividad física moderada.

5 Discusión-Conclusión

La hernia inguinal se considera un problema que se genera con frecuencia en la población. Se genera por la incapacidad de los músculos de la pared abdominal de soportar un determinado incremento de la presión realizada en la zona intraabdominal. Es el tipo de hernia que se da con más frecuencia entre la población.

El riesgo de que se produzca una hernia aumenta con la edad y se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. El tipo más frecuente de hernias inguinales que se producen son las hernias inguinales indirectas.

Generalmente las hernias se producen de forma gradual, aunque en determinadas ocasiones se puede formar de forma repentina, aumentando la sintomatología de estas.

Existen una serie de factores predisponentes a sufrir hernias en la población.

La mayoría de las hernias se diagnostican mediante exploración en la consulta médica, pero existen otras pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico como la Tomografía Computarizada o la ecografía, siendo esta última la herramienta ideal para el diagnóstico al permitir un estudio dinámico, rápido y económico.

El Tratamiento de la hernia inguinal normalmente es quirúrgico si el paciente es sintomático. Entre las opciones quirúrgicas, la reparación abierta con malla y la

técnica laparoscópica son las técnicas más utilizadas actualmente.

El paciente recuperará la normalidad en las actividades de su vida cotidiana de forma gradual, siguiendo unas pautas de fácil seguimiento al alta tras la intervención

6 Bibliografía

1. Esqueda-Suarez JL. 2010. Hernias. Artículo de revisión. Revista Médica MD;2(2):75-80. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2010/md102f.pdf>
2. Carbo Yagual SA, Vaca Morla FA, Pincay Cevallos SD, Chang García CM. 2020. Artículo de Revisión. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento; 4(1):63-70. Recuperado de <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/747>
3. Acuña Barrios J, Carlos Elles RC, Ramiro Alcalá EM, Bredes Espitia LA. 2020. Medios de Fijación de mallas en la cirugía abierta y laparoscópica de la hernia inguinal. Estudio retrospectivo de 195 hernioplastias. Revista hispanoamericana de Hernia;8(1)3-10. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7575305>
4. Martín Jimenez MC, Marin Morales J, Gallardo García A, Marrero Cantera S, Fernández Zuleta A, Galindo Galinde A. 2013. Hernia Primaria Incisional de Pared Abdominal. Tipos de reparaciones protésicas abiertas. Cirugía Andaluza;24:263-266. Recuperado de <https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2013/2013-vol24-n3-4-act12.pdf>
5. Berger D. 2016. Evidence-Based Hernia Treatment in Adults. Dtsch Arztebl Int.;113(9):150-7; Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26987468/>
6. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, de Lange D, Fortelny R, Heikkinen T, Kingsnorth A, Kukleta J, Morales-Conde S, Nordin P, Schumpelick V, Smedberg S, Smietanski M, Weber G, Miserez M. 2009. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Hernia;13(4):343-403. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19636493/>
7. Vicent M. Vacca JR. 2018 Hernia Inguinal. La lucha contra la protrusión. Nursing;35(2):26-33. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-hernia-inguinal-la-lucha-contras0212538218300384>
8. Casamayor Callejas, E, Legrá Legrá, J, Danger Durán, M, & Pardo Olivares, E. 2018. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes operados de hernias

inguinales. MEDISAN, 22(6), 400-407. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000600003&lng=es&tlng=es.

Capítulo 280

CUIDADOS DEL PERSONAL SANITARIO A PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

SARAI RODRÍGUEZ MARTÍN

MARIA YAMILE PANEQUE CUEVAS

OLGA LANA DÍAZ

MARÍA GONZÁLEZ LANA

SUSANA PENÍN CASTRO

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson fue dada a conocer por James Parkinson, en el año 1817 y es un trastorno progresivo del sistema nervioso central que afecta a estructuras del cerebro encargadas de la coordinación y del control del movimiento, a causa de la degeneración de neuronas pigmentadas de la sustancia negra.

Esta enfermedad de Parkinson, también conocida como parálisis agitante, es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso que afecta al movimiento llegando, en estados muy avanzados, a provocar en el paciente una incapacidad total. El parkinson es el segundo trastorno neurodegenerativo más frecuente, siendo el primero la enfermedad de Alzheimer. Afecta tanto a los hombres como a las mujeres, siendo más frecuente que aparezca a partir de los 60 años, su incidencia aumenta con la edad. En la actualidad no existe un marcador biológico

para identificar esta enfermedad, su diagnóstico se basa en la clínica. La tríada diagnóstica clásica para su detección es rigidez, temblor, bradicinesia. Esta enfermedad se produce por la muerte o descomposición de las células que producen la dopamina. La dopamina es un neurotransmisor cuyas funciones en el cerebro se ven relacionadas con el movimiento, la memoria, la atención, el sueño, el humor, el comportamiento y la cognición.

2 Objetivos

Identificar los aspectos más notables de la enfermedad de Parkinson, con sus signos y síntomas principales, así como explicar los posibles tratamientos que hay.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según los estudios los signos y síntomas del Parkinson son diferentes en cada persona e incluso en muchos casos el comienzo de la sintomatología suele ser muy leve o pasar inadvertida.

Suele comenzar en un lado del cuerpo y conforme va avanzando continúa empeorando ese mismo lado a pesar de que el otro también se encuentre afectado. Sus signos más significativos son:

- Temblores: estos se producen sobre todo en reposo y suele ser el primero en aparecer. Puede estar presente en un solo brazo o pierna y puede mejorar si se mueve esa parte. Otras zonas del cuerpo donde surgen los temblores son la barbilla, lengua y los labios. Si el paciente sufre de estrés hace que sea más notables estos signos.
- Bradicinesia: Es la lentitud en los movimientos tanto voluntarios como involuntarios. Acciones o movimientos que suelen ser fáciles para estos pacientes se vuelven en una tarea difícil y hace que les lleve mucho más tiempo para realizarla,

como por ejemplo levantarse de una silla. Los pacientes con Parkinson suelen dar más cortos e incluso caminar arrastrando los pies.

- Rigidez muscular: En cualquier parte del cuerpo puede presentarla. - Alteración del equilibrio y de la postura: Pasos cortos, pies juntos, doble su cuerpo hacia delante... uno de los peligros que conlleva estos síntomas, es el elevado riesgo de caídas.
 - Cambios en el habla y en la escritura: Dificultad para escribir y suele hacer la letra más pequeña e ilegible.
 - Pérdida de los movimientos automáticos: Se observa una reducción en la capacidad para hacer movimientos inconscientes, tales como sonreír, parpadear, balancear los brazos al caminar, etc.
 - Depresión y ansiedad: El paciente diagnosticado de EP le cuesta aceptar la enfermedad e incluso muestran enfado por el deterioro que le causa al ver la dificultad para realizar actividades que normalmente hace en su vida diaria.
- Todos estos síntomas empeoran a medida que avanza la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Tras lo visto en los apartados anteriores y, como conclusión final, podemos decir que el papel del personal sanitario es importante para hacer un plan de cuidados estandarizado que incluya unos cuidados de calidad acerca de las necesidades que se ven afectadas en esta enfermedad como pueden ser la movilidad, el reposo y el sueño y la eliminación. Por este motivo es importante una detección precoz de la enfermedad de Parkinson, aunque resulta muy complicado, ya que es fácilmente confundible con los síntomas que aparecen en la vejez.

Hoy en día esta patología crónica no existe curación, cuyo tratamiento se centra en reducir la velocidad de progresión de la enfermedad y hacer uso de medicamentos que alivien esos problemas motores y rigidez.

6 Bibliografía

1. Cuevas, P. V. (2016). Danza-movimiento-terapia en la enfermedad de Parkinson. Plan de cuidados estandarizado. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 8(1).
2. Linares-del Rey, M., Vela-Desojo, L., & Cano-de la Cuerda, R. (2019). Aplicaciones móviles en la enfermedad de Parkinson: una revisión sistemática. *Neurología*, 34(1), 38-54.

3. Robles Gaitero, G. (2016). Enfermedad de Parkinson. Abordaje enfermero.

Capítulo 281

CÓMO AFECTA EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO

LORENA PENA HERNÁNDEZ

ANA BELÉN COSTA ANES

AZAHARA MIER MARTÍN

MARIA JOSE GÓMEZ FERREIRO

MARIA GARCÍA MORTERA

1 Introducción

El síndrome de desgaste profesional o síndrome de Burnout es un estado de agotamiento mental, emocional y físico que se presenta como resultado de exigencias agobiantes, estrés crónico o insatisfacción laboral. El Síndrome de Burnout junto con el estrés están muy presentes en la vida de los trabajadores sanitarios, pudiendo llegar a minar no sólo la salud del propio trabajador, sino también, pudiendo afectar a la calidad asistencial del propio sistema sanitario y como consecuencia el bienestar y la salud de toda la población.

Desde sus inicios, este síndrome, se ha definido de muchas forma; siendo la más repetida la planteada por Maslach y Jackson (1981), quienes lo definen como un síndrome caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo, que puede ocurrir entre individuos cuyas

tareas diarias y laborales se circunscriben o aplican al servicio de las personas. El síndrome del Burnout se caracteriza por un estado emocional que comienza, en la mayoría de las ocasiones, con una sobrecarga constante y mantenida en el tiempo, tras una acumulación de un alto nivel de estrés crónico, de excesivo trabajo, de exigencias personales o institucionales y/o de insatisfacción laboral. Todo esto conlleva una negatividad sobre el profesional sanitario, afectando a su motivación interna, a su actitud y, por consiguiente, a la conducta o forma de comportamiento del profesional que lo sufre.

2 Objetivos

Identificar cuáles son las principales causas del Síndrome de Burnout, así como sus principales síntomas y signos que padecen nuestros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Burnout viene de un término anglosajón, que en español se traduciría como “quemarse por el trabajo”, y que nace en Estados Unidos a mediados de los años setenta como una forma de describir las reacciones adversas que se producían entre el personal que trabajaba en los servicios sociales. Está claro que un trabajador comprometido y motivado es más productivo y será más útil que otro que se encuentre deprimido, estresado y/o cansado, por lo que es esencial mantener a los trabajadores en condiciones óptimas de salud, para que de ese modo puedan repercutir positivamente en la empresa, en su crecimiento y en su desarrollo.

El origen de este síndrome está en la interacción entre varias características, incluido el propio entorno laboral, o las condiciones de trabajo (como desencadenantes) y en otras variables que incluyen la personalidad del trabajador, es decir, variables sociodemográficas individuales o que tienen relación con el entorno del trabajador. Así tenemos que las fuentes de estrés y el desgaste profe-

sional o Burnout dentro de las profesiones asistenciales pueden englobarse en dos grandes categorías: Por un lado la relación y el contacto directo con los pacientes y por otro los factores administrativos y organizacionales, es decir, podemos clasificar los factores desencadenantes o estresores y las variables facilitadoras o moduladoras que pueden ser sociodemográficas, de personalidad y los afrontamientos.

Según los estudios realizados por Gil Monte y Peiró , se pueden organizar en categorías:

1. Ambiente de trabajo y contenidos del puesto: como son el ruido, la iluminación, la temperatura, la higiene, la disponibilidad de espacio, la sobrecarga, los turnos rotativos, etc.
2. Estrés por desempeño de roles. Relaciones interpersonales con otros compañeros de trabajo, con subordinados o con jefes, y desarrollo de la carrera profesional.
3. Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y con otros aspectos organizacionales que implican un cambio en habilidades requeridas o en el ritmo de trabajo, el grado de participación y la autonomía.

5 Discusión-Conclusión

Tras todo lo visto en los apartados anteriores y, como conclusión final, podemos decir que parece obvio que el síndrome de Burnout ha llegado a nuestra sociedad para quedarse, haciéndose más prevalente a lo largo de los años en toda la población y también en el colectivo sanitario. Su prevalencia se relaciona con factores sociodemográficos y de personalidad, así como con factores intrínsecamente laborales. Por esta razón, es obvio que el Síndrome de burnout es un problema creciente entre los profesionales sanitarios, que requiere de más estudios al respecto, así como de instaurar las herramientas necesarias para detener su avance. Son los niveles de estrés y la insatisfacción laboral los que se asocian con la salud mental y física de los profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

1. Lorente, R. L., Montero, C. M., González, C. F., García, E. G., Trillo, R. O., Pendón, A. D. C., & Puche, J. L. G. (2000). El síndrome de burnout en el personal sanitario. Instrumentos de medida. *Medicina paliativa*, 7(3), 94-100.

2. Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista española de salud pública*, 78(4), 505-516.
3. Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J. L., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J., & Van-der Hofstadt, C. J. (2015, August). Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 38, No. 2, pp. 213-223).

Capítulo 282

CÁNCER DE CÉRVIX, CRIBADO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

ROSA MARÍA CANCIO GARCÍA

1 Introducción

Podemos considerar el cáncer cervical como uno de los tumores malignos más comunes entre la población femenina, estimando el fallecimiento de 200.000 mujeres al año, y constituyendo el tumor más frecuente en los países no industrializados y ocupando el décimo lugar en los países desarrollados. Este tumor cervical o de cuello uterino, tiene su origen en las células que revisten el cuello del útero. El cáncer de cuello uterino puede ser prevenido con la realización de pruebas de detección de forma regulares para detectar cualquier lesión precancerosa y, por lo tanto, tratarla de forma precoz, así como con la vacunación contra el VPH.

Se cree que los cambios anormales que se pueden identificar en el ámbito profesional sanitario mediante las diferentes pruebas existentes como puede ser en los programas de cribado de cáncer de cérvix entre otros, son los primeros indicios de una serie de cambios que pueden llevar a convertir las células normales en precancerosas.

Existen diferentes tratamientos disponibles para aquellas pacientes afectadas con esta dolencia, pudiendo distinguir entre los tratamientos estándar (usados habitualmente en la actualidad) y otros actualmente utilizados en ensayos clínicos, para obtener mejores resultados en la aplicación de los tratamientos para estos pacientes.

Algunas de las células anormales desaparecen sin tratamiento, pero otras pueden volverse cancerosas. Las células anormales, a veces llamadas tejido precanceroso,

deben ser extirpadas para detener el desarrollo del cáncer. A menudo, el tejido precanceroso puede extirparse o destruirse sin dañar el tejido sano, pero en algunos casos, es necesario realizar una histerectomía como prevención del cáncer de cuello uterino.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los principales síntomas que produce el cáncer de cérvix.

Objetivos secundarios:

- Conocer los principales métodos diagnósticos de esta enfermedad.
- Exponer los principales métodos de abordaje y tratamientos de la enfermedad.

3 Metodología

Para la realización de la presente revisión bibliográfica se han consultado las principales páginas de contenido científico mediante los diferentes buscadores de bases de datos como Scielo, Dialnet, Medlineplus, acotando nuestra búsqueda con los descriptores booleanos IN y NOT y utilizando las palabras clave: cáncer cérvix, cuello uterino, conización, células precancerosas, cribado y citología.

4 Resultados

El cáncer de cérvix o de cuello uterino, tiene su origen en las células que revisten el cuello uterino, es decir en la matriz, o parte inferior del útero.

La vagina, esta conectada con el cuello del útero a través del cuerpo del útero, lugar donde se desarrollará el feto en caso de fecundación.

Esta patología comienza con el crecimiento descontrolado de las células que recubren el cuello uterino, que está compuesto por dos partes y a su vez recubierto por dos tipos de células diferentes.

- El endocérvix que se encuentra recubierto por las denominadas células glandulares
- El exocérvix que se encuentra recubierto por células escamosas, y será esta parte más externa del cuello uterino la que el profesional médico examinará con ayuda de un espéculo para realizar la prueba de Papanicolau.

Entre ambas estructuras del cuello uterino existe la llamada zona de transformación, donde estas células precancerosas se transformarán de forma gradual.

No todas las mujeres que han sufrido cambios precancerosos en las células del cuello uterino desarrollarán la enfermedad, ya que en muchas de ellas estas células desaparecerán sin requerir ningún tipo de tratamiento.

Por el contrario, algunas mujeres desarrollarán la enfermedad al convertirse estas células precancerosas en verdaderos cánceres invasivos.

Con el tratamiento de los pre cánceres de cuello uterino, será posible prevenir la mayoría del desarrollo de la enfermedad.

EPIDEMIOLOGÍA

La mayor frecuencia con la que es diagnosticado este tipo de tumores en mujeres entre los 35 y los 45 años, siendo la edad promedio de diagnóstico en torno a los 50 años. De forma excepcionalmente rara se desarrollan cáncer de cuello uterino en mujeres menor de 20 años.

Aquellos cánceres diagnosticados en mujeres mayores de 65 años generalmente son debidos a la ausencia de exámenes de detección regulares.

La tasa de supervivencia a 5 años de las pacientes que han desarrollado cáncer de cuello de útero es de 66%, aunque se debe tener en cuenta que la citada tasa estará influida por factores como la raza, origen étnico y la edad.

SINTOMATOLOGÍA DEL CÁNCER DE CÉRVIX.

Aquellas mujeres que padecen pre cánceres y cánceres de cuello uterino en etapas temprana, generalmente son asintomáticas. A medida que el tumor crece hacia el tejido adyacente es cuando comienzan a aparecer los síntomas más comunes:

- Sangrado vaginal anormal: que puede ocurrir después de mantener relaciones sexuales, después de la menopausia, sangrados o manchados entre períodos o que cambian en duración o intensidad.
- Secreción vaginal inusual, en ocasiones con contenido hemático.
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Dolor en la zona pélvica

Una vez que la enfermedad está en un estadio más avanzado, se pueden observar:

- Hinchazón de las piernas
- Dificultad para orinar o para evacuar
- Orina hematúrica

LA IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS DE CRIBADO

El desarrollo de la citología exfoliativa, así como los cribados de detección de cáncer de cérvix, han facilitado la detección precoz de esta enfermedad, siendo

este cribado, una actividad de prevención importante implantada en la mayoría de los sistemas de salud sanitarios, logrando encontrar cambios en el cuello uterino, antes de que estas células precancerosas se tornen en cancerosas.

El principal objetivo de las pruebas de cribado para la detección de cáncer de cérvix es identificar la existencia de células precancerosas de la forma más precoz posible, siendo en esta fase donde esta enfermedad es más tratable y curable, dónde además la paciente todavía se encuentra en una etapa asintomática de la enfermedad.

Puesto que el desarrollo de la enfermedad es muy raro en mujeres menores de 25 años, no se recomiendan hasta haber superado esta edad, ya se considera que estas pruebas podrían dar lugar a resultados anormales debido al desarrollo fisiológico normal que ocurre durante la adolescencia entre mujeres, llevando a iniciar tratamientos innecesarios en las mismas.

En edades comprendidas por encima de los 65 años, es muy poco probable el desarrollo de la enfermedad si se han llevado a cabo los programas de detección precoz durante la franja de edad indicada para ello.

Las principales pruebas de cribado que se llevan a cabo en nuestro país son la prueba del VPH (virus del Papiloma humano y que se contagia por medio de relaciones sexuales y que en ocasiones puede derivar en cáncer) y la prueba de Papanicolaou. Si los resultados fuesen anormales el profesional médico puede solicitar pruebas de diagnóstico complementarias.

Tradicionalmente se ha estado realizando los exámenes basados en citología (Prueba de Papanicolaou) como único método de detección de estas células precancerosas, pero actualmente con el desarrollo de las pruebas para el VPH (Virus del Papiloma humano), se incluyen tres modalidades:

- Las pruebas de VPH (se busca la presencia de tipos de VPH de alto riesgo)
- Las pruebas de Papanicolaou
- Las pruebas en conjunto de VPH y Papanicolaou, en las que se utiliza la misma muestra en busca de los tipos de VPH de alto riesgo a la par que los cambios en las células anormales del cuello uterino.

• LA PRUEBA DE PAPANICOLAU.

Esta prueba consiste en la recolección para el análisis de células del extremo inferior del útero, detectándose además cambios en las células del cuello uterino, que indican la probabilidad de convertirse en células cancerosas en el futuro. La temprana detección de estas células anormales es el principal paso para detener el posible desarrollo de cáncer cervical.

La prueba de Papanicolau está recomendada para mujeres en edades comprendidas entre los 21 y 65 años con una periodicidad de tres años, combinándola además con un examen pélvico y en aquellas mujeres de más de 30 años esta prueba puede ser combinada con el examen para detectar el HPV (virus del papiloma humano).

- LA PRUEBA DEL VPH

Una gran parte de los cánceres de cuello uterino están causados por un tipo de infección transmitida por vía sexual por tipos oncogénicos de VPH (virus del papiloma humano). Esta prueba consiste en la identificación de aquellas lesiones precancerosas causadas por este virus que pueden ser removidas para impedir que den lugar a futuras lesiones cancerosas. Actualmente no existe tratamiento contra la infección con el VPH, pero la vacuna puede ser útil en la prevención de esta infección.

PERIODICIDAD EN LOS PROGRAMAS DE CRIBADO

En edades comprendidas entre los 21 y los 29 años, la prueba de Papanicolaou se realizará cada tres años.

En edades comprendidas entre los 30 y los 65 años, se pueden considerar tres opciones:

- Realización de la prueba de Papanicolaou cada tres años.
- Realización de la prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH), cada 5 años.
- Realización de la prueba de Papanicolaou y la prueba de detección de VPH cada 5 años.

Un resultado alterado de una de estas pruebas para la detección del cáncer de cérvix ha de ser tomado en cuenta como el primer indicio de la probabilidad de la existencia de la enfermedad.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PARA EL CANCER DE CUELLO DE ÚTERO

- Estudio de antecedentes y examen médico:

El profesional realizará la anamnesis al paciente recabando información sobre sus antecedentes médicos, familiares y personales, teniendo en cuenta la existencia de factores de riesgo y los síntomas manifestados del cáncer de cuello de útero. Se realizará un examen físico completo para evaluar el estado general de la paciente, un examen pélvico y en caso de que no se haya realizado anteriormente una prueba de Papanicolaou.

Los ganglios linfáticos serán estudiados en profundidad para considerar la posibilidad de metástasis.

- Colposcopia:

Consiste en un procedimiento ginecológico cuya finalidad es examinar el cuello del útero, vagina y vulva en busca de alteraciones. Generalmente se realiza tras la obtención de unos resultados anormales en el examen de Papanicolaou. El instrumento utilizado es un Colposcopio consistente en un dispositivo de aumento iluminado que es colocado en la abertura de la vagina para poder visualizar problemas indetectables a simple vista.

Además, también se utiliza para:

- Comprobar la existencia de verrugas genitales, como signo de infección por el virus del papiloma humano.
- Detectar pólipos (crecimientos no cancerosos)
- Comprobar la existencia de irritación o inflamación en el cuello uterino.

En caso de que se observe un área considerada anormal, se podrá extraer una muestra de tejido para biopsiarla en el laboratorio.

- Biopsias cervicales:

Biopsia colposcópica:

Tras la realización de la colposcopia, se extrae una pequeña sección de tejido del área considerada anormal en la superficie del cuello uterino. Es necesario explicar a las pacientes que se sometan a este tipo de pruebas que pueden causar una leve molestia y que un ligero sangrado tras la realización de la prueba entra dentro de la normalidad.

Lgrado endocervical o raspado endocervical:

Consiste en la inserción por el canal endocervical un cepillo o una cureta que se utiliza para raspar el interior del canal y de esta forma extraer tejido de la zona que posteriormente se enviará a el laboratorio para examinarlo, generalmente se realiza si no se observa algún área anormal mediante la colposcopia. Los sangrados leves se pueden considerar normales tras la realización de esta prueba.

Biopsia de Cono (Conización):

Consiste en extraer una muestra de tejido en forma de cono del cuello uterino. Esta muestra estará constituida por la parte externa del cuello del útero (exocervix) y por el canal endocervical (que constituirá la parte de la punta o ápice del cono), de modo que la muestra incluye la zona de transformación que es el lugar donde se encuentran con más frecuencia lesiones tumorales y precancerosas. Para la realización de esta prueba se pueden utilizar dos métodos:

- Excisión electroquirúrgica con asa (LEEP)
- Biopsia de cono con bisturí frío

En este tipo de procedimiento podemos encontrar como efectos adversos el sangrado, la infección y el estrechamiento del cuello uterino, además existe riesgo

de parto prematuro si la muestra extirpada comprende gran cantidad de tejido.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Una vez confirmado el diagnóstico, es de gran importancia determinar si se ha producido diseminación a otras partes del organismo para estadificar la enfermedad y a partir de esto, planificar el tratamiento que se llevará a cabo. Algunas pruebas que se podrán realizar para conseguir la estadificación junto con los resultados iniciales de la biopsia de la tumoración serán:

- Tomografía computarizada (TC)
- Tomografía por emisión de positrones (TEP)
- Resonancia Magnética (RM)
- Ecografía
- Radiografía del tórax
- Biopsia del ganglio linfático
- Cistoscopia
- Laparoscopia de abdomen.

ESTADIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

La estadificación de la enfermedad será de suma importancia para determinar el tipo de tratamiento que se planteará a las pacientes portadoras de esta patología.

- Estadío I: solo existen signos de la enfermedad en el cuello uterino. Este estadio se divide a su vez en estadios IA y IB, según la profundidad y el tamaño de la tumoración.
- Estadío II: Existe diseminación del tumor a los dos tercios superiores de la vagina o bien al tejido circundante al útero.
- Estadío III: La diseminación del tumor se extiende al tercio inferior de la vagina o pared pélvica, pudiendo verse afectado el riñón o los ganglios linfáticos. A su vez este estadio se divide en IIIA, IIIB y IIIC, según la extensión de la diseminación.
- Estadío IV: La diseminación llega hasta zonas fuera de la pelvis, como el revestimiento de la vejiga o recto, así como hasta otras partes del cuerpo. Este a su vez se divide en los estadios IVA y IVB, según su extensión.

PRINCIPALES TRATAMIENTOS DEL CÁNCER DE CÉRVIX

El tratamiento de cáncer de cérvix depende de multitud de factores, entre los que podemos encontrar el tipo y estadio de cáncer, los posibles efectos secundarios, las propias preferencias de cada paciente y el estado de salud general de cada una de ellas.

- Cirugía Oncológica:

Consiste en la extirpación del tumor, así como del tejido circundante en una intervención quirúrgica. Generalmente este procedimiento está indicado en aquellos tumores que no se han diseminado fuera del cuello uterino.

Algunas técnicas utilizadas en la cirugía son:

- Conización: mismo procedimiento que para la biopsia de cono
- Histerectomía, que puede ser simple o radical. La extirpación completa del útero incluyendo el cuello uterino es considerada como histerectomía simple. La histerectomía radical consiste en la extirpación de útero y cuello uterino, parte superior de la vagina y tejido circundante, además de los ganglios linfáticos pélvicos. Estas intervenciones se pueden realizar dependiendo de su naturaleza por vía vaginal (histerectomía vaginal) o a través de una incisión en el abdomen (histerectomía abdominal total, laparotomía o laparoscopia).
- Salpingooforectomía bilateral: en la que son extirpados ambos ovarios y trompas de Falopio.
- Cervicectomía: en la que se extirpa el cuello uterino solamente. Los ganglios linfáticos pélvicos son diseccionados. Esta cirugía se dirige a pacientes jóvenes en las que se pretende conservar la fertilidad de estas.
- La exenteración: cirugía en la que se extirparía el útero, vagina, sección inferior del colon, recto, vejiga, ovarios y ganglios linfáticos cercanos. Esta intervención se realiza en aquellas pacientes en las que el tumor se ha diseminado más allá del cuello uterino o en pacientes con recidivas.

- Radioterapia

Es el tratamiento que usa rayos X de alta energía u otras partículas para destruir las células cancerosas, así como para evitar su multiplicación. Se puede administrar previa a la cirugía con el objetivo de que el tumor disminuya de tamaño.

Se puede utilizar dos tipos de radiaciones:

- Radioterapia de haz externo: la radiación se envía desde el exterior a la zona diana donde se encuentra el tumor.
- Radioterapia interna o Braquiterapia: la sustancia radiactiva se inserta en el organismo de la paciente sellada en agujas, semillas, alambres o catéteres y son colocados en el tumor o en sus inmediaciones.

- Terapia con Medicamentos

Consiste en el uso de medicamentos para la destrucción de las células cancerosas, generalmente administrados de forma intravenosa o por vía oral.

- Quimioterapia: Uso de fármacos para destruir e interrumpir la formación de células cancerosas y evitar su multiplicación. Consiste en una cantidad determinada de ciclos administrados en un cierto periodo de tiempo. Los fármacos utilizados para tratar el cáncer de cuello de útero se administran por vía intravenosa,

además de utilizarse simultáneamente con radioterapia.

- Terapia dirigida: Los medicamentos o sustancias utilizadas identifican y atacan solamente a las células cancerosas, sin afectar a las sanas. Para la determinación del tratamiento más efectivo, se realizan una serie de estudios para la identificación de los genes, proteínas y otros factores relacionados con el tumor, lo que contribuye a encontrar el tratamiento más efectivo adaptado a cada paciente.
- Inmunoterapia o Terapia Biológica: Es el tratamiento en el que se utiliza el propio sistema inmunitario del paciente para combatir la enfermedad. De esta manera, utiliza o bien materiales elaborados por el propio cuerpo o bien producidos biológicamente en laboratorios para impulsar, dirigir o restaurar las defensas naturales del cuerpo contra el tumor, es decir dirigir y restaurar la función del propio sistema inmunitario.

- Tratamientos basados en ensayos clínicos

Existen en la actualidad diferentes abordajes en el tratamiento de la enfermedad, estando presentes en la actualidad ensayos clínicos a los que se someten algunas de las pacientes que no están respondiendo satisfactoriamente a los tratamientos que están llevando a cabo.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de cérvix o de cuello uterino, tiene su origen en las células que revisten el cuello uterino, es decir en la matriz, o parte inferior del útero.

Este tipo de cáncer es el segundo más frecuente en la población femenina, siendo la edad promedio de diagnóstico los 50 años.

El origen de las células precancerosas se produce en la zona comprendida entre el endocervix y el exocervix.

Podemos considerar, que el principal objetivo que se persigue con las pruebas de cribado de cáncer de cérvix, es determinar la existencia de células precancerosas en la etapa más inicial de la enfermedad, cuando es más tratable y curable.

Estas pruebas de cribado, se realizan periódicamente a la población femenina en edades comprendidas entre los 21 y 65 años; y consistirán en la Prueba de Papanicolau y la Prueba del VPH (virus del papiloma humano).

Ante la sospecha de presencia de la enfermedad, se someterán a las pacientes a diferentes pruebas de estudio diagnóstico como la colposcopia, la biopsia u otros tipos de estudios complementarios.

Una vez estadificada la enfermedad, se determinará el tipo de tratamiento que se llevará a cabo, considerando los principales tratamientos existentes, como la

cirugía oncológica, la radioterapia, o la terapia con medicamentos. Se han de tener en cuenta, además, los ensayos clínicos para aquellas pacientes que no están obteniendo unos resultados satisfactorios con el tratamiento que están siguiendo en ese momento.

Se puede concluir, que el cáncer de cérvix es una enfermedad silenciosa, que en sus etapas iniciales no muestra sintomatología. Los cribados realizados periódicamente, son un recurso muy importante para la detección de posibles lesiones precancerosas o cancerosas, por lo que es de suma importancia la realización de estos cribados de forma periódica.

6 Bibliografía

1. Mendoza Alfonso L, Pedroza Marly J, Micolta Hernando P, Ramirez A, Cáceres Ramiro C, López Darling V, et al. 2012. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. *Rev Chil Obstet Ginecol*. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000200009&script=sci_arttext.
2. Ramil Valdés JD, Nieto Lluís M, Jorge Pérez ER, Sanabria Negrin J, Lence Anta JJ, Roger Pérez F. 2001. Programa Nacional de diagnóstico precoz del cáncer cérvicouterino. La Habana: Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/informacion_estadistica_del_programa_de_cancer_cerv-ute.pdf.
3. U.S. Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, et al. 2018. Screening for cervical cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*; 320(7):674-686.
4. Iglesias Osóres SA, Pando Sánchez H. 2017. Tamizaje en cáncer de cérvix como prevención. *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque: REM*;3(2):80.
5. Vall-Llosera A, Prat A, Adalid M, Roig H, Adell C, Oromío J. 2001. Epidemiología del Cáncer de Útero. *Elsevier*; 6(37):281. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-epidemiologia-prevencion-del-cancer-cuello-10022785>.
6. Cortés J, Vidart JA, Fortaleza A, Córdova O. 2019. El Cribado de cáncer de cérvix. *Medicina Balear*;3(34):25-29. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=2296070>.
7. Torné A, del Pino M, Cusidó M, Alameda F, Andía D, Castellsagué X et al. 2014. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España. *Prog Obstet Ginecol*; 57

(1): 1-53.

Capítulo 283

ACCIONES AL PACIENTE ONCOLÓGICO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

EVA DOPAZO RIVAS

MARIA ARANZAZU MARTÍN BUJEIRO

VANESSA GONZÁLEZ LUNA

BENILDE ALBERTA PRIETO JIMÉNEZ

ANA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El cáncer es una enfermedad genética que causa cambios genéticos tanto en el crecimiento como en la división de las células. Se describe el cáncer como una de las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control e invaden los tejidos cercanos. Es posible que dichas células cancerosas también se diseminen a otras partes del cuerpo a través de los sistemas sanguíneo y linfático. Las células se dividen de manera regular para reemplazar las células muertas u obsoletas para con ello preservar la integridad del cuerpo.

Existen varios tipos de Tumores, es decir, por un lado tenemos los tumores benignos en los que las células de este tumor no pueden invadir, diseminar ni destruir

otros órganos. Por lo tanto este tipo de células son fáciles de eliminar. Por otro lado están los tumores malignos, que son células que van creciendo de manera incontrolada por todo el cuerpo invadiendo los tejidos y los órganos cercanos. Las mutaciones genéticas que provocan el cáncer pueden heredarse de los padres o también pueden aparecer por un fallo en la cadena de la división celular o incluso a causa de la exposición a productos químicos, al tabaco o a la exposición excesiva al sol.

2 Objetivos

Identificar el papel que adopta el personal sanitario con el paciente oncológico, así como las acciones y cuidados que llevan a cabo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El cáncer es una enfermedad que puede aparecer y desarrollarse en cualquier lugar del cuerpo y se origina cuando las células crecen sin ningún control y sobrepasan en número a las células normales. Todo esto hace que el cuerpo tenga dificultades para funcionar de un modo correcto como tendría que hacerlo. En cuanto al desarrollo de las células cancerosas se desarrollan mutaciones que no consiguen repararlas y además pierden la capacidad para morir. Se dice que un paciente está curado de cáncer cuando ha transcurrido un tiempo libre de enfermedad que, por lo general, suele ser en torno a cinco años desde el momento del diagnóstico.

En los centros, donde los pacientes reciben el tratamiento de quimioterapia, el personal sanitario los coloca en un sillón o en una camilla, dependiendo de cómo se encuentre el paciente. En cuanto a la radioterapia, el profesional sanitario acompaña al paciente y le brinda apoyo con aquellas tareas que no puede realizar por sí mismo, como por ejemplo, la higiene.

Es muy importante que uno de los integrantes del equipo multidisciplinar del centro sanitario sepa cómo funcionan todos los servicios que han de atender a un paciente con cáncer y siga todos los protocolos establecidos para procurar que el paciente reciba la mejor atención posible por parte de dichos profesionales y poder conllevar con mayor comodidad su situación frente a una enfermedad tan grave como es el cáncer.

En la actualidad, hablar de cáncer es sinónimo de muerte. Se nos encoge el cuerpo cada vez que alguien dice que padece esta enfermedad y más si cabe si se trata de una persona de nuestro entorno. A pesar de ello y, según los datos que tenemos a día de hoy es que el 90% de las personas que sufren cáncer se curan.

5 Discusión-Conclusión

Tras lo visto en los apartados anteriores y, como conclusión final, podemos decir que el cáncer es una enfermedad que puede aparecer y desarrollarse en cualquier parte del cuerpo y se origina cuando las células crecen de manera anómala hasta llegar a un número superior que las células normales.

Esta enfermedad es muy temida en la sociedad y sobre todo por los pacientes que la padecen, ya que como norma general y habitualmente se relaciona de una manera directa con la muerte. Por esta razón es muy importante que el personal sanitario tenga unos conocimientos amplios de los planes de cuidado y protocolos para dar un mayor apoyo psicológico empatizando con su situación.

6 Bibliografía

1. Garcia-Sanz, M. (2019). Atención psicológica al paciente oncológico en Cuidados Auxiliares de Enfermería mediante el Aprendizaje Basado en Problemas (Master's thesis).
2. Rodríguez De Franco, V. (2017). Desgaste profesional en Auxiliares de Enfermería que trabajan con patología oncológica.
3. Gallo Giraldo, L. C., León Vanegas, Y. L., & Márquez Díaz, J. P. (2007). Aplicación de las técnicas de aislamiento por parte del equipo de salud en procedimientos de cuidado a pacientes oncológicos aislados en una IPS de alta complejidad, Bogotá octubre-noviembre 2007.

Capítulo 284

ACCIONES DEL PERSONAL SANITARIO ANTE UN PACIENTE CON OBESIDAD

MARÍA ESTHER PÉREZ MAYO

EVA FERNANDEZ ALVAREZ

MARIA CLARA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

INMACULADA BLANCO VALERO

SILVIA CUETO MARCOS

1 Introducción

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Esta acumulación excesiva o anormal de grasa es perjudicial para la salud, y se debe en la mayoría de las ocasiones, al ingerir dietas hipercalóricas. Esta patología supone un serio problema para la salud de las personas de los diferentes países, sobre todo los que están en vías de desarrollo.

Es común e imprescindible que estas naciones detecten de una manera precoz tales anomalías así como los diferentes grupos de riesgo dentro de sus sociedades

y posteriormente elaborar un plan de prevención con medidas específicas a frenar y reducir el índice de obesidad. Los profesionales sanitarios desempeñan un papel fundamental en dicha prevención y promoción de la salud a través de estrategias (charlas, coloquios, publicaciones, etc). Estos planes de cuidados les permite identificar los problemas y de esta forma realizar las pertinentes intervenciones de enfermería y definir los objetivos a lograr.

Cada día se comen productos más elaborados y con una mayor cantidad de azúcar, por lo que aumentamos en número de calorías en nuestra dieta. Esto viene provocado en gran medida por nuestro estilo de vida, es decir, cada vez se come más rápido

Según la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, los grados de obesidad se clasifican de la siguiente forma:

- Normopeso, si el IMC es de 18,5-24,9.
- Sobrepeso (no obeso), si el IMC es de 25 a 29,9.
- Obesidad grado 1 (de bajo riesgo), si el IMC es de 30 a 34,9.
- Obesidad grado 2 (riesgo moderado), si el IMC es de 35 a 39,9.
- Obesidad grado 3 (de alto riesgo, obesidad mórbida), si el IMC es igual o mayor a 40.
- Obesidad grado 4 (obesidad extrema), si el IMC es igual o mayor a 50.

2 Objetivos

Describir posibles complicaciones asociadas a la obesidad, así como mantener una dieta equilibrada para su edad y peso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según los estudios publicados en las diferentes fuentes, la obesidad es el incremento de peso al ingerir calorías por encima del gasto cardiaco. Esta acumulación de tejido adiposo se mide a través del índice de masa corporal (IMC) que se calcula dividiendo el peso de la persona en kilogramos por su talla en metros al cuadrado.

Los valores a tener en cuenta son los siguientes:

- IMC entre 18,5 y 25 es peso normal.
- IMC entre 26 y 30 es sobrepeso.
- IMC 31 y 40 es obesidad.
- IMC >40 hablamos de obesidad mórbida.

Entre las causas más frecuentes de la obesidad nos encontramos las siguientes:

- Edad. A medida que se envejece, los cambios hormonales y un estilo de vida menos activo contribuyen a la aparición de la obesidad.
- Sexo femenino.
- Raza.
- Alimentación poco saludable.
- Sedentarismo y poco ejercicio
- Factores socioculturales.
- Factores conductuales.
- Factores genéticos.

Síntomas de la Obesidad

- Dificultad para dormir.
- Dolor de espalda y/o en las articulaciones.
- Sudoración excesiva.
- Intolerancia al calor.
- Infecciones en los pliegues cutáneos.
- Fatiga.
- Depresión.
- Sensación de falta de aire (disnea).

Complicaciones de la obesidad y el sobrepeso:

- Enfermedades cardiovasculares.
- Accidentes cerebrovasculares (ACV), Cardiopatías,
- Diabetes,
- Dislipidemia.

- Hipertensión arterial (cerca del 50%).
- Enfermedades digestivas.
- Enfermedades respiratorias.
- Alteraciones óseas y articulares.
- Hiperuricemia.
- Algunos tipos de cáncer

Todas estas patologías o enfermedades disminuyen tanto la calidad como la esperanza de vida de las personas que las padecen. Es por ello que nuestro objetivo debe ser la pérdida de peso, una correcta dieta equilibrada y un adecuado estilo de vida.

5 Discusión-Conclusión

Es muy común que las personas obesas sufran distintos trastornos psicológicos, como depresión, baja autoestima y desórdenes de la alimentación. Al mismo tiempo, son también blanco de discriminación que afecta de distintas formas y de manera duradera su calidad de vida.

A día de hoy existe todavía un gran desconocimiento sobre el concepto de la obesidad y que es una enfermedad grave. Se necesita crear unos hábitos de vida saludables, dieta equilibrada y sobre todo concienciar a la población, utilizando medidas y acciones que vayan encaminadas a reducirla y detectar de manera precoz dicha enfermedad.

El papel del personal sanitario es esencial para prevenir y lo que se pretende es conseguir una pérdida de peso de manera paulatina sin obsesiones por llegar al peso idóneo.

6 Bibliografía

1. Moreno, G. M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.
2. Malo-Serrano, M., Castillo, N., & Pajita, D. (2017, April). La obesidad en el mundo. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 78, No. 2, pp. 173-178). UN-MSM. Facultad de Medicina.
3. Martinez, J. A., Moreno-Aliaga, M. J., Marques-Lopes, I., & Marti, A. (2002). Causas de obesidad.

4. Duelo Marcos, M., Escribano Ceruelo, E., & Muñoz Velasco, F. (2009). Obesidad. *Pediatría Atención Primaria*, 11, 239-257.

Capítulo 285

CUIDADOS DEL PERSONAL SANITARIO A UN PACIENTE CON QUEMADURAS

EVA FERNANDEZ ALVAREZ

MARIA CLARA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

INMACULADA BLANCO VALERO

SILVIA CUETO MARCOS

MARÍA ESTHER PÉREZ MAYO

1 Introducción

Según los estudios las primeras quemaduras que surgieron fueron como consecuencia del descubrimiento del fuego, ríos de lava volcánica, caída de rayos e incendios forestales. Esas quemaduras eran tratadas a través de los ritos mágicos que llevaban a cabo los curanderos, para aliviar el dolor, mediante productos elaborados a base de grasa animal y leche de cabra.

Por aquel entonces ya existía un protocolo para tratar las quemaduras: Lavar la herida con agua hervida o vino para mantenerla limpia, evitar aparición de infección (pus), mantener la herida siempre lo más seca posible, taparla con apósitos de grasa de animal o vegetal y resina de pino. Está claro, a día de hoy, que las quemaduras componen unas de las lesiones traumáticas más graves que puede sufrir

una persona a lo largo de su vida, debido a la pérdida de la piel quemada, a las alteraciones fisiopatológicas que se producen en su organismo, al dolor que conllevan este tipo de lesiones, la complejidad de su tratamiento y el tiempo tan extenso de curación, además de las secuelas funcionales y estéticas y los daños psicológicos. Estos pacientes suponen un enorme reto tanto para el servicio de salud como para todo un equipo multidisciplinar de profesionales médicos, psicológicos, enfermeros, fisioterapeutas y rehabilitadores que requieren de conocimientos muy específicos sobre los cuidados físicos y psicológicos tanto del enfermo como de su entorno y cuidadores principales como son los familiares.

2 Objetivos

Identificar los factores de riesgo en un paciente quemado, así como desarrollar un plan de actuación por parte del equipo multidisciplinar garantizando una atención adecuada al paciente gran quemado.

3 Metodología

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

4 Resultados

En los diferentes centros sanitarios llegan los pacientes quemados con sus consiguientes problemas de salud como pueden ser los siguientes: Disnea secundaria a la lesión de la vía aérea por quemaduras, es decir, la vía aérea se encuentra dañada por lo que es necesario la ventilación mecánica invasiva, la cual se llevará a cabo tras una traqueotomía y durante una estancia prolongada. Para ello, el personal sanitario debe tener como objetivo mantener la vía aérea permeable para que haya un adecuado intercambio de aire. Otro problema es la hipovolemia secundaria a quemaduras, donde la primera consecuencia que se da es una alteración de la permeabilidad capilar como consecuencia de la liberación y producción de mediadores químicos como son la histamina y las citoquinas, que

provocan una alteración que hace que se pase el agua, las proteínas y los electrolitos del medio intracelular al extracelular produciendo así un edema generalizado. Hay que controlar el estado hemodinámico y balance hídrico del paciente, ajustando los volúmenes de líquidos intravenosos. Tenemos también la complicación debida al dolor agudo secundario a quemaduras las cuales destacan por la intensidad del dolor que producen, incluso administrando grandes dosis de analgesia, el paciente quemado sigue sufriendo intensos dolores en el momento de las curas. Por esta razón conviene o es necesario administrar la analgesia pautada justo antes de iniciar las curas tópicas de las quemaduras, incluyendo los sedantes prescritos y manteniendo al paciente monitorizado con todos los signos vitales. Otro factor es el riesgo de infección relacionado con las quemaduras, ya que tras la destrucción de la barrera defensiva del organismo, como es la piel y las mucosas, nuestro organismo queda expuesto a microorganismos patógenos que aprovechan para colonizar los tejidos.

Debemos detectar precozmente la aparición de infección en el paciente. Para prevenir esto debemos de cambiar los equipos de curas del paciente según el protocolo de la unidad, así como limitar el número de visitas como medida de aislamiento. Se inspeccionará el aspecto de la quemadura, color, olor, exudado, eritema, edema y se tomarán muestras para realizar cultivos en caso de sospecha.

5 Discusión-Conclusión

Tras lo visto en los apartados anteriores y, como conclusión final, podemos decir que a día de hoy tenemos unas técnicas quirúrgicas avanzadas, hay un control de infecciones eficaces por parte del personal sanitario, además de un soporte nutricional totalmente adaptado a las necesidades específicas de cada paciente, lo que nos permite mejorar la supervivencia en estos pacientes, por este motivo es de gran importancia una asistencia inicial adecuada por parte del profesional o profesionales sanitarios. Es conveniente fomentar una atención continuada en estos pacientes, ya que cuando abandonan las dependencias sanitarias pueden aparecer otras consecuencias psicológicas que les afectan en su vida diaria; por esta razón el personal sanitario debe trabajar junto con el paciente y la familia.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-

TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

1. Alcázar-Gabás, M., Fidalgo-Pamplona, M. P., & Laplana-Miguel, O. (2014). Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 40(2), 159-169.
2. Doménech, R. P. (2010). Quemados. Valoración y criterios de actuación. Marge books.
3. López Domene, E. (2013). Atención al paciente gran quemado: Análisis y discusión.

Capítulo 286

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

MARIA LUISA JESÚS GARCÍA REDRUELLO

1 Introducción

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una técnica que salva vidas, útil en muchas emergencias como por ejemplo, un ataque cardíaco o un ahogamiento, en los que la respiración y los latidos del corazón de una persona se han detenido. Es infinitamente mejor hacer algo que no hacer nada, aún si temes que tus conocimientos o tu capacidad no sean 100 por ciento perfectos. Recuerda, la diferencia entre hacer algo y no hacer nada puede ser la vida de una persona. La Reanimación cardiopulmonar básica es cuando la fibrilación ventricular tiene una polarización y despolarización muy descontrolada y muy rápida. Cuando esto ocurre el corazón pierde el rumbo y deja de bombear sangre. Si en una parada cardio respiratoria actuamos con rapidez, muchas veces podemos salvar la vida de la persona. Para ello se realiza la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) o se utiliza el desfibrilador eléctrico (DEA). El soporte vital básico es una fase particular de los cuidados cardiológicos de urgencia que permite: - Evitar la insuficiencia o paro cardiorespiratorio a través de su diagnóstico y tratamiento inmediatos. - Brindar apoyo externo para mantener la circulación y la ventilación de la víctima con paro cardíaco o respiratorio, mediante reanimación cardiopulmonar.

El objetivo principal para llevar a cabo la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) es proporcionar oxígeno al cerebro, corazón y otros órganos vitales hasta que el tratamiento médico adecuado y definitivo permita establecer la actividad cardíaca y ventilatoria normal. La rapidez es el elemento crucial y la clave del éxito. El promedio más alto de supervivientes que regresan del hospital se ha logrado en aquellos pacientes en quienes la RCP se inició en los primeros cuatro minutos desde el momento del paro y que, además, recibieron apoyo vital básico avanzado en los primeros ocho minutos después del paro. Por tanto, la RCP temprana realizada por las personas que se encuentran al lado de la víctima y la respuesta inmediata del sistema médico de emergencia, resultan esenciales para mejorar el promedio de supervivencia.

2 Objetivos

Exponer la importancia de la técnica de reanimación cardiopulmonar, así como los pasos esenciales para la realización de la misma.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en distintas bases de datos como Medline, Pubmed. También se ha observado el Manual para la Enseñanza de monitores en Soporte Vital Básico y desfibrilación externa semiautomática. Después se ha seleccionado lo más importante con el tema a tratar.

4 Resultados

Los estudios indican que una RCP realizada por personas que se encuentran en el lugar de los hechos, es muy importante, ya que duplica o triplica la supervivencia a un ataque cardíaco.

Con una buena formación sobre el Soporte Vital Básico se pueden salvar muchas vidas. La RCP básica en adultos se compone de los siguientes pasos:

- Lo primero que hay que hacer es confirmar una seguridad, tanto de la víctima como de los testigos.
- Comprobar si la persona tiene capacidad de respuesta hacia nosotros, zarrandeándolo y preguntando en voz alta si está bien, si nos escucha, que le duele.
- A partir de aquí valoramos la respuesta de la víctima: Si tiene una respuesta positiva hacia nosotros lo debemos dejar como está, intentando moverlo lo menos

posible, y seguidamente pedir auxilio.

Si por el contrario, vemos que no tenemos ninguna respuesta, pediremos ayuda lo más rápido posible y lo colocaremos en la posición decúbito supino y le abriremos la vía aérea con la maniobra frente/mentón. Colocamos la mano en la frente de la víctima, justo donde empieza la raíz del pelo, y dicha mano será la que aplique la fuerza para la extensión del cuello, con la otra mano (dedos índice y medio), los apoyamos en el mentón de la víctima y a la vez hacemos el movimiento de la extensión del cuello y levantaremos un poco el mentón.

- En este momento valoramos a la persona (si respira o no). Con la vía aérea permeable, ver, oír y sentir si hay algún tipo de respiración o respiración adecuada. Comprobaremos si el tórax tiene algún tipo de movimiento y decidimos si la respiración es normal, no normal o ausente.

- Si la respiración es normal lo pondremos en posición lateral de seguridad, pediremos ayuda y volvemos a comprobar que respira.

- Si la respiración no es normal, enviamos a cualquier persona que tengamos cerca a pedir ayuda o a buscar un DEA.

- En este momento iniciamos las compresiones torácicas. Hay que arrodillarse junto a la víctima y colocaremos la palma de la mano sobre el pecho de la persona, con la otra mano en la misma posición y encima de la otra. Entrelazar los dedos de una mano con la otra. Y nos ponemos en posición vertical por encima del pecho de la víctima y con los brazos rectos haríamos las compresiones sobre el esternón de la víctima, de unos 5 cm de profundidad pero no siendo más de 6 cm. Tras cada compresión eliminamos la presión pero sin que las manos pierdan la posición inicial, y seguido volvemos a repetir más o menos con un ritmo de 100 por minuto pero nunca más de 120 por minuto.

- Ahora comenzaremos a alternar las compresiones con las insuflaciones: Una vez realizadas las 30 compresiones abrimos la vía aérea con la maniobra frente/mentón. Tapamos la nariz de la víctima con los dedos índice y pulgar de la mano que tenemos en la frente de la víctima. Inspiramos y ponemos los labios sobre los labios de la víctima ejerciendo una presión sobre ellos.

Insuflamos aire en su boca mientras vemos que su tórax se eleva, debe durar aproximadamente 1 segundo. Quitamos nuestra boca y miramos su pecho descender, y volvemos a inspirar y a insuflar en su boca otra vez, hasta que hagamos 2 respiraciones completas, las cuáles no deben durar más de 5 segundos.

Y volvemos a repetir 30 compresiones.

Continuaremos así con 30 compresiones y 2 insuflaciones.

- Seguiremos con la RCP hasta que llegue personal cualificado o de Emergencias, la víctima comience a respirar con normalidad o nosotros estemos ya agotados.

5 Discusión-Conclusión

Sería aconsejable que todas las personas tuvieran una correcta información y formación por si en cualquier momento se encuentra con una situación en la que se debe practicar una RCP. Y así poder actuar si fuese necesario. En el caso del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es muy importante que tenga un estudio sobre este tema ya que a diario se trabaja con pacientes y puede surgir en cualquier momento, y así saber cómo actuar ayudando a todos los profesiones. Hay que tener en cuenta que una rápida actuación y hacerlo de una manera correcta puede salvar la vida del paciente.

6 Bibliografía

1. Orellana Martínez, Mario Enrique. Manual de Primeros Auxilios, Centro de Habilidades y Destrezas en Salud, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de El Salvador; 4º ed, San Salvador; julio 2016.
2. Sheldon Jacobson Reanimación Cardiopulmonar, Editorial El Manual Moderno. Primera Edición, 1985.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. Guías de American Heart Association (AHA) para reanimación cardiopulmonar.
(RCP) y atención cardiovascular de emergencia (ACE) de 2015.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 287

EL SÍNDROME DEL QUEMADO

LAURA LUNA SUAREZ

MARÍA LUISA SUÁREZ ÁLVAREZ

MARIA MERCEDES REY FERNANDEZ

VICTOR DIAZ FERNANDEZ

VERONICA PRIETO SALAS

1 Introducción

El síndrome del quemado es conocido también como el síndrome burnout, que es cuando se refiere a un estado de agotamiento emocional y física.

Esto se suele producir a causa de una consecuencia de estrés continuado en el entorno laboral, por falta de personal o exceso de trabajo, mala organización, etc.

Es importante diagnosticar este síndrome con la mayor brevedad posible para evitar agravar la situación de las personas que lo padecen y del resto del entorno laboral que compartir un entorno laboral con personas que padecen el síndrome produce mal estado general, enfado .

Desde hace años el síndrome burnout ha sido reconocido como una enfermedad por la organización mundial de la salud lo que permite ser tratado y considerase baja laboral.

Este síndrome su tratamiento es la separación del trabajo de forma temporal, unas pautas psicológicas y a veces se necesitan las pautas de antidepresivos.

Es importante destacar aunque se trata de una enfermedad psicológica en la mayoría de los casos tiene cura y su duración oscila entre 6- 8 meses aproximadamente, en este periodo la persona vuelve a estar capacitada para tomar su vida profesional y volver a la vida cotidiana de forma satisfactoria y segura sin agotamiento.

2 Objetivos

Conocer las causas y síntomas de la enfermedad y determinar las medidas a tomar cuando aparecen los primeros síntomas visibles.

3 Metodología

Para el presente capítulo se ha realizado una búsqueda 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 científicos en las principales bases de datos Pubmed, Medline.

4 Resultados

El síndrome del quemado suele aparecer en las siguientes circunstancias:

- Estrés por el acumulo de tareas
- Sobrecarga de responsabilidades
- Falta de personal para la realización de tareas
- Escasa formación para la realización de tareas
- Conflictos continuados en la empresa

Todo ello lleva a la persona a un estado emocional agotador incapaz de controlar las emociones provocando estrés, ansiedad, agotamiento físico.

Por ello es importante que la empresa valore de forma justa las áreas de trabajo evitando así la baja laboral del empleado por el síndrome del quemado.

Para prevenir esta enfermedad es importante que los momentos de exceso de trabajo el personal se vea aumentado, bajando la presión en el entorno laboral, motivando a los empleados y felicitándoles por su trabajo en vez de crear conflictos.

El trabajador en el que aparezcan los primeros síntomas deberá acudir a la mutua y a su centro de salud para tomar las medidas para evitar agravar la salud.

Los primeros síntomas son la baja autoestima, nerviosismo, irritabilidad, poca comunicación, aburrimiento, mal humor y la tristeza.

En muchos de los casos este tipo de enfermedad se considera una baja laboral por ser contraída en el trabajo, aunque a veces es difícil de probarlo.

El tratamiento para la recuperación es la separación momentánea del trabajo, unas terapias de psicología, la administración de fármacos depuesta vos de forma momentánea sin el abuso de ellos.

Esta patología es muy común en la sanidad y más en la actualidad debido a la pandemia que son personas que de forma general se enfrentan a un exceso de trabajo incontrolable con el que tienen que trabajar de forma rápida, segura y a veces con pocos recursos materiales además de falta de personal.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que si las empresas tomarán las medidas anteriormente mencionadas como el aumento de plantilla, la creación de un entorno agradable se disminuirían los casos del síndrome del quemado evitando así bajas laborales y manteniendo en los empleados una salud segura y óptima tanto a nivel física como psicológica que es de suma importancia.

Además de aumentar la energía y autoestima en las personas proporcionando así un entorno laboral seguro y agradable lo que llevará a la realización de un trabajo adecuado y eficaz.

Además de disminuir el gasto sanitario por las bajas laborales y los tratamientos.

6 Bibliografía

1. wikipedia
2. medlineplus.gov
3. redaccionmedica.es

Capítulo 288

EL LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS

CANDELA SANCHEZ SANTIRSO

1 Introducción

El lavado de manos es una técnica/tarea bastante sencilla y de importancia vital de un profesional sanitario. El lavado de manos consiste en la frotación vigorosa de las manos antes de ello enjabonadas y seguida de un aclarado con abundante agua, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica... y con ello evitar la transmisión de microorganismos de persona en persona.

A lo largo de una jornada, las manos del profesional entran en contacto con muchas sustancias, virus y gérmenes que puede transmitir entre los pacientes, lo que es conocido como infección cruzada, por lo tanto debe efectuar un lavado de manos higiénico entre cada uno de los pacientes para así prestar a todos un servicio inmejorable.

También es especialmente importante el lavado de manos con jabón, después de usar el inodoro y obviamente antes de la manipulación de alimentos, este detalle puede salvar muchas vidas, ya que sin realizar el correspondiente lavado de manos, llevaríamos todos los microorganismos de las manos, a los alimentos. No olvidar que el uso apropiado de los guantes y el efectivo lavado de manos reducirá el riesgo de exposición a agentes infecciosos por parte de los profesionales, así como el riesgo de una potencial infección asociada a la atención sanitaria

2 Objetivos

- Conocer la importancia que tiene un correcto lavado higiénico de manos en el ámbito sanitario y que deberíamos de llevar a cabo en nuestro día a día.

-Conocer los diferentes tipos de lavados de manos y los productos utilizados para dicha higiene.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en la revisión bibliográfica a cerca de la literatura científica existente. Se han empleado como descriptores básicos la palabra clave “lavado de manos”. Y se ha realizado además una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A continuación, vamos a mencionar los distintos lavados de manos que se pueden realizar

- Lavado Higiénico de Manos: se define como la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de aclarado con abundante agua. Usando jabón líquido de pH neutro o ligeramente ácido.

1. Mojar las manos con agua.
2. Depositar en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de las manos y frotar las palmas entre sí.
3. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
4. Frotar las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.
5. Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
6. Frotar con un movimiento de rotación pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.
7. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.

Aclarar las manos con abundante agua hasta retirar el jabón completamente.

Secar las manos completamente con toalla de papel de un solo uso.

Cerrar el grifo con el mismo papel antes de desecharlo, si no se dispone de sistema accionado por el pie o el codo

- Lavado de manos con jabón antiséptico: se utiliza jabón antiséptico a base de clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%.

El procedimiento sería igual que el citado anteriormente con la duración de 30-60 segundos de tiempo de frotación con el jabón antiséptico.

- Antisepsia de manos con solución hidroalcohólica.

1. Depositar en la palma de la mano la cantidad de solución indicada por el fabricante y frotar las palmas de las manos entre sí.
2. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
3. Frotar las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.
4. Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
5. Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.
6. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.

Duración de mínimo 30 segundos hasta que las manos estén completamente secas

- Lavado quirúrgico con jabón antiséptico (cepillo-esponja estéril de Povidona Yodada en solución jabonosa en 7,5%

1. Retirar anillos, relojes y pulseras antes de comenzar el lavado quirúrgico de manos.
2. Humedecer las manos y antebrazos.
3. Enjabonar manos y antebrazos desde los dedos hasta los codos, sin volver a las zonas ya limpias.
4. Prestar especial atención a la desinfección de uñas, borde periungueal, dedos y pliegues interdigitales. Eliminar la suciedad existente debajo de las uñas, utilizando el cepillo de uñas debajo del agua corriente.
5. Aclarar desde la punta de los dedos hasta llegar a los codos.
6. Secar por contacto, sin frotar, con una compresa o toalla desechable comenzando por los dedos y siguiendo hasta los codos.
7. Mantener en todo momento las manos por encima de los codos y separadas del atuendo quirúrgico.
8. Antes de ponerse los guantes estériles, las manos y antebrazos deben de estar completamente secos.

Se realiza antes de cada intervención quirúrgica.

- Antisepsia quirúrgica con solución hidroalcohólica.

1. Retirar anillos, relojes y pulseras antes de comenzar la antisepsia quirúrgica de manos.
2. Antes de aplicar la solución alcohólica deben lavarse las manos y antebrazos con jabón normal y secarlos completamente.
3. Prestar especial atención a la limpieza de uñas, borde periungueal, dedos y pliegues interdigitales.
4. Aplicar la cantidad de solución alcohólica, tantas veces como sea necesario, hasta completar el tiempo de frotación recomendado por el fabricante.
5. Fricción de los antebrazos en el sentido codo-mano.
6. Fricción de las muñecas.
7. Fricción de manos según técnica de desinfección de manos con solución alcohólica,
8. No secar con toallas. Mantener las manos por encima de los codos hasta la total evaporación de la solución hidroalcohólica.
9. Se debe esperar a que las manos y antebrazos están completamente secos antes de ponerse los guantes estériles.

Con la duración de 1.5-3 minutos. (Varía según el fabricante)

No obstante, no olvidar el correcto cuidado de las manos y el correcto uso de los guantes.

5 Discusión-Conclusión

En el presente capítulo se ha desarrollado la importancia de una correcta higiene de manos en el ámbito sanitario, aunque también deberíamos de llevarlo a cabo en nuestro día a día, sin poder olvidar, que es necesaria una buena y correcta higiene de manos, para evitar virus, bacterias etc.

Por tanto, un profesional sanitario tiene que desarrollar y saber los diferentes tipos de lavado higiénico de manos y además desarrollamos extensamente los diferentes tipos de lavado higiénico de manos y como se realizan paso a paso. Todo ello para dar importancia a como se realizan de manera correcta una de las funciones básicas de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería y todos los profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

1. <https://osieec.osakidetza.eus>
2. <https://medac.es>

Capítulo 289

¿QUÉ ES LA COVID-19?

CANDELA SANCHEZ SANTIRSO

1 Introducción

Podemos definir la COVID-19 como una enfermedad muy contagiosa causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. Este virus se transmite de una persona a otra en las gotitas que se expulsan cuando la persona que está infectada, tose, estornuda o habla. No obstante, es posible también que se transmita al tocar una superficie infectada por el virus y luego llevarse las manos a la cara (boca, ojos, nariz). El periodo de incubación es de dos a catorce días y tiene un promedio de cinco días, después de la exposición al virus.

Esto aparece a finales del año 2019 en Wuhan, Hubei, China.

La expansión tan rápida de la enfermedad hizo que la OMS, a finales de enero de 2020, declarara una emergencia sanitaria de preocupación internacional.

El 11 de marzo de 2020, la expansión del virus era muy grande y se hallaba en más de 100 territorios a nivel mundial y ahí, fue reconocida por la OMS como pandemia.

Aclarar que la COVID-19 es un tipo de virus que bien puede causar un resfriado (una enfermedad leve), como puede provocar una neumonía y en casos extremos llegar al fallecimiento.

Aún estamos aprendiendo sobre este virus, pero lo que queda claro es que cada vez se propaga más rápido y más fácil.

2 Objetivos

- Conocer qué es la COVID-19.
- Conocer los diferentes síntomas que produce (depende del grupo de riesgo al que pertenezca cada persona).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha empleado como descriptores básicos las palabras clave “COVID-19” “pandemia” “transmisión” virus”. Se ha realizado además una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para hablar de los síntomas primero hay que aclarar que no para todos los casos es igual la sintomatología, depende del grupo de riesgo en el que se encuentren los pacientes.

Entre los síntomas más habituales se encuentran:

- Fiebre.
- Tos seca.
- Cansancio.

Existen otro tipo de síntomas menos frecuentes y que afectan a algunos pacientes:

- Pérdida del gusto y/o el olfato.
- Conjuntivitis.
- Dolor de garganta.
- Congestión nasal.
- Dolor de cabeza.
- Náuseas o vómitos.
- Escalofríos o vértigo.
- Diferentes tipos de erupciones cutáneas.
- Diarrea.

También existen los síntomas de un cuadro grave de la COVID-19:

- Pérdida del apetito.
 - Disnea.
 - Temperatura alta (se le llama temperatura alta a la que está por encima de los 38 °C)
 - Dolor u opresión persistente en el pecho.
- Y a continuación síntomas menos frecuentes:
- Ansiedad.
 - Depresión.
 - Merma de la conciencia.
 - Irritabilidad.
 - Complicaciones neurológicas.

Entre el grupo de personas que desarrollan síntomas, la gran mayoría se recuperan sin necesidad de recibir estancia ni tratamiento hospitalario. Mientras tanto un grupo menor, desarrollan una enfermedad grave y requieren oxígeno. Y otro grupo más pequeño aún que el anterior, llegan a encontrarse en estado crítico y precisan de cuidados intensivos.

Existen complicaciones que pueden llevar al fallecimiento del paciente y entre ellas se encuentra la insuficiencia respiratoria, la insuficiencia multiorgánica, lesiones cardíacas, renales, hepáticas...

El grupo de riesgo está entre las personas mayores de 60 años y también las personas que independientemente de su edad, se encuentran en el grupo de riesgo por sus patologías anteriores.

No obstante, cualquier persona y de cualquier puede presentar un cuadro grave de COVID-19, incluso, puede morir.

Existen tres vacunas contra la COVID-19 cuyo ha sido autorizado por algunos organismos de reglamentación nacional. No garantizan no contraer el virus, sino que los síntomas no son tan graves que cuando no existía la vacuna, digamos que, la vacuna ayuda a que los síntomas no sean tan graves.

5 Discusión-Conclusión

Nos encontramos ante una pandemia en la que lo más importante es la prevención entre unos y otros, para ello el uso de la mascarilla y para ello la adecuada higiene de manos antes de ponerse la mascarilla y después de quitársela. Esta debe de cubrir totalmente la nariz y la boca, quedando correctamente sellada a la piel, para evitar la transmisión de este virus si eres portador y como barrera de protección.

También y no menos importante, mantener el distanciamiento físico, mantener las habitaciones bien ventiladas, lavarse las manos de forma periódica, evitar aglomeraciones y toser cubriéndose la boca.

Y si se piensa estar padeciendo este virus, contactar con el médico de familiar para realizar una PCR, que es la prueba de referencia y permite detectar el ARN del virus.

6 Bibliografía

1. <https://who.int.com>
2. <https://bupasalud.com>
3. <https://mayoclinic.org>

Capítulo 290

SOPORTE VITAL BÁSICO

CANDELA SANCHEZ SANTIRSO

1 Introducción

Podemos definir Soporte Vital Básico (SVB) como el conjunto de operaciones que nos permiten reconocer si una persona está padeciendo una parada cardiorrespiratoria y administrar en ella un relevo temporal de las funciones respiratorias mediante dichas operaciones hasta que la víctima reciba la atención médica necesaria.

Es un error bastante común en la sociedad no tener conocimiento suficiente para poder aplicar el Soporte Vital Básico cuando se necesita, ya que es una técnica que hay que iniciar lo antes posible y se necesita tener unos conocimientos como los que por ejemplo presenta el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

La forma correcta de llevar a cabo el Soporte Vital Básico es controlando los nervios porque la situación es bastante compleja y agresiva, ya que estamos entre la vida y la muerte de una persona.

El objetivo principal y fundamental es conseguir la oxigenación de emergencia de los tejidos para así reducir el daño cerebral y de otros órganos vitales. También es muy importante avisar de inmediato a los servicios de emergencia (112).

Tener los conocimientos y procedimientos claros garantiza la tranquilidad de la persona que está sufriendo la parada cardiorrespiratoria, ya que cuando una persona conoce los procedimientos y los realiza segura, se nota.

2 Objetivos

- Conocer cómo se realiza este procedimiento de forma correcta.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en la revisión bibliográfica a cerca de la literatura científica existente. Se han empleado como descriptores básicos la frase clave “Soporte Vital Básico”. Y se ha realizado además una búsqueda sistemática de los libros y también se han consultado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

1. Comenzaremos gritando a la víctima y agitándola con suavidad, si ante estas cosas no responde, gritaremos pidiendo ayuda y comenzaremos abriendo la vía aérea. Esto consiste en colocar a la víctima boca arriba (sobre su espalda) colocando una mano nuestra en su frente y la otra sobre la barbilla. Inclinaremos su cabeza hacia atrás.

Comprobaremos si la víctima respira observando si su pecho tiene movimiento y acercando nuestro oído para ver si se escucha la respiración. En el caso de que respire lo situaremos lateralmente mirando hacia nosotros. Formando 90 grados con el brazo y la rodilla opuestos a su posición.

2. Llamaremos al 112, indicando la situación de dicha parada cardiorrespiratoria y donde estamos localizados.

3. En caso de que la víctima entra en parada cardiorrespiratoria tenemos que empezar rápidamente con el masaje cardiaco, cuanto antes se empiece mejor, cada minuto que pasa es clave para que nuestra víctima se salve.

4. En el caso de tener un desfibrilador, aplicaríamos una desfibrilación, siguiendo las instrucciones que da este aparato.

5. Si la parada continúa seguiremos con la RCP hasta que lleguen a nuestra ubicación los servicios de emergencia que nos sustituirán.

No podemos olvidarnos que cuanto antes actuemos, mas probabilidades tiene la víctima de la supervivencia.

A partir de el momento en el que una persona entra en PCR (parada cardiorrespiratoria) su supervivencia desciende un 10% por cada minuto que continúa en este estado. Para poder salvar una vida sería necesario actuar en el primer momento, hacerlo en el tercer minuto correría el riesgo de que descienda un 20%. Los servicios de emergencia cada año reducen su tiempo de llegada, los primeros minutos de atención son los que marcan la diferencia de salvar una vida.

El Soporte Vital Básico lo puede llevar a cabo cualquier persona de cualquier edad.

5 Discusión-Conclusión

La realización de un buen Soporte Vital Básico es uno de los puntos mas importantes a tratar, tanto en el sector sanitario como en el común de la sociedad, que, por desgracia, tiene pocos conocimientos a cerca de esta técnica.

La seguridad es el factor más poderoso que se necesita para poder realizar este procedimiento.

El Soporte Vital Básico es un tema muy sensible y a la vez desconocido para la mayoría de las personas y hay que tener en cuenta una educación y práctica básica en la población y no solo en el ámbito sanitario, como por ejemplo los TCAE.

No olvidarnos que la víctima está sufriendo y tus conocimientos pueden proporcionarle una disminución de sus nervios y un aumento de su tranquilidad.

6 Bibliografía

1. <https://medac.es>
2. <https://neosalus.com>
3. <https://anestesiari.org>

Capítulo 291

LA DISFAGIA TRAS EL ICTUS

ANDREA CASTELO SAGÜILLO

1 Introducción

La enfermedad cerebrovascular conocida como ictus, se califica como la causa personal más importante de incapacidad a largo plazo y la segunda causa de deterioro cognitivo.

Una de las consecuencias más frecuentes tras un ictus, es la parálisis de los músculos o las dificultades de visión, las cuales influirán en la capacidad autónoma del afectado a la hora de alimentarse, pudiendo dar lugar a:

- Hipoestesia: Pérdida de sensibilidad (acorchamiento, dolor...)
- Trastornos visuales: Hemianopsia (pérdida de la visión de medio campo visual) o diplopía (visión doble, que se soluciona cerrando uno de los dos ojos).
- Heminegligencia: Una de las consecuencias podrá ser no reconocer miembros corporales como propios.
- Ataxia: Mantiene la fuerza muscular, pero no coordina los movimientos.
- Paresia: Pérdida de fuerza muscular, que puede ser completa (plejía), en un segmento del cuerpo o la mitad del cuerpo (hemiplejía o hemiparesia). Esta última podrá llevar consigo la parálisis de músculos de garganta o lengua, dando lugar a disfagia.
- Disfagia: Dificultad para tragar.

Durante el desarrollo de este trabajo, trataremos de una manera más profunda esta última, la disfagia, la cual puede acarrear otros problemas graves durante la deglución o incluso al tragar saliva.

Afortunadamente, en la mayoría de casos se trata de un problema temporal, mejorando progresivamente en el tiempo, aunque en algunas personas puede ser permanente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las principales manifestaciones.

Objetivos secundarios:

- Conseguir un conocimiento más amplio de una de ellas, la disfagia.
- Aprender las recomendaciones básicas a la hora de alimentarse.
- Saber las alternativas existentes a la alimentación autónoma.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de diferentes términos en páginas web oficiales relacionados con el ictus, siendo estos “disfagia en el ictus”, “ictus”, “alimentación disfagia”, “uso de sondas en ictus” e “hipoestesia ictus”.

4 Resultados

La disfagia es un problema muy frecuente tras un ictus, además de estar asociado al envejecimiento.

Algunas de las manifestaciones que nos harán sospechar que el paciente tiene disfagia, serán:

- Carraspeos frecuentes con dificultad para tragar saliva.
- Atragantamiento con alimentos, en especial los líquidos.
- Tos durante y después de las comidas.
- Movimientos disminuidos de boca y lengua.
- Incapacidad de cerrar por completo los labios.
- Presencia de residuos en boca o lengua.
- Regurgitación de alimentos o líquidos.
- Masticación o deglución descoordinada.
- Prolongación de la comida demasiado tiempo, en ocasiones con fatiga.
- Cambio del timbre de voz durante la comida.
- Otros: pérdida de peso, infecciones respiratorias de forma habitual, fiebre.

A la hora de alimentarse, será preferible hacerlo con alimentos triturados de textura fina y homogénea, evitando todos los que pueda producir atragantamiento (grupos, huesos, espinas...), manteniendo una dieta variada y equilibrada que incluya verduras, hortalizas, cereales, frutas y proteínas, además de distribuirlos en 5 tomas al día, de las cuales, la más importante será el desayuno, seguido de la comida, cena y merienda.

Además, existen ciertos alimentos a evitar por su peligrosidad en la deglución, como los muy calientes, los tropezones, los frutos secos, pescados, carnes con tendones, alimentos pastosos o los secos que se dispersan al morderlos.

En cuanto a la administración de líquidos para la hidratación, estos deberán mezclarse con espesante o bien optar por agua gelificada, gelatinas o helados (con precaución, ya que se diluyen con la saliva).

Es importante fomentar la alimentación autónoma del afectado, siempre bajo supervisión, ya que se fomentará la autoestima y será una forma de prevenir la aspiración.

La pregunta que nos podremos hacer tras conocer estos datos, será, ¿qué alternativas existen cuando hay imposibilidad para la alimentación oral?

Teniendo en cuenta de que en la mayoría de los casos se trata de algo temporal, la opción principal sería la sonda nasogástrica, siempre que su uso sea inferior a 2 meses.

En caso de que el periodo previsto de alimentación por sonda sea mayor a 2 meses, se optará por la gastrostomía, sonda que penetra directamente en el estómago a través de una incisión en la pared abdominal.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, las enfermedades cerebrovasculares son una de las causas más importantes de mortalidad, siendo el ictus una de las más comunes y con mayor incidencia.

Durante este trabajo, hemos podido conocer las afecciones musculares más importantes que pueden aparecer tras un ictus, ahondando en la conocida como disfagia, la cual es la dificultad a la hora de tragar.

Tras su estudio, se han puesto de relieve los signos más usuales a la hora de

reconocerla, teniendo que ver todos ellos con los problemas para tragar líquidos o deglutir.

Estos, quizás no tengan una solución a corto plazo, pero es importante saber como lidiar día a día con ellos, evitando ciertos tipos de alimentos, texturas e incluso temperaturas, y siempre que sea posible, haciendo que la persona que lo padece, intente alimentarse por sí mismo.

6 Bibliografía

1. https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/402017002_guia_nutricion_perso.pdf
- 2- <https://www.fundacioictus.com/es/vida/sequeles/disfagia>
- 3- <https://canalsalud.imq.es/blog/ictus-que-es-y-como-prevenirlo>

Capítulo 292

REPERCUSIONES DE LA PANDEMIA COVID 19 EN EL TRABAJO DE LOS TCAES GERIÁTRICOS

ERNESTINA CAÑIZARES RODRÍGUEZ

MARÍA ISABEL IGLESIAS ALONSO

1 Introducción

Cuando en Marzo de 2020 se decretó el estado de alarma en España la situación creada por el avance de la infección por el virus covid 19 supuso un gran desconcierto para todo el sistema sanitario, desde el primero de sus gestores al último de los trabajadores. Pese a esto, hubo un sector que sufrió este caos con mucha más preocupación, menos recursos y una gran sensación de desamparo, y éste fue el sector sociosanitario. La conciencia clara de la vulnerabilidad de los residentes en estos centros, sumada a situaciones de pánico tanto de éstos, familiares y trabajadores fue la tónica durante semanas. Nadie estaba preparado, ni profesional, ni humanamente para enfrentarse a algo como aquello, y en los primeros momentos hay que asumir que se cometieron errores, tanto por defecto como por exceso. La información que llegaba desde las instancias sanitarias era confusa, más aún, en muchas ocasiones francamente contradictoria. Un día se recibía un protocolo que ordenaba taxativamente utilizar guantes en todos los contactos con residentes, pero ni había guantes ni forma de conseguirlos, así que días más tarde la respuesta era que los guantes eran innecesarios e incluso contraproducentes. Tras este desconcierto inicial muchas cosas cambiaron drásticamente.

2 Objetivos

Investigar qué cambios ha supuesto en el trabajo de las TCAE dedicadas al cuidado geriátrico la llegada de la pandemia provocada por el virus covid 19.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en google académico con las palabras clave "tcaes geriátricos covid 19", el día 19 de Diciembre de 2021. Se seleccionaron aquellos trabajos que analizasen sobre todo el impacto emocional de los trabajadores sanitarios y los cambios sufridos por éstos.

4 Resultados

Una de las razones, si no la principal, que lleva a cualquier persona a trabajar en un centro sociosanitario es la vocación, vocación de cuidar, proteger y ayudar a los más frágiles y vulnerables. Esta vocación sufrió un duro golpe con la llegada de la epidemia. De repente los profesionales se llenaron de miedos, miedo a llevar la muerte a esos ancianos a los que debían proteger, ser el vehículo que les acercase la enfermedad. Miedo a trasladar la infección a sus casas, a sus familias y convivientes, en muchos casos también con patologías de riesgo. Y por supuesto no hay que olvidar el miedo por la propia seguridad, que mantenido en el tiempo causó gran daño. Muchas personas, obviando este último miedo optaron por aislarse con sus pacientes, para evitar en lo posible los dos primeros, y el enclaustramiento, la falta de información clara y el agotamiento también tuvieron sus consecuencias. Muchas personas abandonaron agotadas, sobre todo emocionalmente, y los que se quedaron vieron aumentada su carga de trabajo.

Otro aspecto a destacar fue el aislamiento emocional, respecto a los compañeros y a los residentes, esta es una profesión en la que el contacto físico, las sonrisas, los besos, son una parte muy importante de la terapia con ancianos, muchas veces demenciados, o incapaces de comprender la situación, pero también de la relación humana entre los trabajadores que forman el grupo de trabajo, que de golpe se vieron privados de una gran parte del apoyo emocional de sus compañeros, viviendo sus preocupaciones de forma espantosamente individual. Algunas personas desarrollaron obsesiones, manías, observación compulsiva de todo, miedos totalmente irracionales.

El inicio de las campañas de vacunación supuso un alivio emocional para todos estos fenómenos.

5 Discusión-Conclusión

Dada la actual situación resulta muy complejo realizar previsiones verosímiles de cuando se recuperará la vida que se hacía en los centros sociosanitarios antes de este golpe. Las vacunas, tan esperadas, no están ofreciendo la tranquilidad que se esperaba, y la repetición de dosis manteniendo restricciones sin fin agota a los trabajadores, residentes y familias, que no disponen de mucho tiempo para malgastar en largas esperas. Tal vez la solución sea una vacuna que por fin tenga efectos esterilizantes sobre el virus, impidiendo de una vez el contagio, pero en estos momentos, casi dos años después la situación ofrece de nuevo más incertidumbres que certezas.

6 Bibliografía

- 1-Intervención en dos centros residenciales de personas mayores desde la medicina de familia
- 2JS Monfort, JF Montaner, NA Segarra, CB Griñó... - revistafml.es
- 3-Nutrición y pandemia de la COVID-19
- 4-J Álvarez, S Lallena, M Bernal - Medicine-Programa de Formación Médica ..., 2020 - Elsevier
- 5-Reflexiones y vivencias personales como sanitaria en la UCI al inicio de la pandemia en su pico más intenso
- 6-R Calabuig Silvestre - 2020 - rua.ua.es

-

Capítulo 293

EL NACIMIENTO VENCE AL PLEXO

LAURA ALONSO MEDERO

MARÍA ANTONIA ALONSO GARCÍA

1 Introducción

Uno de los traumatismos más frecuentes durante el nacimiento del niño, es la parálisis braquial obstétrica (PBO).

En el momento del nacimiento, durante el período expulsivo del parto, puede producirse una elongación del plexo braquial. Al estirar el espacio cabeza-cuello-brazo, generalmente por una tracción, se dañan las raíces superiores o la médula, lo que ocasiona a su vez, una parálisis flácida del miembro superior. Esta lesión, además de afectar al desarrollo motor del brazo también puede influir en su desarrollo sensitivo y de crecimiento.

Los factores de riesgo asociados a esta patología son:

- Bebé de talla o peso elevado mayor de 4 kg.
- Distocia hombros.
- Atrapamiento del hombro del niño en el pubis en partos con posición cefálica.
- Partos con posicionamiento del bebé de nalgas.

También se hace referencia a otros factores como son la primiparidad o partos prolongados, los partos múltiples, diabetes gestacional, edad de la madre, partos instrumentales, etc.

Según el nivel de afectación del plexo, se clasifican en:

- PBO proximal, superior o de Duchenne-Erb (afectación C5-C6) Más frecuentes. En algunos casos también puede afectarse C7 (PBO superior + C7). La lesión a

este nivel suele manifestarse con una aducción y rotación interna de hombro, extensión de codo, pronación del antebrazo y algo de movilidad en la mano aunque puede haber disminución de la sensibilidad y del tono en la misma.

- PBO global, mixta o completa (afectación de C5-T1). Parálisis absoluta, sin movimiento, ni reflejos ni sensibilidad.

- PBO distal, inferior o de Déjèrine Klumpke (afectación C8-T1). Normalmente en partos de nalgas. Menos frecuentes. Manifestación de mano caída que no puede cerrarse del todo.

2 Objetivos

Exponer la parálisis braquial obstétrica.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, he consultado numerosos libros, publicaciones e informaciones, así como diversos artículos científicos en diferentes bases de datos y he hecho un resumen de lo que considero más importante, usando como palabras clave en todos ellos “parálisis braquial obstétrica”.

4 Resultados

Ante la sospecha de esta patología, además de hacer una observación y una exploración exhaustiva del bebé, se deberían hacer otro tipo de pruebas diagnósticas, indicadas por un profesional especializado, como pueden ser, una radiografía para descartar algún tipo de fractura, una electromiografía, pruebas neurológicas y musculares y pruebas del comportamiento de los nervios, para tener una información más certera sobre la salud del paciente.

El tratamiento de la parálisis braquial obstétrica, como tantas otras enfermedades, debe realizarse a través de un equipo multidisciplinar de neurólogos, pediatras, rehabilitadores, fisioterapeutas, cirujanos, terapeutas ocupacionales, etc. Evidentemente, sin olvidarnos del papel tan importante que tienen los tutores o padres del bebé, en todo este proceso.

Cabe recalcar lo importante que es el tratamiento precoz de esta patología, en sus fases más tempranas, ya que los primeros días e incluso meses, son claves en la recuperación de la PBO.

Antes de empezar el tratamiento debemos anotar los datos más significativos de nuestra observación y exploración, para poder valorar la evolución del paciente, en las revisiones posteriores.

Durante los primeros días de vida del bebé, recomendaremos a los padres o tutores movilizarlo lo menos posible, para evitar una afectación completa en el caso de que no la hubiese.

Desde el mes, aproximadamente, hasta el año de vida, empezaremos la rehabilitación de fisioterapia. Comenzaremos con un tratamiento conservador para evitar las consecuencias derivadas de una inmovilización prolongada, con una cinestesia pasiva. Según la evolución del paciente, iremos añadiendo a nuestras sesiones ejercicios de higiene postural, ejercicios propioceptivos, ejercicios de estimulación sensitiva y de puntos motores, masajes, electroterapia si la requiere, movilizaciones activas, etc., sin olvidarnos, que son niños y el juego debe formar parte de la rehabilitación.

En los casos en los que se requiera una intervención quirúrgica, deberíamos empezar a notar algún avance entre los 6 y los 12 meses posteriores a la cirugía y el tratamiento de fisioterapia sería necesario hasta los 2-3 años del niño, de forma continua.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia e imprescindible diagnosticar de forma precoz la PBO. La recuperación de la lesión es básica durante los 3 primeros años de vida del niño. Cuanto más precoz sea el tratamiento, menores serán las consecuencias neurológicas, psicomotoras y psicológicas del niño, adolescente y adulto.

Una vez más, es clave e importantísimo el papel del fisioterapeuta en la recuperación de esta patología. Debemos ser respetuosos con los tiempos y respetar la evolución de cada paciente, porque una mala práctica de fisioterapia, puede tener unas consecuencias muy negativas e incapacitantes en el paciente para el resto de su vida.

6 Bibliografía

1. <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/paralisis-braquial-obstetrica-que-es-causas-y-su-tratamiento-en-fisioterapia>

2. Materias de estudio curso “Valoración fisioterápica en pediatría” Fuden.
3. Fagoaga Mata J. Tortícolis muscular congénita y lesión del plexo braquial. Macías Merlo L, Fagoaga Mata J. Fisioterapia en pediatría. Madrid. McGraw-Hill Interamericana. 2002. P.383-415
4. Vaquero G, Ramos A, Martínez JC, Valero P, Núñez-Enamorado N, Simón-De las Heras R et al. Parálisis braquial obstétrica; incidencia, seguimiento evolutivo y factores pronósticos. Rev. Neurol 2017; 65;19-25

Capítulo 294

UNA VEJIGA... ¿INQUIETA?

LAURA ALONSO MEDERO

MARÍA ANTONIA ALONSO GARCÍA

1 Introducción

Cada día llegan a nuestras consultas, más pacientes preocupados por su suelo pélvico. Aunque el número de casos aumenta día a día, sabemos que es más una consecuencia de educación y cultura, que un aumento de la incidencia como tal.

Hace años, los problemas relacionados con el suelo pélvico eran un tema “tabú”, por llamarlo de alguna manera, e incluso se llegaban a normalizar situaciones que, en realidad, eran patológicas. Un ejemplo de ello, es la frase “es normal tener algo de incontinencia después de dar a luz”, tan utilizada hace unos años.

Gracias al mayor acceso a la educación y a la evolución de las culturas, cada vez se conoce un poquito más del suelo pélvico, y cada día son más los pacientes que llegan a consulta para tratar estos temas. En este documento, vamos a centrarnos en la llamada “vejiga hiperactiva”.

Se entiende como vejiga hiperactiva (VH), según la Sociedad Internacional de Continencia, al “síndrome clínico caracterizado por la presencia de urgencia miccional aislada, o en combinación con incontinencia de urgencia, junto con un aumento de la frecuencia miccional y nicturia, en ausencia de otra enfermedad demostrable”.

Esta definición, es exclusivamente clínica. No hay pruebas o exploraciones específicas que la diagnostiquen, más bien se llega a la conclusión de que estamos ante una vejiga hiperactiva, a través de la realización de una historia clínica y farmacológica exhaustiva y de una buena exploración física.

Además de esto, a los pacientes, se les manda hacer un diario miccional de al menos 3 días y en algunas ocasiones, un análisis o cultivo de orina, para así llegar a obtener un diagnóstico lo más acertado posible.

A veces, cuando el grado de afectación así lo determina, se hacen estudios urodinámicos, ecografías, cistoscopias, etc.

Es importante hacer un diagnóstico diferencial para descartar, por ejemplo, la presencia de tumores, infecciones, procesos obstructivos e inflamatorios.

2 Objetivos

Conocer la vejiga hiperactiva.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En los estudios realizados hasta ahora, la etiopatogenia aún no está clara, aunque sí relacionada con procesos neurógenos o miogénicos (relacionados con la denervación del músculo depresor), alteraciones del suelo pélvico o como consecuencia de otros procesos tales como neoplasias, uso radioterapia, procesos obstructivos, etc.

Una cosa que tenemos clara, es que el riesgo de VH aumenta con la edad, y que en estos casos está más relacionada con procesos neurógenos.

Puede asociarse también a otros síntomas del tracto urinario inferior y su aparición está ligada en muchas ocasiones a otros problemas, tales como la depresión, la obesidad, la disfunción eréctil y los partos vaginales.

Antes de empezar a realizar el tratamiento, hay que tener en cuenta la edad del paciente, sus expectativas, sus enfermedades (si es que las tuviese) y sus limitaciones físicas y psíquicas.

Debemos comenzar la rehabilitación con un tratamiento conservador y escalonado para mejorar la sintomatología.

Algunas de las pautas higiénicas, dietéticas y conductuales a seguir por los pacientes son; disminuir el consumo de determinados líquidos y controlar las horas de las ingestas, controlar el peso y realizar un ejercicio adaptado a la condición física de cada persona.

Lo primero que debemos enseñar a los pacientes con VH, es a realizar un entrenamiento vesical óptimo, para lo cual es indispensable una buena colaboración por su parte.

No podemos olvidar realizar ejercicios propios del suelo pélvico, como pueden ser por ejemplo los ejercicios de Kegel, ayudándonos de algunos dispositivos, como las bolas chinas o los conos vaginales, si fuese necesario.

Otros ejercicios que debemos enseñar a nuestros pacientes, son los ejercicios de biofeedback (o biorretroalimentación) de la micción, tanto del tono muscular, como vesical, como véscico-esfinteriano, a través de señales táctiles, visuales o auditivas, aunque hay que tener en cuenta para llevarlos a cabo, que es necesaria la intervención del fisioterapeuta y unas condiciones óptimas del paciente, tales como una buena capacidad funcional y una gran colaboración del mismo.

Podemos incorporar la electroterapia, por ejemplo, realizando electroestimulación del nervio pudiendo, que suele venir muy bien cuando hay contracciones involuntarias del detrusor.

En algunos casos el tratamiento de fisioterapia, debe combinarse con un tratamiento farmacológico (normalmente con antimuscarínicos).

Se recomienda hacer revisiones más o menos cada 4 semanas, para valorar si hay alguna respuesta a los tratamientos realizados.

Como fisioterapeutas, debemos saber que existen otras alternativas terapéuticas, para aquellos pacientes que no responden a los tratamientos conservadores y/o farmacológicos convencionales, como son el uso de la toxina botulínica (en casos de IUU), la desmopresina (hormona sintética antidiurética), la neuromodulación eléctrica (por vía sacra o estimulación del nervio tibial posterior), la neuromodulación sacra (en S3) y la estimulación percutánea del nervio tibial (fibras L4-S3). En aquellos pacientes en los que el síndrome esté muy avanzado, realizaremos un tratamiento paliativo, que puede combinarse con los tratamientos mencionados anteriormente, de forma complementaria.

5 Discusión-Conclusión

Debemos intentar mejorar la calidad de vida de los pacientes, reduciendo la gravedad de la incontinencia y/o el número de escapes, e incluso recuperar la continencia cuando sea posible. Pero, es esencial la colaboración del paciente.

Tiene que ser muy consciente de su propio cuerpo y formar parte del programa para que éste, sea efectivo.

Para ello, es muy importante tratar de forma precoz la vejiga hiperactiva, por lo que debemos concienciar e informar a la población, especialmente a nuestros mayores, que este síndrome existe y lo que es aún más importante... ¡Qué puede tratarse!.

Y tan importante es un buen diagnóstico, como un buen tratamiento.

6 Bibliografía

1. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2018/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_26_10_vejiga%20hiperactiva.pdf
2. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-geron-tologia-124-pdf-S0211139X15000669>
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-documento-consenso-sobre-vejiga-hiperactiva-S0211139X15000669>
4. <https://fisineria.com/estudio-investigacion-vejiga-hiperactiva/>
5. <https://www.aeu.es/UserFiles/files/GuiaVejigaHiperactivaAEU.pdf>

Capítulo 295

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS Y FISIOTERAPIA PARA COMBATIR EL DOLOR MUSCULAR

ALICIA SÁNCHEZ CABALLERO

ROSA MARIA PASAN CAMACHO

SOFÍA GARCÍA-PARLA ROMERO

1 Introducción

El dolor es un concepto complejo y difícil de definir, ya que se trata de una percepción subjetiva, personal e íntima, integrada por un conjunto de pensamientos, sensaciones y conductas influenciadas por factores personales, ambientales y culturales; capaces de modelar el síntoma dolor y provocar reacciones y sensaciones diferentes en cada individuo. Por ello cada persona tiene un umbral del dolor diferente que dificulta la evaluación del mismo.

La sensación dolorosa se produce en el Sistema Nervioso. Los dolores musculares pueden llegar a ser muy molestos y duraderos, causando alteraciones en actividades cotidianas, llegando incluso a convertirse en limitantes para realizar las actividades de la vida diaria. Los Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) pueden ser una alternativa terapéutica adecuada para aliviar el dolor muscular. La función del antiinflamatorio es bloquear las sustancias químicas que genera el cuerpo y que son las responsables de la inflamación de los tejidos, inhibiendo ciertas enzimas del cuerpo llamadas ciclooxigenasa, que se libera durante el daño al tejido. Al bloquear los diferentes tipos de ciclooxigenasas (COX), entre ellas, la

COX-1 y la COX-2, los AINES pueden ayudar a reducir el dolor y la inflamación, y consigue ofrecer un mayor confort a las personas que padecen este tipo de dolores.

2 Objetivos

Describir los distintos tipos de antiinflamatorios no esteroideos y las distintas técnicas de fisioterapia para el alivio del dolor muscular.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Es imprescindible un diagnóstico preciso del dolor muscular y ahí se basará nuestro tratamiento. Una combinación de antiinflamatorios no esteroideos y tratamiento fisioterápico mediante técnicas analgésicas (termoterapia, electroterapia, láser, cinesiterapia, cinesiterapia) . La inmensa mayoría de los dolores que se presentan a lo largo de nuestra vida responden a este tipo de antiinflamatorios. Hay que seleccionar el más adecuado a cada tipo de dolor muscular y tomarlo siguiendo las indicaciones del profesional.

En el ámbito clínico de la fisioterapia, el examen y la evaluación del dolor muscular son pilares fundamentales de la historia del paciente y formando una de las categorías de test y de medidas que se deben de realizar en el examen inicial del mismo. Valorando así, intensidad, calidad, duración y características físicas del mismo.

Los tratamientos fisioterápicos serán determinantes en el caso de las lesiones musculares, ya que constituirán el tratamiento de rehabilitación principal de las dolencias .

Derivados del ácido acético:

- Indometacina; actualmente casi no se emplea por sus efectos adversos. Ketorolaco; tiene una elevada potencia analgésica y tiene la ventaja de poseer una forma

farmacéutica por vía parenteral.

- Diclofenaco; elevada potencia analgésica, antiinflamatoria y antitérmica. Es el más potente antiinflamatorio que se puede encontrar hoy en día. Su eficacia lo hace adecuado para dolores muy potentes y recientes.

Derivados del ácido propionico:

- Ibuprofeno; es antipirético, analgésico y antiinflamatorio. es especialmente efectivo en dolores musculares.
- Naproxeno; empleado en el tratamiento de dolor leve o moderado. Actúa inhibiendo la síntesis de prostaglandina.
- Ketoprofeno; potente actividad analgésica .

Paraminofenoles:

Paracetamol; como antitérmico y analgésico es buen sustituto del ácido acetilsalicílico (AAS). Su uso apenas tiene efectos adversos.

Salicilatos:

AAS su núcleo fundamental es el ácido salicílico); conocido como la aspirina.

Tiene efecto inhibitorio de la ciclooxigenasa.

Diflunisal; indicado para el alivio del dolor y la inflamación.

Pirazolonas: Metamizol; puede provocar calor, hipotensión, rubor facial y palpitaciones. Propifenazona; tiene propiedades antitérmicas y analgésicas. Fenilbutazona; tiene mayor efecto analgésico que el Paracetamol.

Oxicams:

Piroxicam; tiene la ventaja de ser eficaces con una sola toma diaria .

Coxibes:

Selectivos (COX-2); celocoxib y etoricoxib. Inhibidores alternantes de la enzima COX-2. Inhiben la producción de prostaglandina, reduciendo el dolor y la inflamación sin efectos adversos gastrointestinales.

Otros:

Nabumetona; actúa impidiendo la síntesis de prostaglandinas, mediante la inhibición de la actividad ciclooxigenas.

Función:

Los antiinflamatorios son un grupo químicamente heterogéneo de fármacos. Sus acciones son tres:

- Acción analgésica; aliviar el dolor. Es un efecto periférico y está relacionado con la inhibición de la síntesis de prostaglandinas en el lugar donde se percibe el dolor.
- Acción antiinflamatoria.
- Acción antipirética; disminuir la temperatura corporal. La acción antifebril de

los AINE es consecuencia de su capacidad inhibitoria de la síntesis de prostaglandina por la ciclooxigenasa a nivel central que regula la temperatura corporal. Hay diferentes tipos de analgésicos, pero los más comunes son los que están en el grupo de los Antiinflamatorios No Esteroideos (AINE), son fármacos en su mayoría antiinflamatorios, con actividad analgésica y antitérmica .

Efectos secundarios:

Tanto los AINES como los analgésicos si se toman en dosis elevadas, o si se toman durante mucho tiempo, pueden causar efectos secundarios, serios. Entre ellos; dolor de estómago, úlceras, náuseas, problemas renales, retención de líquidos, estos riesgos pueden aumentar con la edad y con la presencia de otros problemas de salud.

Los factores predisponentes son; edad mayor de 65 años, antecedentes de úlceras péptica, uso de anticoagulantes, uso de varios AINES, el tiempo de duración del tratamiento, dosis elevadas, padecer enfermedades graves, entre otros .

Tratamiento de fisioterapia:

La fisioterapia es el arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. Además, la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución.

Las causas de la inflamación y el dolor muscular son muchas y variadas, desde un mal estiramiento, una contractura muscular, lesiones de fibras, lesiones por sobrecarga e incluso malestar general corporal que se sufre durante una infección que provenga de una gripe o un constipado.

Los problemas que más a menudo llevan a los pacientes a la consulta son; 56% dolor muscular de espalda; 22% dolores varios de sistema muscular esquelético; 20% estrés y otros problemas psicosociales.

Técnicas analgésicas:

Masaje:

Conjunto de manipulaciones sin ningún tipo de ayuda instrumental, sobre una parte o totalidad del organismo, con el objetivo de movilizar los tejidos.

Termoterapia:

Alivio transitorio en los trastornos antiinflamatorios, ya que aumenta el flujo sanguíneo y la extensibilidad del tejido conectivo. Disminuye la rigidez, el dolor y el espasmo muscular.

Hidroterapia:

Es la aplicación del agua en cualquier forma, estado o temperatura, con fines

terapéuticos y como vector mecánico y químico. (Baños de Kneipp, Baños de contraste, Baños galvánicos, compresas frías y calientes, envolturas, etc.). Sus efectos terapéuticos son entre otros analgésicos y mio-relajantes.

Ultrasonidos:

Vibraciones acústicas o sonoras de una frecuencia superior a 16.000 Hz. Se propaga como un movimiento ondulatorio a una velocidad determinada.

Crioterapia:

Es la aplicación del frío con fines terapéuticos. Siendo uno de los métodos más potentes utilizados para disminuir el umbral del dolor y la inflamación en medicina física.

Electroterapia analgésica:

La electroterapia analgésica genera diversos beneficios; reduce el dolor de la zona a tratar, tiene efecto antiinflamatorio, mejora la recuperación de los tejidos.

- Corrientes diadinámicas.
- TENS (electroestimulación transcutánea).
- Interferenciales.
- Galvánicas.
- Trabert.

Estiramientos:

Los estiramientos son necesarios para tratar cualquier alteración de la musculatura que se encuentre acortada o en tensión.

Ejercicios:

El ejercicio es una terapia importante y necesaria porque fortalecer los músculos débiles, moviliza las articulaciones rígidas, mejora la función cardiovascular, la coordinación y mejora el confort del paciente .

Láser:

El láser contribuye a normalizar la situación iónica a ambos lados de la membrana despolarizada, repolarizándola y aumentando por lo tanto su umbral de excitación.

Movilizaciones:

Estas técnicas sirven para dinamizar articulaciones hasta posiciones a las que el paciente no podría llegar él solo y pretenden estimular los aferentes sensitivos que reducen la sensación dolorosa por mecanismos neurológicos normales.

Si persisten en el tiempo, uno de los problemas más comunes es la alteración de sueño, ya que impide el descansar. Engloba procesos físicos, mentales, sociales y conductuales, y todo ello compromete la calidad de vida. Por ello hay que tratarlo lo más precoz posible.

5 Discusión-Conclusión

La fisioterapia tiene una amplia gama de técnicas para utilizar frente a los dolores musculares y su capacidad de acción va desde el síntoma a las causas del síntoma. La fisioterapia es requerida cada vez más para el tratamiento de procesos sin un tratamiento médico definitivo y que cursa con este tipo de dolor. Junto con los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), que son un grupo químicamente muy heterogéneo y variado de fármacos que su función principalmente es antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos.

Como sanitario, el tratamiento del dolor siempre debe que ser una prioridad. Saber identificar qué tipo de causas crean este tipo de dolores musculares y a partir de ello abordarlo con los conocimientos que tenemos para ello. Tenemos que conocer los fármacos a emplear, en este caso los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), tanto sus indicaciones, como reacciones adversas que puede ocasionar en el paciente. Todo ello para conseguir remitir o paliar el dolor muscular.

6 Bibliografía

1. Perez Cajaraville, Lafuente Jimenez, Moncada Durruti. Unidad del dolor. Clínica Universitaria de Navarra: 2.013.
Disponible en: <http://www.cum.es/nuestros-profesionales/servicios-medicos/unidad-dolor>.
2. Puebla Díaz. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Doloriatrogénico. Madrid; 2.005.
Disponible en: <http://www.scielo.iscii.es/scielo.php?>
3. Moreno Brea MR, Micó já. Inhibidores de la COX-2: mecanismos de acción. Rev. Sedolor: 2.000; 3-6.
4. Fosbol EL, Gislason GH, Jacobsen S, Abildstrom SZ, Hansen ML, Schramm TK, et al. The pattern of use of non-steroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) from 1997 to 2005: a nationwide study on 4.6 million people. Pharmacoepidemiol Drugs Saf 2.008; 17(8): 822-833.
5. Guerra López. Farmacología del dolor. Analgésicos. Universidad Autónoma de Madrid ;2.007. Disponible en: https://www.uam.es/departamentos/medicina/especifica/Enfermeria/Enf_T15.pdf.
6. Bjordal JM, Klovning A, Ljunggren AE, Slordal L. Short-term efficacy of pharmacotherapeutic interventions in osteoarthritic knee pain; A meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. Eur J Pain 2.007;11(2):125-138.

7. James S. Dawson, Alfonso Moreno Gonzalez, Magali N. F. Taylor, Peter.

Capítulo 296

FISIOTERAPIA EN EL MIELOMENINGOCELE

ROSA MARIA PASAN CAMACHO

SOFÍA GARCÍA-PARLA ROMERO

ALICIA SÁNCHEZ CABALLERO

1 Introducción

La espina bífida es el nombre que se le asigna a un grupo de malformaciones adquiridas en el periodo embrionario que afectan al desarrollo de la columna vertebral, de la médula espinal y de sus raíces nerviosas. Se caracteriza por la falta de fusión de los arcos vertebrales, con protusión o sin ella, y displasia de la médula espinal y/o de sus membranas.

Hay dos tipos:

A. Espina bífida oculta: es un defecto vertebral debido a que la vértebra nunca se cierra, pero sin ser visible meninges o el tejido neuronal.

Suele afectar con mayor frecuencia a L5 y S1. Es un tipo de defecto poco llamativo y más leve, por ello pasa muchas veces desapercibidas.

Su incidencia es menor que la del mielomeningocele, estando presente en un porcentaje de la población entre el 20-30% aproximadamente.

B. Espina bífida abierta: es un defecto óseo unido a la exposición de la meninges o tejido neuronal.

- Mielosquisis; fisura de la médula espinal originado antes de comenzar el desarrollo, es decir, sobre la 28ª semana de gestación. Es de grado severo.

- Mielomeningocele; con hernia de la médula espinal y sus meninges. Tiene un origen posterior a las 28° semanas de gestación y se representa con mayor frecuencia en la región lumbosacra.
- Meningocele; falta de fusión de los arcos con saco meníngeo visible, lleno de líquido cefalorraquídeo y cubierta del todo o parte de ésta con pelo y meninges. Su inicio es posterior a las 28° semanas de gestación. De afectación leve.
- Hemimielomeningocele; la médula se encuentra como un libro abierto, una parte tiene características del mielomeningocele y la otra va por un canal distinto. Se posee un déficit neurológico unilateral.
- Siringomielomeningocele; consiste en la dilatación de la médula espinal, con mayor frecuencia aparece localizado a nivel cervical. Tiene características semejantes al meningocele.

2 Objetivos

- Definir que es el mielomeningocele (Espina Bífida) por parte de la unidad de fisioterapia.
- Conocer su epidemiología, diagnóstico y prevención.

3 Metodología

Para la realización del trabajo me he valido de bibliografía específica del tema, soporte informático obtenido en Internet y visitas a Astrapace donde he asistido al tratamiento que llevan a cabo en este centro con este tipo de lesión.

En este punto quiero mencionar a las Asociaciones que me han facilitado información a través de revistas propias o Internet.

4 Resultados

El mielomeningocele es un defecto congénito de los arcos vertebrales con dilatación quística de las meninges y diversas anomalías de la médula espinal.

Cuando se forma inicialmente la espina dorsal en el embrión, se encuentra abierta, pero normalmente se cierra antes del día 29 después de la concepción.

En la espina bífida, la espina dorsal nunca se cierra completamente.

La palabra mielomeningocele viene de las raíces;

- Mielo; médula espinal.
- Meningo; cubiertas (membranas).

- Cele; los nervios que están en la bolsa.

Significa una cavidad que recoge a la médula espinal y las meninges.

La recuperación es de larga evolución con vistas a obtener los mejores resultados funcionales posibles, con el fin de una máxima inserción socio-profesional posterior.

En lo concerniente a los niños, ésta debe guardar un aspecto atrayente, lúdico, aunque debe hacerse con tenacidad y ser repetitiva.

Se incide en la necesidad de estimular a estos niños, de guardarlos de la sobreprotección, de ayudarlos demasiado. La cooperación con la familia, la sobreprotección y el rechazo. Es importante informar a la familia y hacerle tomar un papel activo en la rehabilitación del niño.

La educación motriz debe comenzar a partir del nacimiento, mientras que los problemas que ponen en juego el pronóstico vital son resueltos paralelamente.

Si no se realiza tratamiento la hidrocefalia puede conducir al retraso mental y a otros muchos daños neurológicos. Los pacientes con mielomeningocele desarrollan hidrocefalia asociada a una malformación de Arnold Chiari tipo II. Pero cuando más baja sea la lesión neurológica, menos frecuente va a ser la hidrocefalia.

Para detectar una posible disminución de la capacidad intelectual se mide el parénquima cerebral y la circunferencia occipitofrontal, ya que los niños que tienen un reducido tamaño del cerebro tendrán bajo intelecto.

Por todo ello, la rehabilitación debe ser fruto de la cooperación del niño, de la familia y de todos los participantes del equipo multidisciplinar.

La dieta de la madre puede influir sobre la espina bífida, especialmente en el consumo de Ácido fólico de vitamina B. Por tanto, se recomienda a las mujeres en edad de procrear que consuman 400 microgramos de dicho ácido al día, ya que se ha demostrado que de este modo se puede disminuir el riesgo de defecto del tubo neuronal en el recién nacido.

En lo referente a las alteraciones ortopédicas deben tratarse para obtener una alineación de las articulaciones de una forma correcta para que el niño pueda realizar la marcha.

Epidemiología:

La prevalencia en España de recién nacidos con defecto del tubo neuronal es de 8 por cada 1.000 niños, pero un gran número de fetos afectados por este defecto son abortados espontáneamente, observándose las cifras de incidencia superior a las del momento del nacimiento.

Estas diferencias pueden estar influenciados por el diagnóstico prenatal y la posibilidad de interrupción del embarazo en la cual los defectos del tubo neuronal

son más frecuentes que en los partos con niños vivos y más graves las malformaciones.

Los agentes predisponentes de estas malformaciones son:

1. Genéticas; el mielomeningocele no es hereditario en el sentido que se transmite como tal, aunque existe una gran cantidad de defectos del tubo neuronal transmitidos de forma mendeliana. Sin embargo, si se puede decir que hay una influencia genética. En aquellos niños con trisomía 18 y otras anomalías de los cromosomas.
2. Ambientales; el defecto del tubo neuronal es debido a una interacción de un agente desconocido pero que es ambiental y posee factores genéticos.

Diagnóstico:

A menudo es posible detectar la espina bífida utilizando una serie de pruebas. Entre ellas se realiza un análisis llamado Análisis de Alfafetoproteínas (AFP), prueba que permite una detección prenatal de la espina bífida y de otros NTD mayor de lo normal.

Si la AFP se encuentra muy elevada, se somete a la mujer embarazada a otros dos análisis precisos para detectar dicha malformación y otros defectos del desarrollo. Estos análisis son una examinación muy precisa de la columna vertebral del feto por medio de un ultrasonido y la amniocentesis que no se puede ser realizada en cualquier momento del embarazo, ya que es preciso tener cierta cantidad del líquido amniótico para poder realizarse, es decir, entre la decimoquinta y decimoctava semana de gestación.

Prevención:

La prevención de los defectos los podríamos clasificar en:

1. Prevención primaria; A través de educación sanitaria que incluye hábitos saludables y mediante controles en la mujer diabética, vacunación y evitando ciertos fármacos.
2. Prevención secundaria; supone disminuir el impacto que se ha producido sobre el individuo, familia y sociedad al tener un defecto congénito. Se comienza lo más precoz posible.

Alteraciones asociadas:

- Hidrocefalia:

Una gran cantidad de niños con mielomeningocele desarrollan un defecto asociado conocido como hidrocefalia. En la bibliografía consultada oscila entre un 50-80% según autores.

La hidrocefalia consiste en la acumulación de líquido cefalorraquídeo en el in-

terior de la cabeza (ventrículos), lo que provoca un crecimiento excesivo de la misma, hipertensión craneal, prominencia anormal de la frente, ojos en puesta de sol, rechazo de alimentos y vómitos.

La hidrocefalia habitualmente desarrolla en forma secundaria a la malformación de Arnold-Chiari (desplazamiento caudal del tallo encefálico por un atrapamiento del bulbo raquídeo situado en el lugar donde se une el cerebro y la médula espinal. Teniendo dificultad para respirar y deglutir).

Hay niños con hidrocefalia y que además se le asocia una alteración del desarrollo intelectual.

- Alteraciones ortopédicas:

Desviación de la columna, luxación paralítica de la cadera, deformidad de la rodilla y malformaciones de los pies.

- Alteraciones de la función urológica e intestinal:

1. Urinarias; debida a la debilidad de los esfínteres, provocando la aparición de la incontinencia.

2. Intestino; puede verse alterado el mecanismo intestinal, basado en el control de evacuación y continencia de heces.

Tratamiento fisioterápico:

Se realizará siguiendo la secuencia normal de desarrollo motor y va dirigido a:

1. Control cefálico:

El niño con mielomeningocele puede presentar un retraso en este control. Por tanto, se realizan actividades que lo faciliten como colocar al niño en supino sobre las rodillas de la madre para facilitar el control cefálico en extensión. También en prono para estimular la elevación de la cabeza mostrándole objetos llamativos.

2. Control escapular:

Dirigido a facilitar la acción de los músculos que estabilizan y movilizan la escápula mediante apoyo sobre el miembro superior, traslados de peso de un lado a otro y de delante-atrás, apoyo sobre un brazo mientras extiende otro.

3. Control de tronco:

Un control de tronco adecuado proporciona la base para la función en posiciones estables y móviles. Actividades que faciliten la acción combinada de abdominales y extensores de tronco.

4. Volteos:

Debe facilitarse el paso de supino a prono y de prono a supino.

5. Verticalización:

Puede ser necesario el uso de férulas posteriores. Los efectos beneficiosos de la verticalización incluyen luchar contra la osteoporosis y el desarrollo psíquico intelectual del niño.

6. Marcha:

La fuerza del cuádriceps es fundamental para el pronóstico de la marcha. En lesiones torácicas y lumbares altas puede realizarse con grandes aparatos de marcha. En aquellos casos que no sea posible se les enseña el uso óptimo de la silla de ruedas y transferencias.

7. Tratamiento de las alteraciones esfintéreas:

El objetivo es la obtención de la continencia a partir de los seis años y mantener una buena función renal.

5 Discusión-Conclusión

El término mielomeningocele se utiliza para describir un fallo de fusión de los arcos vertebrales posteriores con protusión quística de la médula espinal y las meninges. Como alteración que produce defectos en el tubo neuronal va frecuentemente asociada a la hidrocefalia.

Representa unos de los tipos más graves de la espina bífida.

Se puede localizar en cualquier parte del cuerpo, pero en el mayor de los casos es en la región lumbosacra. De dicha localización depende el grado de extensión y afectación neurológica.

La causa en sí del mielomeningocele se desconoce, pero existe un factor predisponente que es el genético. Los factores ambientales, nutricionales y ciertos fármacos son muy importantes en su etiología.

Los factores ambientales juegan un papel importante en la etiología del mielomeningocele. Entre ellos destacan: fármacos, causas maternas (Diabetes Mellitus, edad avanzada) y otros (alcohol).

El análisis epidemiológico va encaminado no sólo a conocer las cifras de frecuencia en cada población, sino a intentar entender las características del defecto en estudio.

Por tanto, el objetivo de la consulta periconcepcional es la promoción de la salud, evaluación de riesgos reproductivos y enfermedades detectadas.

6 Bibliografía

1. Chester A, Swinyard M.D, Ph D. El niño con Espina Bífida. Madrid: F.E.A.E.B.H; 1.984.
2. Miguélez C, Gallo M. Tratado de la Espina Bífida. Ed. 1º. Madrid: Amolca; 2.015.
3. Casas C, Rodriguez T.Espina Bífida: manifestaciones neurológicas y vigilancia evolutiva. AMUPHEB. La Espina Bífida. Esa desconocida. Murcia: Pictografía;

1.998; 39-45.

4. Hernandez F.J. Epidemiología, diagnóstico y prevención de los defectos del tubo neural. Murcia: Pictografía; 1.994; 11-14.

5. Carreran E, Moroto A, Arévalo S, Rodó C, Galo C. Tratamiento prenatal del mielomeningocele; 2.012; 148-153.

6. Stephen J, Falchek MD. Hospital for children; Diciembre 2,018.

Disponible en <http://mdsmanuals.com/es-es/profesional/pediatría/anomalíascongénitas-del-sistem-nervioso/espina-bífida>.

7. Richard E, Behrman M.D. Tratado de pediatría. Madrid: Interamericana; 1.997.

Capítulo 297

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO MEDIANTE ELECTROTERAPIA EN LA AXONOTMESIS

SOFÍA GARCÍA-PARLA ROMERO

ALICIA SÁNCHEZ CABALLERO

ROSA MARIA PASAN CAMACHO

1 Introducción

Las lesiones de nervios periféricos son frecuentes en el ser humano, originando una experiencia desagradable tanto física como psicológica, debido a las consecuencias motoras y sensoriales que en mayor o menor medida generan dichas lesiones.

Las causas de la lesión del nervio periférico pueden ser múltiples: compresión mecánica, accidente traumático, compresión isquémica, lesión de carácter tóxico, fracturas óseas, luxaciones articulares, entre otras. Las consecuencias de la lesión del nervio dependerán tanto del grado de lesión, como de la zona, mecanismo de producción o el tiempo en que comience la rehabilitación.

El nervio periférico está formado por largos axones que comunican los distintos órganos diana con el sistema nervioso central a través de la médula, siendo este la conjunción tanto de fibras motoras, procedentes del asta anterior de la médula, como de fibras sensitivas procedentes del asta posterior de la médula.

En su recorrido hasta distal, los axones están recubiertos de tres capas de tejido conectivo: endoneuro, la capa más interna que envuelve a los axones; el per-

ineuro, que reúne varios axones formando los fascículos; y la capa más externa o perineuro que envuelve al nervio y es prolongación de la duramadre espinal. Este tejido conectivo aporta protección, elasticidad y vascularización al nervio, es decir, oxigenación y nutrición. En función del grado de agresión externa que sufra el nervio estas capas protectoras pueden verse afectadas. Así, se habla de distintos tipos de lesión según diversos autores.

La clasificación clásica de Seddon establece 3 tipos de lesiones: neuroapraxia, en la que la función del nervio se ve alterada pero sin solución de continuidad tanto del axón como del tejido conectivo, axonotmesis, en la que solo se daña el axón, quedando indemnes las capas conectivas que lo envuelve; y neurotmesis, que supone la sección total del nervio, tanto axón como tejido conectivo. Suderland establecía 5 categorías, basándose en esta misma clasificación, al dividir la axonotmesis en 3 grupos en función de si estaba afectada una, dos o las tres capas conectivas. Mackinnon y Dellon proponían una sexta categoría en la que el daño en el tendón sería una combinación de varias posibilidades anteriormente descritas.

En el supuesto menos lesivo, la neuroapraxia, generalmente cursa con una parálisis periférica, sin llegar a producirse una atrofia muscular. La sintomatología es reversible cuando cesa la causa que comprime el nervio, normalmente en días o semanas.

En el caso de la axonotmesis, el tejido conectivo está intacto, pero el axón está dañado. Se produce el fenómeno conocido como degeneración Walleriana, de distal a proximal del axón, para después producirse la regeneración axonal y la reconexión con los órganos diana, tanto motores como sensitivos. Se considera que el crecimiento del nuevo axón se produce entre 1 y 4 mm al día. La resolución del problema del nervio periférico puede producirse tanto por crecimiento del axón dentro de la estructura conjuntiva de tres capas descrita, como por creación de nuevos colaterales nerviosos que suplan al nervio lesionado.

En el caso de una neurotmesis, la única solución es la intervención quirúrgica, siendo ineficaces otros procedimientos terapéuticos.

En cuanto al tratamiento de las lesiones de nervios periféricos, la primera terapia de elección es el ejercicio físico, tanto aeróbico, como, resistido, siendo este último más efectivo. También puede tratarse mediante electroterapia, tanto la propia lesión específica del nervio como la atrofia muscular secundaria a la lesión. En caso de fracaso, se optaría por la opción quirúrgica.

2 Objetivos

Exponer que tratamientos específicamente de electroterapia se utilizan para la lesión del nervio periférico, en concreto, de la axonotmesis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

la lesión del nervio periférico con electroterapia, desarrollando los parámetros concretos eléctricos (tipo de onda, frecuencia, intensidad, anchura del pulso). Distintos autores proponen el uso de electro estimulación en la parte proximal del nervio lesionado, en concreto, corrientes de baja intensidad favorecerían la regeneración por aumentar la expresión de los conocidos factores neurotróficos derivados del cerebro, que favorecen la producción de las células de Swam y mielina que envuelve al axón, así como la expresión de genes asociados con factores de crecimiento. La electro estimulación de baja frecuencia, (20Hz como máximo) durante entre 30 minutos y una hora, y comenzando lo más pronto posible la rehabilitación, puede favorecer a aumentar las probabilidades de mejoría. Se buscaría breves impulsos por encima del umbral de excitabilidad, es decir, en lo que se observe la contracción del músculo afectado por la lesión del nervio. Otro tipo de corrientes propuestas son la electro estimulación nerviosa transcutánea (TENS) de alta intensidad. Se aconsejan pulsos estrechos de menos de 1 ms de duración, con el objetivo de disminuir el dolor de origen neuropático. Sin embargo, su uso resulta controvertido y habría que profundizar más en cuanto al desarrollo de los parámetros más apropiados para conseguir unos mejores resultados.

Por su parte, Schuhfried propone que para estimular la fibra nerviosa lesionada habría que utilizar pulsos inferiores a 1 ms, mientras que para estimular la fibra muscular denervada habría que utilizar pulsos superiores a 1 ms, debido a que esta tiene un tiempo de coronaria mucho mayor. De esta manera podría conseguirse una disminución de la atrofia o bien una instauración más lenta de esta, tras la

denervación. La electroestimulación habría que empezar la más pronto posible, unos días después de la lesión, y prolongarse con sesiones regulares hasta varios meses. No deber producir fatiga muscular. En este sentido Dressendorfer y colaboradores también proponen la utilización de electroterapia para fortalecer y evitar la atrofia tras una lesión de nervio periférico. Sin embargo, se echa de menos mayores especificaciones en cuanto a qué parámetros eléctricos usar.

Humlen, O. en su tesis sobre la lesión infra clavicular del plexo braquial tras fractura de húmero, también propone el uso de la electroterapia como medida terapéutica. Propone utilizar Corrientes mediante pulsos aislados, con una intensidad de 30 a 40 mA, con 10 a 20 contracciones en cada músculo afecto, durante 10 minutos, utilizando la técnica monopolar, es decir el electro activo más pequeño localizado en el músculo diana.

Phansopkar, P. y colaboradores realizaron un estudio en la axonotmesis del nervio radial. Proponen usar corrientes farádicas de 1ms de duración de impulso, con 3 ms de reposo entre cada uno, con intensidad suficiente como para producir una contracción visible. También usan corrientes galvánicas para mejorar la reeducación de la musculatura, pero no especifican los parámetros de la corriente.

Tamaki y colaboradores obtuvieron buenos resultados en cuanto al fortalecimiento utilizando electroestimulación, con corrientes de 250 micro segundos de duración, con una intensidad de 16 mA, con 2 segundos de estimulación y 6 de descanso (10Hz), aplicadas durante 30 minutos.

Bueno y colaboradores, usaron en su estudio con la denervación en ratas usaron las clásicas corrientes rusas para evitar la atrofia, obteniendo buenos resultados: el primer ciclo se llevó a cabo durante 10 minutos, para estimular las fibras rojas. Para ello, se utilizó una frecuencia de ciclo de 2500Hz en periodos de 0,4ms; la frecuencia de activación fue de 30 Hz; Intervalos de 3/1, con 9 segundos de estimulación por cada período de descanso de 27 segundos. El porcentaje de modulación fue del 50%. El segundo ciclo se realizó durante 10 minutos para estimular las fibras blancas. Para ello, se utilizó una frecuencia de ciclo de 2500Hz en periodos de 0,4ms; la frecuencia de activación fue de 100 Hz; Intervalos de 3/1, con 9 segundos de estimulación por cada período de descanso de 27 segundos. El porcentaje de modulación fue del 50%.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años no ha habido mucha publicación nueva que aporte una mayor profundidad en cuanto al uso concreto de electroterapia para el tratamiento de la lesión de axonotmesis en el nervio periférico. Esta es una lesión bien en cuanto

a lesiones de nervios periféricos se refiere. También la electroterapia es una técnica clásica de tratamiento. Sorprende que en los últimos años no hayan muchos estudios con respecto a la electroterapia y su uso para el tratamiento de esta lesión frecuente. Se han encontrado pocas referencias bibliográficas, algunas de las cuales haciendo alusión a publicaciones anteriores. Son pocos los autores que describen con exactitud los parámetros eléctricos que habrían de usarse.

6 Bibliografía

1. Alvites, R., Caseiro, A. R., Pedrosa, S. S., Branquinho, M. V., Ronchi, G., Geuna, S., & Maurício, A. C. (2018). Peripheral nerve injury and axonotmesis: State of the art and recent advances. *Cogent Medicine*, 5(1), 1466404.
2. Schuhfried, O. (2019). Rehabilitation of peripheral nerve injuries. *Hamdan Medical Journal*, 12(3), 96.3.
3. Dressendorfer, R., Callanen, M., Council, R. O., & Richman, S. (2020). Burner/Stinger Syndrome.
4. Hum Len, O. (2018). Rehabilitation of infraclavicular brachial plexus injury and proximal humeral fracture after surgical repair.
5. Phansopkar, P., Athawale, V., Birellwar, A., Naqvi, W., & Kamble, S. (2020). Post-operative rehabilitation in a traumatic rare radial nerve palsy managed with tendon transfers: a case report. *The Pan African Medical Journal*, 36.
6. Tamaki H, Yotani K, Ogita F, Hayao K, Nakagawa K, Sugawara K, Kirimoto, H, Onishi H, Kasuga N, Yamamoto N. Electrical Stimulation of Denervated Rat Skeletal Muscle Ameliorates Bone Fragility and Muscle Loss in Early-Stage Disuse Musculoskeletal Atrophy. *Calcif Tissue Int*. 2017 Apr;100(4):420-430. doi: 10.1007/s00223-017-0250-y. Epub 2017 Feb 17. PMID: 28213864.
7. Bueno CRS, Pereira M, Favaretto IA, Junior, Bortolussi CHF, Santos TCPD, Dias DV, Daré LR, RosaGM Junior Electrical stimulation attenuates morphological alterations and prevents atrophy of the denervated cranial tibial muscle. *Einstein (São Paulo)* 2017;15:71–76.

Capítulo 298

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CALIDAD ASISTENCIAL EN REHABILITACIÓN . REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

SONIA FERREIRO MIRAGAYA

EVA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La compleja estructura del Sistema Nacional de Salud español, así como las transferencias presupuestarias de éste a las Comunidades Autónomas, a la vez que continúan dependiendo de los Presupuestos Generales del Estado, impulsó la realización de la Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Esta ley pretendía mejorar la calidad del sistema y garantizar una total transferencia de servicios a las Comunidades Autónomas, a la vez que garantiza un sistema sanitario de igual calidad en cualquier sitio del territorio nacional, y se renovaban las fórmulas de participación de los ciudadanos.

Además buscaba, que los sistemas de información y de comunicación sanitarios se potenciaran y armonizaran a fin de que esa información fuera útil, relevante y fácilmente accesible para políticos, gestores, profesionales y ciudadanos en general.

Con esta ley se introduce en nuestro sistema sanitario, el empleo del método de calidad total como procedimiento adecuado para lograr la eficacia. Y, por otra parte, también se instaure como axioma de nuestra atención sanitaria.

Un componente esencial de la Calidad Asistencial es la seguridad del paciente y, la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. Por ello, la Seguridad del Paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria.

El concepto de Calidad ha evolucionado hasta convertirse en una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua en cualquier organización, y a todos los niveles de la misma, afectando a todas las personas y procesos. Por tanto, la atención médica debe prestarse de forma que no sólo se contemple la calidad científico-técnica, sino que los cuidados prestados sean compatibles con las preferencias y expectativas del paciente. Así la solución de los problemas de salud, de una manera respetuosa y humana, debe ser uno de los objetivos prioritarios del sistema sanitario y de los profesionales que en él trabajan, siendo un elemento estratégico para la transformación y mejora de dichos sistemas.

La calidad asistencial y sus componentes:

El principio “Primum Non Nocere” subyace a cada acto asistencial, por lo se puede asumir como axioma que cada profesional es un sujeto competente y responsable que tiene como base de su actuación no generar daño. A pesar de ello, y debido a la mayor complejidad de la atención sanitaria, el componente humano individual interactúa con otros factores, como pueden ser los elementos propios del paciente, elementos propios de las tareas o procedimientos, la estructura físico ambiental que incluye el material, el equipamiento técnico y el lugar físico, donde se produce la asistencia o de la organización y que es causa de que los eventos adversos puedan presentarse de forma más frecuente de lo deseado.

Los componentes esenciales de la calidad asistencial son:

- El factor científico-técnico, entendiéndose por la aplicación del mejor conocimiento disponible en función de los medios y recursos disponibles.
- El factor percibido, siendo la satisfacción de los pacientes.
- El factor institucional o corporativo.

Las dimensiones de la calidad pueden clasificarse en:

1. Competencia profesional o calidad científico-técnica.
2. Efectividad.
3. Eficiencia.
4. Accesibilidad.
5. Satisfacción.
6. Adecuación.
7. Atención centrada en el paciente.
8. Seguridad del paciente.

Dentro de estas dimensiones, dos son de indiscutible trascendencia, y son la atención centrada en el paciente y la seguridad del paciente. La primera implica organizar la atención, pensando en los pacientes más que en los que la facilitan. Y la segunda conlleva practicar una atención libre de daños evitables, suponiendo desarrollar sistemas y procesos encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema además de errores de las personas y aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias.

Fundamentos de la seguridad asistencial:

El gran objetivo de la seguridad del paciente es reducir el daño y secundariamente reducir el error, ya que el error es una condición inherente a la condición humana. Para conseguir su logro se han asentado en dos líneas de pensamiento interrelacionadas:

1. La teoría del error de Reason: asume que el ser humano es falible, por lo que, pese a los esfuerzos por evitarlos, los errores seguirán aconteciendo, siendo necesario que los procesos se rediseñen para hacerlos más resistentes a la producción de fallos.
2. Cultura de seguridad: cultura no punitiva en la que existen un compromiso de las personas y organizaciones con la seguridad y, por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, contando con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar.

La cultura de seguridad:

Se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, de manera que los individuos y la organización están comprometidos con los programas de seguridad del paciente.

La cultura de seguridad incluye factores humanos, técnicos, organizativos y culturales. La ausencia de cultura de seguridad puede implicar que ciertos comportamientos de riesgo se conviertan en normas por lo que, es crucial el fomento de las prácticas seguras en la organización, evaluando continuamente las consecuencias.

En determinados centros se ha dado más importancia al registro que al cumplimiento, ofreciendo datos equívocos. El desarrollo de la cultura de seguridad y el aprendizaje a partir de éxitos y fracasos de implementación de determinadas prácticas seguras es fundamental para conseguir un equilibrio entre la estandarización y el respeto a la autonomía profesional. Según la National Pa-

tient Safety Agency for England and Wales son tres las características necesarias de la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias:

1. Abierta: asume el fallo del sistema como origen de los accidentes.
2. Justa: no se imponen medidas punitivas.
3. De aprendizaje: interpreta los incidentes como posibilidades de mejora.

Cambiar la cultura de seguridad de una organización es siempre difícil y existen diferentes formas de potenciarla, como: valoraciones de la situación inicial, formación de equipos, fomento del liderazgo, establecimiento de auditorias de seguridad o uso de sistemas de registro de incidentes críticos. Este cambio requiere evitar el adoctrinamiento y las recetas conductuales. En este proceso el profesional es el protagonista. Los pasos necesarios para el cambio incluyen en el diagnóstico inicial de la situación, la identificación de motivaciones y de los diferentes actores que pueden permitir el cambio o impedirlo, los recursos disponibles y necesarios y por último las consecuencias del mismo.

Este cambio de cultura de seguridad implica un proceso gradual, en el que es importante superar diferentes etapas.

2 Objetivos

El objetivo del presente estudio es analizar las actuaciones llevadas a cabo tanto por el Sistema Nacional de Salud como por las Comunidades Autónomas, para garantizar y mejorar la calidad asistencial prestada, con el fin de poder aplicarlas en un servicio de rehabilitación cualquiera. Así como enumerar y evaluar las nuevas líneas de actuación y necesidades en este sentido.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de los últimos cinco años, en bases de datos a nivel mundial como Pubmed, ClinicalKey, o a nivel europeo (Embase), incluyendo también bases de datos exclusivas de fisioterapia como el buscador Pedro, entre otras bases de datos tales como, Science Direct, IME, Scielo.

De la misma manera se han extraído artículos de páginas webs como Dialnet, TESEO, TDR y, muchos de los datos de estos artículos han sido complementados con información de libros u otros artículos presentes en bibliotecas virtuales como Cochrane.

Para obtener la información deseada se han utilizado palabras clave como “calidad”, “seguridad del paciente”, “calidad asistencial”, “sistema nacional de salud”. filtrándose los resultados en una horquilla temporal de los últimos 5 años. Además se han utilizado operadores booleanos como AND, OR y NOT, a fin de combinar los resultados temporales con existencia de las palabras claves utilizadas, dentro de los estudios hallados, para ajustar la selección de los trabajos al objetivo del presente estudio. Otros de los filtros utilizados ha sido que todos los estudios seleccionados fueran en castellano.

4 Resultados

La cultura de seguridad del paciente se fundamenta en el aprendizaje a partir de los eventos adversos, en el desarrollo de estrategias preventivas para evitar su ocurrencia, en reconocer y acompañar a los que han sufrido un daño innecesario del paciente lleva consigo facilitar la implantación de estos comportamientos en los profesionales sanitarios con normativas acordes.

Si pasamos de un marco general y nos centramos en analizar la situación en España, nos encontramos que el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social desde el año 2005 ha ido promoviendo, en colaboración con las comunidades autónomas y las sociedades científicas, entre ellas la Sociedad Española de Calidad Asistencial, la Estrategia de seguridad del paciente.

De esta manera se ha planteado la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 que desarrolla aspectos relevantes de la seguridad del paciente, como la gestión del riesgo, los sistemas de notificación y el aprendizaje de incidentes, igual que promover una respuesta adecuada cuando de forma inesperada ocurre un evento adverso.

Estudios recientes indican que todas las Comunidades Autónomas han puesto en marcha sistemas de notificación y disponen de una estructura de mejora de la Seguridad del Paciente, aunque esta es muy heterogénea. Al no ser uniforme para todas las Comunidades puede conllevar diferencia de trato y solución ante una misma situación. No todas disponen de un plan de respuesta ante un evento adverso, ni tienen establecido un protocolo de coordinación con los servicios jurídicos de cara al soporte de los pacientes y profesionales involucrados en el evento adverso. En cambio, se han encontrado con algunas Comunidades que han legislado con el fin de promover una cultura positiva de Seguridad del Paciente. De manera concreta existen Comunidades que han querido afianzar esta estrategia de seguridad del paciente, a través de cambios legislativos. Estas Comu-

nidades son: Cataluña, Navarra y País Vasco. Las particularidades de cada una de ellas son:

1. Cataluña:

Desde 2012 la implantación de unidades funcionales de seguridad del paciente en el servicio de salud facilita el despliegue de la estrategia, basada en:

- Crear una comisión de calidad y seguridad del paciente.
- Identificar responsables/líderes para impulsar, promover e implantar la estrategia en seguridad del paciente en hospitales y atención primaria.
- Identificar y priorizar áreas de mayor riesgo.
- Implantar un sistema de notificación de incidentes como elemento fundamental para el impulso de la cultura de seguridad. Es voluntario y permite gestionar los incidentes.
- Difundir el conocimiento sobre seguridad del paciente mediante la realización de cursos básicos y avanzados, específicos por servicios; como la publicación del Newspatientsegur (herramienta de difusión del conocimiento).
- Evaluar la estrategia en seguridad del paciente implantando el cuadro de mandos en los hospitales de agudos y en atención primaria.
- Implicar a los pacientes mediante la transmisión de información útil y de interés sobre aspectos relacionados con su seguridad como pacientes y cómo hacer su atención segura (<http://seguretatdelspatients.gencat.cat/ca/inici>).
- Establecer foros de comunicación mediante la realización de 14 jornadas de seguridad del paciente.

Las actividades de la estrategia se han incluido en los contratos programa y en los objetivos de las diferentes instituciones sanitarias catalanas. De esta manera el año 2017 se publicó el Decreto 151/2017, de 17 de octubre, por el que se establecen los requisitos y garantías técnico-sanitarias comunes de los centros y servicios sanitarios y los procedimientos para su autorización y registro. Incorporando las condiciones esenciales para una protección adecuada y efectiva de los derechos de los pacientes. Instaura la obligación de promover la mejora continua de la calidad asistencial y de la protección del paciente, incorporando la renovación periódica de la autorización. Por otro lado, añade aspectos de garantía de la calidad y seguridad de la atención incorporando normas y requisitos. En relación con el sistema de notificación de incidentes, incide en disponer de un sistema que garantice la confidencialidad de las notificaciones y el anonimato y que facilite el análisis y la realización de propuestas de mejora para disminuirlos en la medida de lo que sea posible.

El Decreto reconoce la posibilidad de cometer errores en la asistencia sanitaria, identifica el referente de seguridad del paciente y lo vincula a una serie de fun-

ciones específicas e incide en la necesidad de evaluar y diseñar barreras que generen la disminución del riesgo, contando con un sistema de notificaciones y protege al profesional.

2. Navarra:

En los 2 últimos años han impulsado y desarrollado varias iniciativas tendentes a mejorar y consolidar los procedimientos y protocolos existentes para garantizar y avanzar en la mayor medida posible en la seguridad del paciente. Las actividades han sido:

- Completar y adaptar una parte de la Guía de recomendaciones elaborada en 2016 para la gestión de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un evento adverso. Las adaptaciones iban orientadas expresamente a informar a pacientes y a sus familias sobre el derecho a interponer una reclamación y el procedimiento, órgano y plazo, en los casos de indicios claros de que pudiera existir una responsabilidad por parte del SNS-O.
- Promoción de cambios legislativos en el Consejo Interterritorial de Salud: se elaboró una propuesta a fin de instar al Ministerio a promover la modificación de varias normas estatales de modo que se consolide y se facilite aún más la colaboración de los profesionales del SNS-O para notificar los eventos adversos y/o participar en el análisis de causa raíz de los mismos.
- Gestión de riesgos en SNS-O: se aprobó el deber de comunicar los eventos adversos graves o centinelas que se describían en el anexo de la correspondiente Resolución de la autoridad sanitaria; constituyendo una infracción administrativa el incumplimiento de las órdenes recibidas por escrito de los superiores jerárquicos en las materias propias del servicio.
- Creación y regulación de la Comisión de Mejora de la Adecuación de Práctica Asistencial y Clínica: los datos de seguridad del paciente y de siniestralidad sirven también para impulsar las acciones de mejora generales en Navarra y para aprovechar el conocimiento de otras comunidades autónomas partícipes de la red creada alrededor del convenio anteriormente mencionado.
- Apoyo del SNS-O a sus profesionales: elaborando y facilitando a los profesionales un listado de información relación con la comunicación y el análisis de los eventos adversos, el apoyo jurídico a los profesionales en relación con los mismos y con las posibles reclamaciones y su tramitación, así como en relación con el seguro contratado para la responsabilidad patrimonial y civil sanitaria, que está a su disposición.

3. País Vasco:

La publicación de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016, constituye el

primer document³⁰ escrito de difusión pública de esta Comunidad, suponiendo un compromiso de promoción de la seguridad del paciente reduciendo al máximo posible la probabilidad de ocurrencia de incidentes de seguridad. Esta primera estrategia se ha continuado con la Estrategia de Seguridad del Paciente 2020. Por otro lado, se aprobó el Decreto 78/2016, de 17 de mayo, sobre medidas de seguridad de pacientes que reciban asistencia sanitaria en los centros y servicios sanitarios ubicados en Euskadi. Los elementos esenciales que están recogidos en esta iniciativa legislativa son:

- Implantación de un plan de seguridad de los pacientes, exigible al conjunto de centros y servicios sanitarios ubicados en esta Comunidad.
- Establecimiento de un sistema de notificación de incidentes de seguridad sin daño.
- El reconocimiento de la figura del “referente de seguridad”.

Cada centro y servicio sanitario debe contar con un plan de seguridad aprobado por la dirección del centro y conocido por todo el personal que presta sus servicios en dicho centro o servicio sanitario. Este plan, con la amplitud adecuada a la dimensión y características del centro o servicio sanitario.

En cuanto al sistema de notificación de incidentes de seguridad, se establece la necesidad de poner a disposición de los profesionales de los diferentes centros o servicios sanitarios, un sistema de notificación de incidentes de seguridad con las características fundamentales con el fin de garantizar el aprendizaje. Todos los centros y servicios sanitarios deben disponer de una persona que actúe como referente de seguridad de las personas atendidas.

En la calidad asistencial y la seguridad del paciente además de las administraciones e instituciones sanitarias existen otros actores importantes, que pueden y deben aportar su experiencia y puntos de vista. Ya que, para alcanzar los objetivos de calidad y seguridad marcados, no sólo hay que legislar, también es necesario saber qué hacer y qué no hacer.

Estos actores son tanto los pacientes, sus asociaciones, como las asociaciones de profesionales sanitarios, profesionales sanitarios independientes y los propios gestores sanitarios.

En este sentido encontramos un reciente estudio, en el que diferentes asociaciones españolas han hecho llegar una serie de recomendaciones para el sistema sanitario con el fin de mejorar la seguridad del paciente y con ello la calidad asistencial.

Analizando las posiciones de diferentes actores de la calidad asistencial y seguridad del paciente, se puede ver como directores y gestores reconocen la existencia de diversidad de problemas de seguridad del paciente, coincidiendo en recono-

cerla como prioritaria de forma más teórica que práctica. La excesiva rotación de directivos se consideró como una importante barrera para establecer estrategias a largo y medio plazo.

Viéndose necesario el planteamiento de presentar la gestión de calidad centrada en las aplicaciones del ciclo de mejora continua, constituir grupos de mejora, implementar sistema de monitorización y aplicación de modelos externos de calidad (EFQM o ISO). Esto redundaría en la seguridad del paciente puesto que un sistema de gestión de calidad permitirá eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, generados como consecuencia del proceso de atención, además de promocionar las prácticas seguras existen estudios que remarcan el logro de implantación a un alto nivel en elementos de buena práctica relacionados con equipamientos y recursos, siendo más complicada esta implantación en actitudes que requieren de mayor atención.

Existen 2 problemas estructurales, sobre todo a nivel hospitalario, que lastran la mejora de calidad asistencial y seguridad del paciente, que son las burocracias internas y la superioridad jerárquica.

Por ello es necesario implementar las siguientes medidas dentro del Sistema Nacional de Salud:

- Repensar la organización para adaptarla a las nuevas tendencias sobre atención centrada en el paciente, basándose en:
 1. Revisión de las guías de práctica clínica fomentando la decisión clínica compartida en todos los pasos del proceso donde sea aconsejable.
 2. Facilitar el acceso de los pacientes a su propia documentación clínica a través de portales de salud interactivos (uso de e-mail seguro entre pacientes-profesionales, gestión de citas de visitas y acceso a su propia historia clínica).
 3. Fomentar la grabación de las consultas por parte de los propios interesados.
 4. Promocionar la formación de médicos y profesionales sanitarios en las técnicas de decisión clínica compartida, entrevista motivacional, manejo de las motivaciones intrínsecas de las personas.
 5. Desarrollar materiales de apoyo al diálogo productivo entre profesionales y pacientes.
 6. Aprovechar las hospitalizaciones de los pacientes crónicos complejos y de los pacientes geriátricos frágiles para elaborar planes terapéuticos individualizados de manera multidisciplinar.
 7. Activar programas de voluntariado de acuerdo con los planes individualizados de cada paciente, atendiendo necesidades más allá del ámbito hospitalario.
- Industrializar los procesos protocolizables: organizativamente los hospitales se

basan en secciones y/o servicios médicos que seleccionan a los pacientes según sus órganos afectados, en lugar de por los requerimientos de cada proceso, demostrándose claramente disfuncional. Ante esto se propone que en procesos de complejidad clínica y los enfermos crónicos ingresados por agudizaciones se traten por un equipo multidisciplinar, elaborando un plan individualizado dentro de un marco de sesiones clínicas.

- Adecuar los criterios de ingreso en las unidades de críticos y desplegar estrategias de semicríticos.
- Reorientar los hospitales hacia la fragilidad geriátrica y reconstruir la atención a los pacientes crónicos. Los pacientes crónicos requieren un modelo de atención integrada que permita ajustar los tratamientos a sus necesidades reales y, a su manera de ver y de vivir sus propias enfermedades; potenciando la integración de servicios, y manteniendo a los pacientes crónicos en el ámbito comunitario tanto tiempo como sea posible.
- Implicar a los médicos en la gestión clínica según los principios de Max Weber (propuestas nobles, motivación intrínseca, respeto y pertenencia). Siendo necesario:
 1. Intentar consensuar un proyecto centrado en el paciente implicando a profesionales sanitarios y gestores.
 2. Motivaciones intrínsecas. Saber motivar a los profesionales sanitarios a través de objetivos oportunos y consistentes. A la vez, que se sientan valorados.
 3. Promoción del respeto, entre profesionales, pacientes y organización. En sentido multidireccional.
 4. Sentimiento de pertenencia: la organización debe desarrollar estrategias que pongan en valor el orgullo de trabajar en ellas.
- Replantear competencias entre especialistas y generalistas.
- Aumentar la formación, la calidad organizativa y las competencias.
- Tensionar la organización para garantizar la continuidad asistencial y mejorar la seguridad del paciente.
- Fomentar el liderazgo, aprender de los errores y promover la innovación.

En cambio, en atención primaria, los problemas reseñables son que al menos un 4,6% del total de las reclamaciones analizadas contienen problemas de salud. El médico de familia fue el profesional con mayor porcentaje de reclamaciones (53,6%), y el motivo principal, los problemas relacionados con el diagnóstico (43%), fundamentalmente el retraso en el mismo. Otras variables causantes de las reclamaciones son el daño sufrido por el paciente en el suceso adverso, la repercusión posterior en la asistencia al paciente, que se vió afectada en el 39% de los casos (precisando incluso ingreso hospitalario en un 7% de los casos) y la

posibilidad de prevención de los sucesos adversos (96% evitables) descritos en las reclamaciones.

Se evidencia la necesidad de cambios burocráticos y organizativos, la falta de formación en seguridad del paciente entre los profesionales sanitarios. Diversos estudios realizaron un análisis y evaluación de la formación en seguridad del paciente en las escuelas de medicina y enfermería en España; poniendo de manifiesto que es deficiente y mejorable. Pudiendo llegar a ser parte del plan formativo de los profesionales sanitarios, como una asignatura optativa, teniendo muy buena acogida.

No se debe olvidar que la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud promueve la utilización de nuevas tecnologías para hacer posible la aplicación de la evidencia científica por los profesionales sanitarios. En este sentido, existen herramientas tecnológicas, conocidas como modelos computacionales de guías de práctica clínica que pueden ayudar a la consecución de este objetivo desde un prisma innovador. Su adopción puede llevarse a cabo de forma interactiva, teniendo un gran potencial inicial como herramientas formativas, de calidad y seguridad del paciente, en la toma de decisiones compartidas.

Otra forma de avanzar en la calidad y seguridad asistencial es la inclusión de actividades docentes y formativas utilizando técnicas de aprendizaje experiencial basadas en simulación y debriefing, promoviendo la reorganización de procesos asistenciales convirtiéndolos en más eficaces a la vez que se mantiene la seguridad, y facilita la implementación de nuevas técnicas complejas con alto riesgo de complicaciones, minimizando la aparición de dichas complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Bajo el prisma de la calidad asistencial, la mayoría de los artículos consultados resaltan la necesidad de que la atención médica debe prestarse de forma que no sólo se contemple la calidad científico-técnica, sino que los cuidados prestados sean compatibles con las preferencias y expectativas del paciente. En este punto entra en juego la seguridad del paciente como pilar fundamental de la calidad asistencial. Tanto profesionales sanitarios como instituciones y administraciones ponen de manifiesto que tan importante es saber qué hacer como qué no hacer. Si bien la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud nació como un instrumento base para garantizar que todos los ciudadanos españoles tuvieran una asistencia sanitaria equiparable en calidad, independientemente del territo-

rio en el que fueran atendidos, queda reflejado que no ha alcanzado los objetivos previstos. Esta insuficiencia de los objetivos alcanzados se puede achacar a que la descentralización de la sanidad permite que cada Comunidad Autónoma pueda gestionarla a su criterio, una parte de las Comunidades ha optado por legislar la calidad asistencial y, la otra, únicamente han consensuado estrategias de actuación, originando una heterogeneidad de situaciones dentro del mismo Sistema Nacional de Salud, dando lugar a diferencias entre pacientes según el territorio. Los pacientes, sus asociaciones, como las asociaciones de profesionales sanitarios, profesionales sanitarios independientes y los propios gestores sanitarios son elementos fundamentales a tener en cuenta para establecer estrategias para la mejora de la calidad asistencial y seguridad del paciente.

Todos ellos están de acuerdo en la necesidad de incorporar al sistema nuevas líneas de actuación más sencillas, prácticas clínicas seguras, aprendizaje de nuevas técnicas y tecnologías, guías y protocolos clínicos, sin perder la humanización de la atención sanitaria, puesto que todo esto en conjunto es lo que garantiza la satisfacción del paciente/usuario generando una mayor seguridad del paciente lo que redundará en una mayor calidad asistencial. Así como, en la notificación de accidentes o errores durante la práctica clínica, no para buscar culpables, sino para realizar un aprendizaje y revisión de los sistemas/guías/procedimientos lo que conllevará una mejora constante de la calidad asistencial y seguridad del paciente.

Por tanto, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- Repensar la organización para adaptarla a las nuevas tendencias sobre atención centrada en el paciente.
- Necesidad de formación en seguridad del paciente a los profesionales sanitarios.
- Inclusión de actividades docentes y formativas utilizando técnicas de aprendizaje experiencial basadas en simulación y debriefing.
- Utilización de modelos computacionales de guías de práctica clínica.
- Necesidad de simplificación de la burocracia y funcionamiento intrínseco.

6 Bibliografía

1. Rocco Cristián, Garrido Alejandro. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Medica Clínica Condes. 2017; 28(5): 785-795.
2. Aibar-Remón Carlos, Barrasa-Villar Ignacio, Moliner-Lahoz Javier, Gutiérrez-Cía Isabel, Aibar-Villán Laura, Obón-Azuara Blanca et al. Circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo. Gaceta Sanitaria. 2019; 33(3): 242-248.

3. Romero Ruiz Adolfo, Gómez Salgado Juan. Enfermería y seguridad clínica: ¿Cuál es el camino? *Enfermería Clínica*. 2015; 25(4):155-157.
4. Ayuso-Murillo Diego, de Andrés-Gimeno Begoña, Noriega-Matanza Concha, López-Suárez Rafael Jesús, Herrera-Peco Ivan. Gestión de la calidad, un enfoque directivo para la seguridad del paciente. *Enfermería Clínica*. 2017; 27(4): 251-255.
5. García-Alegría J, Vázquez-Fernández del Pozo S, Salcedo-Fernández F, García-Lechuz Moya JM, Zaragoza-Gaynor G Andrés, López-Orive M et al. Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España. *Revista Clínica Española*. 2017; 217(4):212-221.
6. Prieto Santos N, Torijano Casalegua ML, Mira Solves JJ, Bueno Domínguez MJ, Pérez Pérez P, Astier Peña MP. Acciones desarrolladas para avanzar en seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud español. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2019; 34(6): 292-300.
7. Romeo Casabona CM et al. ¿Qué normativas han desarrollado las comunidades autónomas para avanzar en cultura de seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias? *Journal of Healthcare Quality Research*. 2019; 34(5):258-265.
8. Ignacio E, Mira JJ, Campos FJ, López de Sá, Lorenzo A, Caballero F, Grupo Impulsor de Calidad Asistencial. Indicadores de calidad y seguridad en el paciente anticoagulado con fibrilación auricular no valvular y enfermedad tromboembólica venosa profunda. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2018; 33(2): 68-74.
9. Giménez-Júlvez Teresa, Hernández-García Ignacio, Aibar-Remón Carlos, Gutiérrez-Cía Isabel, Febrel-Bordejé Mercedes. Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2017; 31(5):423-426.
10. Ayuso-Murillo Diego, de Andrés-Gimeno Begoña, Noriega-Matanza Concha, López-Suárez Rafael Jesús, Herrera-Peco Iván. Gestión de la calidad, un enfoque directivo para la seguridad del paciente. *Enfermería Clínica*. 2017; 27(4): 251-255.
11. Manzanera R, Plana M, Moya D, Ortner J, Mira JJ. Implantación de buenas prácticas en calidad y seguridad. Estudio descriptivo en una mutua laboral. *Revista de Calidad Asistencial*. 2016; 31(3):168-172.
12. Varela Jordi. Las reformas necesarias en los hospitales: 10 recomendaciones para mejorar la eficiencia, la calidad y la efectividad. *Medicina Clínica*. 2016;

146(3): 133-137.

13. López-Picazo JJ, Ferrer-Bas P, Garrido-Corro B, Pujalte-Ródenas V, de la Cruz Murie P, Blázquez-Pedrero M, Sánchez-Lorca S, Soler-Gallego P, Albacete-Moreno C, Alcaraz-Pérez T, Pérez-Romero S. Efectividad de una intervención para mejorar la cultura de seguridad. ¿Menos es más?. *Revista de Calidad Asistencial*. 2017; 32(3): 146-154.

14. Mora Capín A, Rivas García A, Marañón Pardillo R, Ignacio Cerro C, Díaz Redondo A, Vázquez López P. Impacto de una estrategia de mejora de calidad asistencial y gestión de riesgos en un servicio de urgencias pediátricas. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2019; 34(2): 78-85.

15. Febré Naldy, Mondaca-Gómez Catherine, Méndez-Celis Paula, Badilla-Morales Verónica, Soto-Parada Paula, Ivanovic Pamela, Reinadlos Katiuska, Canales Mónica. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Revista Medica Clínica Condes*. 2018; 29(3):278-287.

16. Reyes Alcázar Víctor. Cultura de seguridad y calidad asistencial: desafíos para la práctica enfermera. *Enfermería Clínica*. 2017; 27(2): 68-70.

17. Cruz Antolin AJ, Otin Grasa JM, Mir Abellán R, Miñambres Donaire A, Grimal Melendo I, de la Puente Martorell ML. Qué se notifica y gestiona en seguridad del paciente en hospitalización psiquiátrica. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2018;33(5):290-297.

18. Santiña Vila M, Agra Varela Y, Aparicio Azcárraga P. Avanzando en cultura de seguridad del paciente: propuesta de acciones concretas. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2019; 34(5):225-227.

19. Añel Rodríguez RM, Cambero-Serrano MI, Irurzun Zuazabal. Análisis de las reclamaciones de pacientes en Atención Primaria: una oportunidad para mejorar la seguridad clínica. *Revista de Calidad Asistencial*. 2015; 30(5): 220-225.

20. González-Ferrer Arturo, Ángel Valcárcel María. Impulsando las directrices de la Ley de Calidad del SNS: modelos computacionales de guías de práctica clínica. *Atención Primaria*. 2018; 50(4): 247-255.

21. Mira JJ, Guilabert M, Vitaller J, Ignacio E. Formación en seguridad del paciente en las escuelas de medicina y enfermería en España. *Revista de Calidad Asistencial*. 2016; 31(1): 141-145.

22. Ladenheim R, Macchiavello D, Milberg M. Inclusión de la seguridad del paciente en la carrera de Medicina: descripción de la experiencia y percepción de los estudiantes. *Revista de Calidad Asistencial*. 2017; 32(6): 316-321.
23. Rojo E, Maestre JM, Díaz-Mendi AR, Ansorena L, del Moral I. Innovando en procesos asistenciales y seguridad del paciente mediante simulación clínica. *Revista de Calidad Asistencial*. 2016; 31(5): 267-278.
24. Pineda Dávila S, Tinoco González J. Mejora de la eficiencia de un servicio de rehabilitación mediante metodología Lean Healthcare. *Revista Calidad Asistencial*. 2015; 30(4): 162-165.
25. Merino-Plaza María José, Carrera-Hueso Francisco Javier, Roca-Castelló María Rosa, Morro-Martín María Dolores, Martínez-Asensi Amparo, Fikri-Benbrahim Narjis. Relación entre la satisfacción laboral y cultura de seguridad del paciente. *Gaceta Sanitaria*. 2018; 32(4):352-361.
26. Coronado-Vázquez Valle, García-López Ana, López-Sauras Susana, Turón Alcaíne José María. Implicación de las enfermeras en la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en Atención Primaria. *Enfermería Clínica*. 2017; 27(4): 246-250.
27. Luengo-Martínez Carolina, Paravic-Klijn Tatiana, Burgos-Moreno Mónica, López-Espinoza Miguel Ángel. Adaptación transcultural del instrumento Karen Personal para medir la percepción de la calidad del cuidado en enfermeras de hospital. *Enfermería Clínica*. 2019; 29(3):146-154.
28. Padilla Bernáldez Javier, Belinchón Moyano Sara. Carga asistencial y seguridad del paciente entre el saber hacer y el no hacer daño. *FMC*. 2019; 26(7): 375-377.

Capítulo 299

IMPORTANCIA DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

DIULA MARTÍNEZ GONZÁLEZ

LORENA FERNÁNDEZ VILLAVERDE

ARÁNZAZU SÁNCHEZ GONZÁLEZ

MARÍA DOLORES GARCÍA JORGE

MARÍA GONZÁLEZ ESPINOSA

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (E.C.V) engloban un conjunto de enfermedades que afectan todas ellas al corazón y los vasos sanguíneos. Constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo, sobre todo en los países desarrollados, según datos recogidos por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). “La mayor causa de defunción del mundo es la cardiopatía isquémica, responsable del 16 % del total de muertes del mundo. Desde el año 2000 el mayor aumento de muertes corresponde a esta enfermedad, que ha pasado de 2 millones de defunciones en 2000 a 8,9 millones en 2019. El accidente cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son la segunda y tercera causas de defunción, que representan aproximadamente el 11% y el 6% del total de muertes, respectivamente.”(1)

Existen diversos factores de riesgo que aumentan las probabilidades de padecer enfermedad cardiovascular dentro de los cuales están el hábito de fumar, el consumo excesivo de alcohol, los antecedentes familiares, la hipertensión, diabetes, cifras de colesterol elevada, la obesidad e inactividad física. Para poder influir sobre aquellos factores de riesgo relacionados con el comportamiento es fundamental hacer una detección precoz y diseñar estrategias que permitan a los sanitarios actuar para que la población tome conciencia.

2 Objetivos

- Comprobar la eficacia de llevar a cabo un programa de rehabilitación cardíaca
- Destacar la importancia de la realización de ejercicio físico como instrumento terapéutico en manos de los fisioterapeutas para combatir el sedentarismo y la obesidad en aquellas personas que padecen enfermedades cardiovasculares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La OMS ha definido la rehabilitación cardíaca como: «el conjunto de medidas necesarias para asegurar a los cardiópatas una condición física, mental y social óptima que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad» (1). De hecho, los programas de rehabilitación cardíaca fueron aconsejados por la OMS hace más de cuarenta años con el fin de reincorporar a la sociedad a los pacientes con cardiopatías de la forma más completa y normalizada posible.

Antes de iniciar un programa de rehabilitación debemos tener en cuenta una serie de aspectos como el conocimiento de la situación clínica del paciente a través de la Historia clínica, el acceso a las exploraciones complementarias y la valoración fisioterapéutica. Para hacer un estudio del comportamiento cardiovascular de esfuerzo habrá que realizar test funcionales como el test de la marcha de 6

minutos, prueba de esfuerzo, etcétera. Por otro lado, debe hacerse una adecuada clasificación del perfil de riesgo del paciente (bajo, moderado o elevado) que nos permita establecer el tipo de ejercicio más adecuado y el número de sesiones. La prescripción debe ser individualizada, aplicada con control de tiempo, y de los parámetros de la intensidad y la frecuencia, según las limitaciones y motivación del paciente. Para esto último podría ser recomendable que se agruparan por un lado aquellas personas con la enfermedad cardiovascular establecida y, por otro lado, quienes tengan un alto riesgo de padecerla, teniendo además en cuenta el riesgo global individual.

OBJETIVOS DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA EN PROGRAMAS DE EJERCICIO TERAPÉUTICO

- ☒ Disminuir el porcentaje de complicaciones de la enfermedad (necesidad de intervenciones quirúrgicas, infartos) y de mortalidad.
- ☒ Mejorar la capacidad funcional.
- ☒ Atenuar los síntomas de la enfermedad.
- ☒ Aumentar su capacidad física para aportar una mayor independencia en su vida cotidiana.
- ☒ Disminuir la utilización de recursos sanitarios.

Además del entrenamiento con ejercicio físico, la rehabilitación cardíaca contempla el apoyo emocional y la educación sobre los cambios en el estilo de vida para reducir los factores de riesgo.

EFFECTOS DEL EJERCICIO FÍSICO

- ☒ Aumento de la capacidad física.
- ☒ Disminución de la fatiga porque mejora la dinámica del diafragma y demás músculos respiratorios.
- ☒ Mejora la función musculoesquelética.
- ☒ Contribuye a la pérdida de peso corporal en obesos.
- ☒ Mejora el aporte de oxígeno al miocardio con reducción del gasto energético y mejora de la capacidad de trabajo por debajo del dolor.
- ☒ Disminuye la formación de trombos.
- ☒ Disminuye la sensación de disnea.
- ☒ Aumenta la calidad de vida.
- ☒ Disminuyen la ansiedad y la depresión.

En los estudios analizados podemos encontrar datos que confirman la validez del ejercicio terapéutico. Cabe destacar el estudio realizado por Meseguer Zafra (4) donde emplearon una muestra de 80 hombres y 134 mujeres que realizaron un

programa de ejercicios combinando fuerza muscular y resistencia cardiorrespiratoria, con 3 sesiones a la semana, de 1 hora de duración y se mantuvo durante 10 semanas. Pudieron demostrar que se produjeron mejoras significativas sobre el VO₂ en ambos sexos ($p < 0,05$)

Pilar Abreu (6) en su trabajo llevó a cabo un estudio longitudinal retrospectivo con 278 pacientes que hicieron una media de 17 sesiones de ejercicio regular de resistencia y comprobó que no hubo cambios significativos en cuanto a la masa corporal pero sí una disminución en la frecuencia del sedentarismo del 83, 5 % y del estrés (55, 3%) y los valores de presión arterial se mantuvieron dentro de límites normales.

El programa de rehabilitación cardíaca tiene una duración determinada y al finalizar es recomendable que estas personas continúen estando activas, pues según la investigación realizada por Taylor R et al en la que se tuvo en cuenta un grupo control y un grupo que recibió entrenamiento, se pudo apreciar que, incluso después de 10 años, el grupo que recibía entrenamiento físico y además había hecho cambios en su estilo de vida, seguía manteniendo unos buenos niveles de consumo de oxígeno y una buena condición física en términos generales.

5 Discusión-Conclusión

☒ Las actuaciones en estos programas han de ser multidisciplinarias. Deben incluir entrenamiento físico, sesiones de relajación, terapia psicológica y pautas de control de los factores de riesgo cardiovascular.

☒ La mayoría de los pacientes que realizan rehabilitación cardíaca se ven afectados por cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria y, fundamentalmente, los que han presentado un infarto de miocardio o han sido sometidos a cirugía coronaria. Las indicaciones se amplían a cualquier enfermo cardíopata y a las personas sanas con factores de riesgo de padecer lesiones coronarias ateroscleróticas.

☒ Los programas han demostrado que producen una significativa mejoría en la calidad de vida de los enfermos y que disminuyen la incidencia de nuevas complicaciones y de fallecimientos.

☒ La atención personalizada influye positivamente en el aumento de la calidad de vida.

☒ Los estudios analizados no aportan datos de mortalidad.

☒ Debemos destacar también que en la reducción de la morbimortalidad tienen gran eficacia la abstención completa del tabaco, el tratamiento adecuado de la hipertensión arterial, los programas de rehabilitación cardíaca y el control eficaz

de la hipercolesterolemia con los fármacos adecuados.

6 Bibliografía

- 1- Organización mundial de la salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Who Global Health Estimates (www.who.int/2019)
- 2- Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. 2000. Revista Española de Cardiología. Vol 53, Issue 8; 1095-1120
- 3- Doñate Rodríguez, Maite. Valoración funcional y prescripción de ejercicio en pacientes con cardiopatía. 2013. Arch Med Deporte. 30(4), 221-226
- 4- Meseguer Zafra, Marcos et al. 2018. Influencia de un programa de ejercicio físico terapéutico sobre el consumo máximo de oxígeno en adultos con factores de riesgo cardiovascular. Clín. investig. arterioscler. (Ed. impr.) ; 30(3): 95-101
- 5- J.F. Aramendi, y J.I. Emparanza 2015. Resumen de las evidencias científicas de la eficacia del ejercicio físico en las enfermedades cardiovasculares. Rev Andal Med Deporte, 8 (3): 115 – 119
- 6- Abreu Patalla, Pilar 2006. La importancia de la rehabilitación cardiovascular: experiencia en la Fundación Cardiovascular de Colombia. (Rev.Colomb.Cardiol. 13: 90-96)
- 7- Piepoli M et al. 2016. Guía ESC sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Revista Española de Cardiología 69(10) 939-987 Ejercicios.
- 8- Kelly, Jacob P. et al. 2020. Asociación de la actividad física medida por un dispositivo implantable con la hospitalización por insuficiencia cardíaca. J Am Coll Cardiol HF 280-288
- 9- Jolli, K; Taylo, R et al (2007). El estudio de Birmingham Rehabilitation Uptake Maximization Study (BRUM). La rehabilitación cardíaca domiciliaria en comparación con la rehabilitación cardíaca hospitalaria en una población multiétnica: rentabilidad y adherencia del paciente. Evaluación de tecnologías de la salud. 11(35): 1-118
- 10- Maroto Montero, José María. 2009. Rehabilitación cardíaca. Sociedad española de cardiología.
- 11- Cano De La Cuerda, Roberto et al (2012). Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. Cardiac Rehabilitation Programs and Health-Related Quality of Life. State of the Art. Vol 65, Nº1, 72-79

12- Copeland LA, Berg GD, Johnson DM et al (2010). An intervention for VA patients with congestive heart failure. *Am J Manag Care.* , 16 pp. 158-165

Capítulo 300

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN ANCIANOS

MARÍA DOLORES GARCÍA JORGE

MARÍA GONZÁLEZ ESPINOSA

DIULA MARTÍNEZ GONZÁLEZ

ARÁNZAZU SÁNCHEZ GONZÁLEZ

LORENA FERNÁNDEZ VILLAVERDE

1 Introducción

La sociedad actual tiende al envejecimiento, ya que la esperanza de vida ha aumentado considerablemente.

Con el envejecimiento, el cuerpo sufre numerosas alteraciones biológicas, psicológicas, cognitivas incluso sociales, por ello, a medida que se avanza en edad el riesgo de perder autonomía y funcionalidad incrementa de forma considerable.(1) Según la OMS, 2010 “la práctica insuficiente de actividad física es uno de los factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial”

La inactividad y el sedentarismo son estilos de vida de la sociedad actual, implicando resultados perjudiciales para la salud.(2)

El envejecimiento implica diferentes cambios en las personas, tanto biológicos, psicológicos cognitivos o sociales

Los artículos analizados constatan que si se realiza actividad física de forma diaria, los niveles de autoestima aumentan, así como la felicidad de las personas

mayores. También mejoran la capacidad del autocuidado y facilitan la integración del esquema corporal. Así mismo, ayuda a controlar el progresivo deterioro cognitivo y a una mayor integración social que obstaculiza la sintomatología depresiva.

Es de vital importancia promover un envejecimiento activo y saludable en nuestros mayores, promocionando la realización de actividad física.

La realización de actividad física siempre debe de realizarse bajo supervisión de un profesional, que anteriormente, estudiará cada caso de manera individual.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Constatar que la práctica de actividad física en adultos mayores de 65 años mejora su calidad de vida.

Objetivo secundario:

- Saber cuales son los beneficios que aporta esta práctica de actividad física.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de estudios de las bases de datos de Medline y Pubmed durante los últimos 5 años. De un total de 19 artículos hemos seleccionado 8, incluyendo aquellos que estuvieran publicados en revistas científicas y la muestra fuera en personas mayores de 65 años sin que sufrieran alguna patología incapacitante. Se excluyeron aquellos que no se ajustaban al tema a tratar.

4 Resultados

Antes de comenzar cualquier actividad es imprescindible realizar una evaluación de la condición física de la persona para concretar el tipo e intensidad de trabajo idóneo y evitar posibles complicaciones.

Con este objeto se llevan a cabo una serie de test físicos que constituyen la batería ECFA (evaluación de la condición física en ancianos) se trata de determinar la condición física de los ancianos evaluando las siguientes capacidades(3):

Composición corporal (IMC) .

Equilibrio.

Coordinación óculo-manual.

Flexibilidad.

Fuerza y resistencia muscular.

Resistencia aeróbica, básica para el mantenimiento de la salud cardiovascular.

La actividad física es definida por la OMS como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas

Una vez constatada la situación y las capacidades de la persona, podemos decir a modo general que los adultos de 65 o más años de edad deben de seguir las siguientes pautas: realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada o 75 minutos de actividad física intensa, también se puede realizar una combinación equivalente.

Si queremos aumentar los beneficios respecto a la salud, se debe llegar a 300 minutos semanales de actividad física moderada o su equivalente. (4)

Las personas cuyo problema sea la movilidad, tendrán que realizar actividad física para mejorar el equilibrio y prevenir caídas, lo harán mínimo 3 días a la semana, y serán ejercicios en los que se ejerciten grandes conjuntos musculares.

Los beneficios de la actividad física en personas mayores son:(5)

Colabora en el enlentecimiento del deterioro cognitivo.

Protege y previene del desarrollo de la enfermedad de Alzheimer.

Disminuye la posibilidad de padecer depresión o ansiedad.

Reduce la incidencia de enfermedades cardiovasculares.

Refuerza el sistema inmunológico.

Favorece el fortalecimiento, la tonificación muscular, la conservación del tono muscular y previene la pérdida degenerativa de la masa muscular (6).

5 Discusión-Conclusión

Constatamos que la realización de actividad física implica numerosos beneficios, por ello debería practicarse de forma habitual y siempre bajo el control de un profesional.

Ayuda a mejorar la calidad de vida de los mayores que la realizan, así como a prevenir el deterioro cognitivo, disminuye el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer y ayuda a disminuir la depresión y la ansiedad. También previene las enfermedades cardiovasculares.

Los mayores que realizan actividades físicas tienen niveles más bajos de depresión y ansiedad. Por el contrario en ellos se ve un autoestima elevado, así como un buen equilibrio emocional.

Debemos considerar la actividad física como un pilar básico para mantener la capacidad funcional, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en las personas mayores.(7)

6 Bibliografía

- (1) Rebolledo C., R., Silva, C., Juliao C., J., Polo, R. y Suárez, O. (2017). Functional implications of strength training on older adults: a literature review. *Archivos de Medicina del Deporte*, 34(1), 31-39.
- (2) Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, Ba jaj RR, Silver MA, Mitchell MS, et al. Sedentary time and its a association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2015 Jan 20;162(2):123-32.
- (3) F. Camiña Fernández, J. Cancela Carral, V. Romo Pérez- 2001- *Rev. int. med. cienc. act. fis. deporte*- número 2- junio 2001.
- (4) *Psicología y Salud*, Vol. 30, Núm. 1: 45-57, enero-junio de 2020.
- (5) Martínez Heredia, N., Santaella Rodríguez, E., & Rodríguez-García, A.-M. (2020). Beneficios de la actividad física para la promoción de un envejecimiento activo en personas mayores. *Revisión bibliográfica (Benefits of physical activity for the promotion of active aging in elderly. Bibliographic review)*. *Retos*, (39), 829-834.
- (6) (Blain et al., 2000; Hunter et al., 2004; Casals et al., 2017; Chalapud-Narváez y EscobarAlmario, 2017; Pérez (2015).
- (7) AGUILAR-CHASIPANTA, Walter Geovanny et al. Los beneficios de la actividad física en el adulto mayor: Revisión sistemática. *Polo del Conocimiento*, [S.l.], v. 5, n. 12, p. 680-706, dic. 2020. ISSN 2550-682X.

Capítulo 301

VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS

FRANCISCO MIGUEL LATORRE CASTILLA

PILAR FERNÁNDEZ CORTINA

DIEGO CABELLO ALONSO

JOSÉ LÓPEZ FERNÁNDEZ-ROLDÁN

MARIA DOLORES MOLINA NAVARRO

1 Introducción

Una persona anciana es definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como toda persona mayor de 60 años y por el contrario la Organización de las Naciones Unidas (ONU) define a una persona anciana como una persona mayor de 65 años. En los recientes estudios que se han publicado de ambas instituciones, se pronostica que la proporción mundial de personas ancianas pasara del 11% de población con el que se contaba en el año 2000, a aproximadamente más del 25% de población anciana total en 2050. Este grupo de población es el que actualmente encuentra un registro de crecimiento poblacional más rápido. Esto es debido a los continuos avances en cuanto a cuidados y tratamientos de salud

y al importante papel que juega la prevención y promoción de la salud dentro de este grupo poblacional (2,6).

Las consecuencias de este envejecimiento pueden derivar en un aumento de personas ancianas con enfermedades degenerativas, como puede ser la demencia el Alzheimer o la disminución cognitiva, que necesiten unos cuidados especializados y generen una dependencia. Todo esto puede suponer un aumento considerable y proporcional de ingresos en residencias geriátricas e instituciones dedicadas al cuidado de este tipo de ancianos (1,3).

El envejecimiento es un proceso natural fruto del paso del tiempo y que genera cambios estructurales en los ancianos a nivel óseo, musculoso y psicosocial. Estos cambios pueden degenerar en síntomas múltiples que lleven a una pérdida de la propia independencia. Estos síntomas se engloban en los conocidos como síndromes geriátricos. Conocemos como los principales síndromes geriátricos a la inestabilidad, las caídas, la incontinencia y a el deterioro cognitivo (2). Dentro de una residencia geriátrica también se pueden presentar síntomas como la depresión, las úlceras por presión o la desnutrición (4). Es por eso que desde el punto de vista de la fisioterapia creemos conveniente poder generar una prevención y promoción de la salud en estos ancianos que se encuentran residiendo en estos centros para ancianos.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.

1. Identificar la eficacia de los distintos tratamientos de fisioterapia en el tratamiento de pacientes internos en residencias de ancianos.
2. Observar las modalidades de tratamientos que se aplican en fisioterapia en las distintas instituciones donde residen ancianos.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en IBECS (BVS), SciELO y PEDro. Hemos realizado una búsqueda entre agosto de 2021 y diciembre de 2021. En nuestra revisión sistemática, hemos seleccionado 7 artículos. Se

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("Nursing Homes"[MESH] OR "Nursing Home" OR geriatric) AND ("Physical Therapy Modalities"[MESH] OR physiotherapy OR "physical therapy") AND random*[tw]. Hemos mantenido los mismos términos para las demás bases de datos consultadas.

4 Resultados

Después de evaluar los artículos seleccionados en nuestra revisión hemos observado que en tres de los estudios (4,6,8) se realizaban guías protocolizadas de ejercicio terapéutico con el fin de evaluar el posible aumento del nivel de amplitud articular en los pacientes ingresados en las residencias geriátricas. En estos ejercicios terapéuticos se realizaban ejercicios adaptados a los ancianos geriátricos centrados sobre todo en aumento de fuerza en miembros inferiores y estiramientos. En estos estudios se medían el aumento de fuerza muscular y la calidad de vida según la posibilidad de los ancianos institucionalizados en las residencias geriátricas. Se evidenciaron mejoras significativas en el aumento de fuerza y en la mejora de las actividades de la vida diaria de los participantes en el estudio. En estos estudios se evaluaron las variables fuerza, amplitud articular y la calidad de vida, que se medía mediante informes que se le hacían a cada participante de los estudios.

En dos de los artículos de nuestra revisión (2,5) podemos observar como la aplicación de ejercicios de gerontogimnasia, fue la intervención que se utilizó en el grupo experimental de la revisión. Estos ejercicios de gerontogimnasia se centraban en la mayor parte del tratamiento en ejercicios guiados colectivos con potenciación de la fuerza de miembros superiores e inferiores, se aplicaron lastres y protocolos de ejercicios activos. Previo a la práctica de ejercicios colectivos de gerontogimnasia se le enseñaba a cada participante de forma individual los ejercicios que se iban a realizar. Se evaluaron las variables, adherencia al tratamiento y fuerza. Se observó una mejora considerable en la variable adherencia al tratamiento comparada con un tratamiento individual y convencional de fisioterapia.

En dos de los artículos (1,3) de nuestra revisión se aplican ejercicios acuáticos junto con ejercicios de fisioterapia. La terapia en agua se aplicó una vez a la semana y en grupos colectivos. El protocolo de ejercicios en agua se centró en ejercicios de potenciación y equilibrio. Se evaluaron las variables estabilidad junto con la variable fuerza. Se evidenció una mejora considerable en la propiocepción y el equilibrio en comparación con las medidas pre estudio de los sujetos evaluados.

Los test más utilizados para evaluar la fuerza en los estudios fue el Chair stand test que es test de “sentarse y levantarse de una silla” donde se evalúa sobre todo la fuerza y resistencia de miembros inferiores. En la variable calidad de vida y actividades de vida diaria se utilizó la velocidad de la marcha y la capacidad de subir escaleras con mediciones pre y post intervención. Para valorar la adherencia a los tratamientos se pasaron cuestionarios administrados a los participantes y análisis y recuentos de los registros de participación. A la hora de valorar el equilibrio se utilizaron en la mayoría de casos plataformas de evaluación del equilibrio. Se han evidenciado mejoras significativas en el aumento de fuerza con ejercicio terapéutico en mayores institucionalizados y mejoras significativas en la variable equilibrio. Estos resultados de mejora de la variable equilibrio, nos puede dar una relación correlativa en la posible reducción del riesgo de caídas en estos ancianos. La adherencia al tratamiento fue mayor en grupos de intervención en ejercicios en agua y en ejercicios colectivos de gerontoginasia, frente a terapia de fisioterapia tradicional individualizada.

5 Discusión-Conclusión

Encontramos en nuestra revisión que el confinamiento derivado de la pandemia Covid-19 conllevo múltiples patologías asociadas a los ancianos institucionalizados. En la mayoría de casos se demostraron síntomas físicos y de disminución de actividad física que en muchas ocasiones desencadenaron en un encamamiento prolongado. Estas actividades dirigidas a mejorar el aspecto físico de los ancianos se vieron significativamente mejorado por una intervención psicológica que ayudo a el establecimiento de nuevas rutinas de actividad. Es por ello que se debe tener especial atención en estos momentos de pandemia a las personas con poca actividad física y en especial a los ancianos institucionalizados con patologías asociadas a la edad. Desde el punto de vista de la fisioterapia hay que prestar atención a las disfunciones físicas que pueden derivar en estos confinamientos prolongados en el tiempo.

6 Bibliografía

1. Vitale, J. A., Bonato, M., Borghi, S., Messina, C., Albano, D., Corbetta, S., Sconfienza, L. M., & Banfi, G. (2020). Home-Based Resistance Training for Older Subjects during the COVID-19 Outbreak in Italy: Preliminary Results of a Six-Months RCT. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), 9533. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249533>

2. Yang, T., Sun, Y., Lu, Z., Leak, R. K., & Zhang, F. (2017). The impact of cerebrovascular aging on vascular cognitive impairment and dementia. *Ageing Research Reviews*, 34, 15–29. doi:10.1016/j.arr.2016.09.007
3. Smith, A. A., Silva, A. O., Rodrigues, R. A., Moreira, M. A., Nogueira, J. A., & Tura, L. F. (2017). Assessment of risk of falls in elderly living at home. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, e2754. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754>
4. Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. doi:10.1007/s12603-020-1469-2
5. Serrano-Checa, R., Hita-Contreras, F., Jiménez-García, J. D., Achalandabaso-Ochoa, A., Aibar-Almazán, A., & Martínez-Amat, A. (2020). Sleep Quality, Anxiety, and Depression Are Associated with Fall Risk Factors in Older Women. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 4043. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114043>
6. Sanders, K. M., Lim, K., Stuart, A. L., Macleod, A., Scott, D., Nicholson, G. C., & Busija, L. (2017). Diversity in fall characteristics hampers effective prevention: the precipitants, the environment, the fall and the injury. *Osteoporosis International*, 28(10), 3005–3015. doi:10.1007/s00198-017-4145-6
7. McPhee, J. S., French, D. P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N., & Degens, H. (2016). Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17(3), 567–580. doi:10.1007/s10522-016-9641-0
8. Mengin, A., Alle, M., Rolling, J., Ligier, F., Schroder, C., Lalanne, L., Giersch, A. (2020). Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale*. doi:10.1016/j.encep.2020.04.007
9. Moreira, N. B., Rodacki, A. L. F., Pereira, G., & Bento, P. C. B. (2018). Does functional capacity, fall risk awareness and physical activity level predict falls in older adults in different age groups? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 77, 57– 63. doi:10.1016/j.archger.2018.04.002
10. Mat, S., Ng, C. T., Tan, P. J., Ramli, N., Fadzli, F., Rozalli, F. I., Mazlan, M., Hill, K. D., & Tan, M. P. (2018). Effect of Modified Otago Exercises on Postural Balance, Fear of Falling, and Fall Risk in Older Fallers With Knee Osteoarthritis and Impaired Gait and Balance: A Secondary Analysis. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*, 10(3), 254–262. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.08.405>
11. Negrini F, de Sire A, Andrenelli E, Lazzarini SG, Patrini M, Ceravolo MG, et

al. Rehabilitation and COVID-19: the Cochrane Rehabilitation 2020 rapid living systematic review. Update as of July 31st, 2020. *Eur J Phys Rehabil Med.* octubre de 2020;56(5):652-7.

12. Blanco-Tarrio E, Blanco Sánchez G. Primary care, residential homes for the elderly, and COVID-19. *Semergen.* agosto de 2020;46 Suppl 1:26-34.

13. Livingstone I, Hefele J, Nadash P, Barch D, Leland N. The Relationship Between Quality of Care, Physical Therapy, and Occupational Therapy Staffing Levels in Nursing Homes in 4 Years' Follow-up. *J Am Med Dir Assoc.* abril de 2019;20(4):462- 9.

14. Vilagut G, María Valderas J, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonsoab J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin (Barc).* 24 de mayo de 2008;130(19):726-35.

Capítulo 302

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

PILAR FERNÁNDEZ CORTINA

DIEGO CABELLO ALONSO

JOSÉ LÓPEZ FERNÁNDEZ-ROLDÁN

FRANCISCO MIGUEL LATORRE CASTILLA

MARIA DOLORES MOLINA NAVARRO

1 Introducción

Los cuidados paliativos no es algo relativamente actual, desde los años ochenta la Organización Mundial de la Salud ya promovía el desarrollo de centros de cuidados paliativos. En los inicios de estos centros se prestaba tratamiento principalmente a enfermos terminales con enfermedad de cáncer, pero en la actualidad la atención de centros de cuidados paliativos también se ha ampliado a enfermos con patologías con un potencial de mortalidad alto. La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como un “enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan a enfermedades que ponen en peligro la vida” (1,3,6).

Dentro de los principales objetivos de los centros de cuidados paliativos encontramos, el alivio tanto del paciente como de la familia del proceso por el que pasa

junto con una disminución en medida de lo posible del dolor, también otro de los objetivos es mejorar la calidad de vida y de la evolución de la enfermedad. En estos aspectos el campo de la fisioterapia puede aportar grandes conocimientos para el mantenimiento de la estructura corporal, el mantenimiento físico y muscular y la disminución del dolor por posibles encamamientos o tratamientos prolongados que hagan desencadenar malas posturas (2,4).

También en los centros de cuidados paliativos a parte de enfermedades terminales o con un alto grado de dificultad podemos ver a personas de avanzada edad o con enfermedades crónicas que antiguamente eran mortales, este tipo de enfermedades generan unas secuelas que en muchas ocasiones necesitan cuidados paliativos (4,7).

Uno de los grandes retos en los que se encuentra el sistema sanitario es la atención a los enfermos que están en una fase más avanzada, ya que necesitan una cantidad de recursos y tratamientos mucho mayores. Estos enfermos necesitan un tratamiento global y multidisciplinar, ya que no es solamente un tratamiento médico o en la mayoría de los casos farmacológico, sino también hay que tener en cuenta los aspectos psicológicos y sociales de estos pacientes. Estos pacientes a parte de los efectos directos de las terapias, generan unos efectos secundarios que se pueden prolongar en el tiempo. Entre estos efectos podemos encontrar la reducción del estado físico junto con un detrimento en la calidad de vida (3,6,9).

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.

1. Identificar la eficacia de los distintos tratamientos de fisioterapia en los pacientes que acuden a centros de cuidados paliativos
2. Observar las modalidades de tratamientos que se aplican en fisioterapia en los centros de cuidados paliativos, en los estudios.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en IBECS (BVS), Scielo y PEDro. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2021 y noviembre de 2021.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("manual therapy"[tw] OR "Rehabilitation"[MESH] OR "Physical Therapy Modalities"[MESH] OR physiotherapy) AND ("palliative care" [MESH] OR "palliative care unit") AND random*[tw]. Hemos mantenido los mismos términos para las demás bases de datos consultadas.

4 Resultados

Hemos encontrado como resultados de nuestra revisión, que en seis de los artículos (2,4,5,6,7,9) se estudiaban patologías relacionadas con cáncer y en estos estudios se empleaban principalmente ejercicio físico y terapéutico orientado a la fisioterapia. En todos los estudios se aplican terapias de ejercicios y estiramientos y en varios de ellos también se aúna con tratamiento respiratorio. Los ejercicios iban desde ejercicios cardiovasculares como actividades de andar y ciclismo pasando por ejercicios anaeróbicos con lastres y pesas adaptadas a los pacientes. En algunas de estas rutinas también se tuvo en cuenta la reeducación de la marcha en los pacientes que lo necesitaban y se incrementó en ellos adaptativamente estos ejercicios.

En dos de los estudios analizados en nuestra revisión (2,5) se utiliza el tratamiento respiratorio orientado a mejorar la función respiratoria de pacientes con cáncer de pulmón. Se incide sobre todo en ejercicios de fuerza y resistencia, y en entrenamientos de la respiración orientados a la mejora de la disnea en los pacientes con cáncer de pulmón.

Tres de los estudios (1,3,8) de nuestra revisión se centraron en la mejora de la educación para la salud, estos tratamientos principalmente iban encaminados en tratar al paciente a la hora de afrontar las actividades de la vida diaria y en la reducción de la fatiga que le produce la propia enfermedad. Es un tratamiento orientado a la autogestión de la propia enfermedad que sufre el paciente en la unidad de cuidados paliativos.

Hemos encontrado en nuestra revisión que también se añaden otras intervenciones de fisioterapia, como son la electroterapia y el masaje para la reducción del dolor junto con la termoterapia local. Hay que tener en cuenta que estos tratamientos en la mayoría de casos estudiados en nuestra revisión son coadyuvantes de los tratamientos principales de los estudios.

5 Discusión-Conclusión

Las unidades de cuidados paliativos no son exclusivamente de enfermos con cáncer, aunque los estudios que más hemos encontrado hacen referencia al cáncer de forma mayoritaria. Es por ello que creemos que otras patologías como demencia, esclerosis lateral amiotrófica (ELA) o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) también deberían de verse evaluadas desde el punto de vista del fisioterapeuta que participa en los centros de cuidados paliativos.

Las variables que mas se midieron fue la fuerza y la calidad de vida.

En relación a los efectos conseguidos con la fisioterapia, se observan considerables mejoras en el aspecto físico, emocional y en la calidad de vida, y sugieren la mejora en la mayoría de participantes en los estudios.

Hemos encontrado una limitación importante y es que al tratarse en muchos de los estudios de ECAs, no podría dejarse desde un punto de vista ético a un grupo control sin tratamiento es por ello que en ninguno de los estudios se utilizaron grupos control a los que no se le aplicaba ningún tipo de tratamiento.

6 Bibliografía

1. Tjep B, Sun V, Koczywas M, Kim J, Raz D, Hurria A, et al. Pulmonary Rehabilitation and Palliative Care for the Lung Cancer Patient. *J Hosp Palliat Nurs*. 2015;17(5):462-8.
2. Silver JK, Raj VS, Fu JB, Wisotzky EM, Smith SR, Kirch RA. Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high-quality oncology services. *Support Care Cancer*. 2015;23(12):3633-43.
3. Vicente C, Chocarro L. Necesidades de cuidados paliativos en enfermos no oncológicos con enfermedad crónica avanzada: una revisión sistemática. *Medicina Paliativa*. 2018;25(2):66-82.
4. Loveman E, Copley VR, Colquitt JL, Scott DA, Clegg AJ, Jones J, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of treatments for idiopathic pulmonary fibrosis: systematic review, network meta-analysis and health economic evaluation. *BMC Pharmacology and Toxicology*. 2014;15.
5. Salakari MRJ, Surakka T, Nurminen R, Pylkkänen L. Effects of rehabilitation among patients with advances cancer: a systematic review. *Acta Oncológica*. 2015;54(5):618-28.
6. Barawid E, Covarrubias N, Tribuzio B, Liao S. The benefits of rehabilitation for palliative care patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;32(1):34-43.
7. Jarlbaek L, Christensen L, Bruera E, Gilså Hansen D. The epidemiology of

long- and short-term cancer survivors. A population-based cohort study exploring denominators for rehabilitation and palliative care programs. *Acta Oncol.* 2014;53(4):493-501.

8. Chasen MR, Feldstain A, Gravelle D, Macdonald N, Pereira J. An interprofessional palliative care oncology rehabilitation program: effects on function and predictors of program completion. *Curr Oncol.* 2013;20(6):301-9.

9. Negrini S, Imperio G, Villafañe JH, Negrini F, Zaine F. Systematic reviews of physical and rehabilitation medicine Cochrane contents. Part 1. Disabilities due to spinal disorders and pain syndromes in adults. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2013;49:597-610.

Capítulo 303

EFFECTIVIDAD DE LA REALIDAD VIRTUAL EN LA MARCHA Y EQUILIBRIO DE PACIENTES DE PARKINSON: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

DIEGO CABELLO ALONSO

FRANCISCO MIGUEL LATORRE CASTILLA

PILAR FERNÁNDEZ CORTINA

JOSÉ LÓPEZ FERNÁNDEZ-ROLDÁN

MARIA DOLORES MOLINA NAVARRO

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es una de las patologías más comunes que afectan al movimiento, al dañarse las neuronas dopaminérgicas de la sustancia gris compacta del mesencéfalo(1). Esta enfermedad se trata de una patología neurodegenerativa que presenta sintomatología motora y no motora, entre esos síntomas destacamos la bradicinesia, temblor de reposo (mayoritariamente) o de acción, alteraciones en los patrones de marcha y equilibrio, y rigidez muscular(2). La media de edad en la que comienzan a manifestarse este tipo de sintomatología suele ser entre los 65 y 70 años de edad(1).

En lo que a las herramientas y metodologías de rehabilitación en enfermedades neurodegenerativas respecta, en la última década se ha introducido una nueva tecnología conocida como realidad virtual, la cual permite a los pacientes una experiencia de inmersión activa visual y sensitiva, permitiendo trabajar una amplia gama de parámetros y síntomas en las diferentes enfermedades neurológicas(3,4). De la misma forma, las últimas publicaciones bibliográficas sobre la aplicación realidad virtual en enfermos de Parkinson nos sugieren su efectividad y viabilidad(5).

Por todo ello y con la finalidad de proporcionar mayor evidencia científica a esta nueva herramienta de rehabilitación, hemos decidido realizar esta revisión sistemática sobre la efectividad de la realidad virtual en alteraciones como la marcha y el equilibrio de pacientes con enfermedad de Parkinson.

2 Objetivos

El objetivo principal por el que se ha llevado a cabo esta revisión es estudiar y conocer los posibles efectos y beneficios de la terapia con realidad virtual en el equilibrio y marcha de pacientes de Parkinson.

3 Metodología

1. Criterios de elegibilidad

En esta revisión se incluyeron los artículos que respondían a nuestra pregunta PICO(s) planteada, siendo la población a estudiar pacientes de Parkinson, así como al menos una de las intervenciones se realizase con realidad virtual, pudiendo compararlo con tratamiento convencional o un grupo control. Además, estos artículos debían valorar las variables de equilibrio y marcha.

Los criterios de exclusión fueron no tratarse de ensayo clínico aleatorizado, estar redactados en un idioma diferente al inglés o castellano y que su publicación fuera anterior a 2016.

2. Fuentes de información y estrategias de búsqueda.

Las bases de datos y revistas científicas utilizadas para extraer y conseguir los artículos a revisar fueron Pubmed, Cochrane Library, PEDro y CINAHL. Las diferentes búsquedas fueron realizadas en noviembre de 2021.

En las diferentes estrategias de búsquedas se emplearon los siguientes términos MESH: "Parkinson Disease", "Virtual Reality", "Virtual Reality Exposure Therapy", "Gait", "Gait Disorders" y "Postural Balance". Además, se utilizaron términos libres como walking distance* y balance training*. También se hizo uso de

los booleanos OR y AND con el fin de combinar los diferentes términos empleados. La estrategia de búsqueda final obtenida en Pubmed fue: (((“Parkinson Disease”[Mesh]) AND (“Virtual Reality”[Mesh] OR “Virtual Reality Exposure Therapy”[Mesh])) AND (“Gait”[Mesh] OR “Gait Disorders, Neurologic”[Mesh])) AND “Postural Balance”[Mesh].

3. Selección de los estudios.

Primero se realizó una selección de todos los artículos que por su título y resumen podían cumplir nuestros criterios de inclusión. Una vez incluidos dichos artículos, se procedió a hacer nuevamente otro cribado entre los artículos elegidos estudiando el texto completo. En esta selección se excluyeron los artículos cuya intervención o diseño del estudio no era el adecuado y las variables a medir no eran de interés para esta revisión o sus resultados eran incompletos.

4 Resultados

Tras las diferentes búsquedas realizadas, de un total de 152 artículos encontrados, fueron un total de 5 estudios los seleccionados para incluir en esta revisión(6–10). En la figura 1 se pueden observar las diferentes bases de datos empleadas para las búsquedas, de igual manera que el total de artículos encontrados en cada base de datos; también se incluyen los duplicados, los artículos excluidos, tanto por título y resumen como a texto completo, y sus razones de exclusión.

1. Características de los estudios.

1.1 Características de los pacientes.

El tamaño muestral total pacientes de Parkinson de todos los artículos incluidos en la revisión es de 151 pacientes. De estos 151 pacientes, 72 formaron parte del grupo experimental que realizó rehabilitación mediante realidad virtual, otros 65 pertenecieron a un grupo de rehabilitación convencional y 14 a grupo control.

1.2 Características de las intervenciones y comparaciones.

De los cinco artículos incluidos, tres de ellos llevaron a cabo la intervención de realidad virtual comparada con rehabilitación convencional(7,9,10). Otro estudio comparó realidad virtual contra rehabilitación convencional y grupo control(6). Y por último, encontramos otro estudio que únicamente analiza la rehabilitación mediante realidad virtual(8).

1.3 Características de las variables y medidas.

Las variables que buscamos analizar en esta revisión se tratan del equilibrio y marcha de los pacientes de Parkinson.

Los estudios incluidos emplean el 6 minutes walking test(6), escala de Berg(7,9,10), la tercera parte del Unified Parkinson’s Disease Rating Scale test (UPDRS3)(8–10),

Dynamic Gait Index (DGI)(7,10), Time Up and Go Test(9), Functional Gait Assessment (FGA)(9), Gait and Balance Scale(8), Activity Balance Confidence(8) y TUG test(10).

Los tiempos de medición fueron todos pre y post intervención exceptuando a los artículos publicados por De Melo et al.(6) y Yang et al.(10) en el que incluyeron un seguimiento de un mes y de dos semanas respectivamente.

2. Síntesis de resultados.

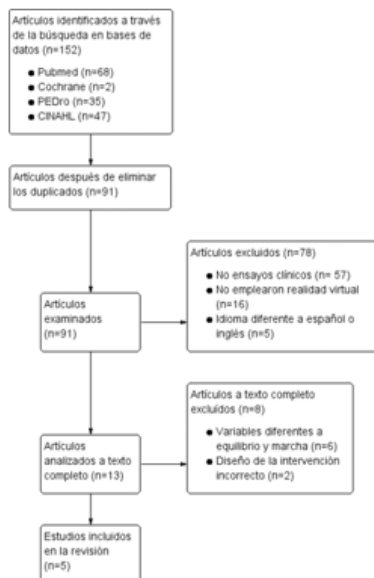
Respecto a los resultados de las intervenciones, De Melo et al.(6) describe diferencias significativas de la realidad virtual respecto al grupo control, pero no significativas comparándolo con el grupo de rehabilitación convencional. Por otro lado, refleja que la realidad virtual produce menos fatiga y la rehabilitación convencional obtiene mayores mejoras en la condición física de los sujetos.

Por su parte Feng et al.(9) concluyen que la realidad virtual produce mejoras significativas en todas las variables de equilibrio y marcha comparándolo con rehabilitación convencional.

Nuic et al.(8) señala que la realidad virtual es efectiva, segura de realizar y bien aceptada entre los pacientes, obteniendo mejoras en el equilibrio y marcha.

Por otro lado, Pazzaglia et al.(7) obtiene mejoras significativas del grupo de realidad virtual respecto al de terapia convencional en marcha y equilibrio.

Y, por último, Yang et al.(10) describe que no se encontraron diferencias significativas entre la intervención de realidad virtual y la convencional, sin embargo, sugiere la realidad virtual como complemento a la terapia convencional, haciendo hincapié en aquellos pacientes que tengan dificultades para desplazarse al centro de rehabilitación, pudiendo realizar la terapia en casa mediante la realidad virtual.



5 Discusión-Conclusión

Analizando lo descrito y expuesto anteriormente, podemos señalar que la realidad virtual aporta beneficios a los pacientes de Parkinson en las variables de equilibrio y marcha, sin embargo, no contamos con la suficiente literatura científica para poder afirmar y asegurar que sea mejor y más efectiva que la terapia convencional.

Teniendo en cuenta todo esto, podemos concluir que la realidad virtual es un método eficaz y seguro para complementarlo con la terapia convencional, de la misma forma que puede ser de gran utilidad para emplearlo como terapia en el domicilio, así como método para adquirir una mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes debido a su gran aceptación entre los sujetos estudiados.

6 Bibliografía

1. Tysnes OB, Storstein A. Epidemiology of Parkinson's disease. J Neural Transm. 2017 Aug 1;124(8):901–5.

2. Opara JA, Malecki A, Malecka E, Socha T. Motor assessment in Parkinson's disease. *Ann Agric Environ Med*. 2017;24(3):411–5.
3. Liu BB, Ding QN, Zhu WS. Research progress on the role of virtual reality technology in rehabilitation of nervous system diseases. *Chinese J Contemp Neurol Neurosurg*. 2018 Mar 1;18(3):222–5.
4. Gallagher R, Damodaran H, Werner WG, Powell W, Deutsch JE. Auditory and visual cueing modulate cycling speed of older adults and persons with Parkinson's disease in a Virtual Cycling (V-Cycle) system. *J Neuroeng Rehabil*. 2016 Aug 19;13(1):1–11.
5. Triegaardt J, Han TS, Sada C, Sharma S, Sharma P. The role of virtual reality on outcomes in rehabilitation of Parkinson's disease: meta-analysis and systematic review in 1031 participants. *Neurol Sci*. 2020 Mar 1;41(3):529–36.
6. De Melo GEL, Kleiner AFR, Lopes JBP, Dumont AJL, Lazzari RD, Galli M, et al. Effect of virtual reality training on walking distance and physical fitness in individuals with Parkinson's disease. *NeuroRehabilitation*. 2018;42(4):473–80.
7. Pazzaglia C, Imbimbo I, Tranchita E, Minganti C, Ricciardi D, Lo Monaco R, et al. Comparison of virtual reality rehabilitation and conventional rehabilitation in Parkinson's disease: a randomised controlled trial. *Physiotherapy*. 2020 Mar 1;106:36–42.
8. Nuic D, Vinti M, Karachi C, Foulon P, Van Hamme A, Welter ML. The feasibility and positive effects of a customised videogame rehabilitation programme for freezing of gait and falls in Parkinson's disease patients: A pilot study. *J Neuroeng Rehabil*. 2018 Apr 10;15(1).
9. Feng H, Li C, Liu J, Wang L, Ma J, Li G, et al. Virtual Reality Rehabilitation Versus Conventional Physical Therapy for Improving Balance and Gait in Parkinson's Disease Patients: A Randomized Controlled Trial. *Med Sci Monit*. 2019;25:4186–92.
10. Yang WC, Wang HK, Wu RM, Lo CS, Lin KH. Home-based virtual reality balance training and conventional balance training in Parkinson's disease: A randomized controlled trial. *J Formos Med Assoc*. 2016 Sep 1;115(9):734–43.

Capítulo 304

EJERCICIO TERAPÉUTICO Y FISIOTERAPIA EN LA OSTEOARTRITIS DE RODILLA

YASMINA ÁLVAREZ OVIEDO

1 Introducción

La osteoartritis es un problema articular habitual que suele afectar a la articulación de la rodilla, especialmente en personas de mediana edad y personas mayores, pudiendo llegar a causar mucho dolor y discapacidad. Esta patología está considerada comúnmente como un problema degenerativo del cartílago. Sin embargo, los estudios recientes sugieren que es una enfermedad inflamatoria de toda la articulación, incluyendo además del desgaste del cartílago el desgaste de estructuras concomitantes con el consiguiente cambio estructural y funcional de toda la articulación, lo que incluye la sinovial, los meniscos (en el caso de la rodilla), los ligamentos periarticulares y el hueso subcondral.

Algunos estudios epidemiológicos han mostrado que alrededor del 30% de los adultos tienen signos radiológicos de osteoartritis, y el 8,9% de la población adulta tiene osteoartritis clínicamente significativa en la cadera o la rodilla, siendo la más habitual la de rodilla. Los estudios muestran que la predisposición a padecer osteoartritis aumenta con la edad y, dado que la población de los países desarrollados es cada vez más mayor, es esperable que la prevalencia de osteoartritis también aumente. Este problema crónico resulta muy incapacitante ya que disminuye la calidad de vida de los individuos que la padecen, causándoles además ansiedad, miedo o depresión.

El tratamiento de elección en la osteoartritis de rodilla es la cirugía de sustitución de la articulación por una prótesis. No obstante, es un tratamiento que tiene un coste elevado y con largas listas de espera. Existen otras alternativas de tratamiento desde la fisioterapia como ejercicios o terapia manual que, si bien no pueden solucionar el problema, podrían servir para aliviar la sintomatología y retrasar la evolución de la enfermedad, disminuyendo la necesidad de realizar una cirugía.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es analizar si el ejercicio terapéutico puede ser efectivo en el tratamiento del dolor y la funcionalidad producidos por la osteoartritis de rodilla.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como PubMed, PEDro (Physiotherapy Evidence Database) y Google Académico revisando los artículos publicados a fecha 17 de mayo de 2021. Se utilizaron para la búsqueda las palabras claves osteoartritis, ejercicio y fisioterapia, tanto en español como en inglés. Se han excluido de la revisión aquellos artículos que no aportaran una posibilidad de acceso gratuito.

4 Resultados

Para este capítulo se incluyeron un ensayo clínico aleatorizado (1) y dos revisiones bibliográficas (2, 3) sobre el uso de diferentes tipos de ejercicios en el tratamiento de la osteoartritis de rodilla.

En el ensayo clínico aleatorizado (1), se comparaba la efectividad de los cuidados habituales suministrados por su médico de atención primaria con la adición a estos cuidados de ejercicio terapéutico, terapia manual o una combinación de ambos. Se utilizó para ello el cuestionario WOMAC (Western Ontario and McMaster osteoarthritis index) que mide la calidad de vida, en términos de sintomatología y discapacidad física, en personas con osteoartrosis de rodilla y los cambios que se produjeron en la puntuación dada por este cuestionario en un seguimiento un año tras las intervenciones. Se pudo observar como tanto el ejercicio como la terapia manual junto con los cuidados habituales recomendados producían mejoras

significativas en el tratamiento del dolor y en la discapacidad, pero también se observó que la combinación de ambas (terapia manual y ejercicio) no suponía un beneficio adicional.

La primera de las revisiones (2) comparaba el uso de diferentes medidas no quirúrgicas en el tratamiento de la osteoartritis, como pueden ser medidas educativas, pérdida de peso, ejercicio terapéutico u otras medidas farmacológicas. Esta revisión constató que el uso de diferentes tipos de ejercicio como el tai-chi, los ejercicios de fuerza o los ejercicios en el agua resultaba efectivo en el tratamiento de la osteoartritis de rodilla, pero concluyó que no se podían priorizar un tipo de ejercicios sobre otros por la falta de estudios.

Por último, la segunda (3) de las revisiones bibliográficas comparaba el uso de ejercicios sobre el suelo con ejercicios en el agua. Mostró que al comparar el ejercicio sobre el suelo y el ejercicio en el agua, los resultados a nivel de mejoría de la sintomatología son similares, no mostrando cambios significativos en la medición del dolor en las diferentes escalas utilizadas (escala visual analógica, WOMAC,...) ni tampoco en la calidad de vida de los pacientes. No obstante, la revisión constató que el ejercicio en el agua aumenta la adherencia y la satisfacción de los pacientes con el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Se ha podido observar que los programas de ejercicio en el tratamiento de la osteoartritis de rodilla resultan efectivos tanto en el tratamiento del dolor como de la discapacidad que esta patología conlleva, mostrándose además que los ejercicios en el agua pueden aumentar la satisfacción y la adherencia de los pacientes al tratamiento. Al tratarse de tratamientos más baratos que la cirugía, podrían reducirse de esta manera los costes del tratamiento de esta patología, pero también de otras patologías asociadas como pueden ser los problemas cardiovasculares, ya que se trata de pacientes que tienen tendencia a la obesidad y el ejercicio también ayudaría con esta condición. Sin embargo, son necesarios futuros estudios que comparen los diferentes tipos de ejercicio que se pueden utilizar para valorar cuál resulta más efectivo y poder así crear protocolos de ejercicio para el tratamiento de esta patología.

6 Bibliografía

1. Abbott JH, Robertson MC, Chapple C, Pinto D, Wright AA, Leon de la Barra S, et al. Manual therapy, exercise therapy, or both, in addition to usual care, for

- osteoarthritis of the hip or knee: a randomized controlled trial. 1: clinical effectiveness. *Osteoarthritis Cartilage* 2013; 21: 525– 34.
2. Kan HS, Chan PK, Chiu KY, Yan CH, Yeung SS, Ng YL, et al. Non-surgical treatment of knee osteoarthritis. *Hong Kong Med J*. 2019;25(2):127-33. doi:10.12809/hkmj187600.
3. Dong R, Wu Y, Xu S, Zhang L, Ying J, et al. Is aquatic exercise more effective than land-based exercise for knee osteoarthritis? *Medicine*. 2018; 97, e13823.

Capítulo 305

EJERCICIO TERAPÉUTICO Y FISIOTERAPIA EN LA TENDINOPATÍA AQUÍLEA

YASMINA ÁLVAREZ OVIEDO

1 Introducción

Tendinopatía es actualmente el término utilizado para referirnos al dolor persistente en el tendón y a la pérdida de función debida a la carga mecánica. El porcentaje de consultas relacionadas con problemas asociados a tendinopatías es significativo, llegando al 30% de todos los problemas musculoesqueléticos vistos en atención primaria. Puede afectar tanto a personas sedentarias como deportistas, y puede afectar tanto al miembro superior como al inferior, siendo las más habituales las del manguito rotador, la de la musculatura epicondilea, la glútea, la rotuliana y la del Aquiles.

La tendinopatía del Aquiles es una patología musculoesquelética habitual del miembro inferior con una incidencia aproximada de 2,6 pacientes por cada mil habitantes al año en la población general y que puede llegar hasta el 50% a lo largo de la vida en poblaciones específicas como los deportistas, siendo del 10,9% entre los corredores. Es una lesión por sobrecarga cuyo diagnóstico se realiza mediante la clínica y que puede afectar tanto a la parte distal como media del tendón.

El manejo de la tendinopatía se ha convertido en un reto. Los pacientes suelen mejorar entre los 3 y los 12 meses tras el comienzo del tratamiento, pero no más allá del año. Los síntomas crónicos persisten en aproximadamente una cuarta parte de los pacientes tras 10 años desde el tratamiento, pudiendo afectar tanto a

la calidad de vida como a la actividad física de los pacientes que los padecen. En la actualidad, ha aumentado el interés en los tratamientos conservadores como la prescripción del ejercicio, que ha demostrado ser efectivo en otras patologías.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es analizar si el ejercicio resulta efectivo en el tratamiento del dolor producido por la tendinopatía del Aquiles.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como PubMed, PEDro (Physiotherapy Evidence Database) y Google Académico revisando los artículos publicados a fecha 21 de mayo de 2021. Se utilizaron para la búsqueda las palabras claves tendinopatía, Aquiles, ejercicio y fisioterapia, tanto en español como en inglés. Se han excluido de la revisión aquellos artículos que no aportaran una posibilidad de acceso gratuito.

4 Resultados

Se incluyeron tres revisiones bibliográficas sobre el uso de diferentes técnicas de tratamiento en la tendinopatía del tendón de Aquiles, una de ellas sobre la efectividad de los ejercicios isométricos en las tendinopatías (1), otra sobre la efectividad del ejercicio excéntrico para el Aquiles (2) y una última revisión sobre qué tratamiento resulta más efectivo en el tratamiento de la tendinopatía aquilea (3).

En la primera de las revisiones bibliográficas (1), se evaluaba la efectividad de los ejercicios isométricos en diferentes tendinopatías, no sólo en la aquilea y, además, en algunos casos se comparaba con otras técnicas. Se observó que los ejercicios isométricos no fueron superiores a los isotónicos en la reducción del dolor de las tendinopatías crónicas ni inmediatamente tras la sesión ni a corto plazo.

La segunda de las revisiones comparaba de los ejercicios excéntricos con otras opciones terapéuticas para el tratamiento de la patología del tendón de Aquiles (2). Se pudo constatar que este tipo de ejercicios resultaron efectivos tanto en la reducción del dolor como en la mejoría de la función al compararlos con un grupo control al que no se le hizo nada, con el ejercicio concéntrico y con una terapia de vibración de todo el cuerpo. Sin embargo, al compararlo con ejercicios

de resistencia, ortesis u ondas de choque no hubo diferencias estadísticamente significativas en la mejoría del dolor y de la función entre esas técnicas y los excéntricos, diferencias que sí hubo al comparar dos protocolos de tratamiento en el que uno se incluían los excéntricos y en el otro no.

Por último, se incluyó una revisión que evaluaba qué tratamiento era más efectivo para esta patología (3). Se comparaban hasta 17 técnicas diferentes entre las que se incluían los ejercicios. Todos los tratamiento mostraron a los 3 meses ser más efectivos que esperar. A los 12 meses el uso de ejercicio tanto de manera aislada como junto con otras técnicas como las férulas nocturnas mostró un efecto similar a la infiltración farmacológica

5 Discusión-Conclusión

A la vista de los estudios, se puede observar que el ejercicio supone una herramienta terapéutica efectiva en el tratamiento de la tendinopatía aquilea, sobre todo a largo plazo, obteniendo resultados muy similares a la infiltración farmacológica tanto en la reducción del dolor como en la mejoría de la función tanto de manera aislada como utilizándolo dentro de un protocolo de tratamiento. Además, es un tratamiento económico, fácil de aplicar y con un seguimiento sencillo tanto en una consulta como a nivel domiciliario, por lo que se debe considerar el ejercicio terapéutico como una alternativa recomendable para el tratamiento de esta patología.

6 Bibliografía

1. Clifford C, Challoumas D, Paul L, et al. Effectiveness of isometric exercise in the management of tendinopathy: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine* 2020;5:e000760. doi:10.1136/bmjsem-2020-000760.
2. Jayaseelan DJ, Mischke JJ, Strazzulla RL. Eccentric Exercise for Achilles Tendinopathy: A Narrative Review and Clinical Decision-Making Considerations. *J. Funct. Morphol. Kinesiol.* 2019, 4, 34.
3. van der Vlist AC, Winters M, Weir A, et al. Which treatment is most effective for patients with Achilles tendinopathy? A living systematic review with network meta-analysis of 29 randomised controlled trials. *Br J Sports Med* 2021;55:249–255. doi:10.1136/bjsports-2019-101872.

Capítulo 306

ESCOLIOSIS CONGÉNITA. A PROPÓSITO DE UN CASO

LETICIA SÁNCHEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La escoliosis congénita es una deformidad de la columna que resulta de un desarrollo óseo anormal de las vértebras. Es infrecuente, con una mayor afectación a niñas que a niños y más visible en el primer año de vida. Como consecuencia de una o más anomalías el crecimiento vertebral es asimétrico. Conforme el niño va desarrollando, las manifestaciones son más visibles, aunque estas malformaciones ya existan desde el nacimiento.

La vertebra afecta, es la que da lugar al nombramiento de las deformidades, según las características que ésta manifieste. Se clasifican según el tipo de anomalía en el desarrollo: por falta de formación o por una falta de segmentación. La malformación da lugar a vértebras en cuña o en hemivértebras. Los defectos de la segmentación resultan en barras unilaterales o en bloques vertebrales.

La escoliosis congénita, en ocasiones puede ser el resultado de una combinación de defecto de la formación y de defecto de la segmentación. Una o más anomalías óseas pueden ocurrir de forma aislada o en combinación.

La amplitud y la velocidad del avance de la deformidad no tratada dependen principalmente de dos factores: el tipo de anomalía y su localización en la columna vertebral. Indistintamente de la zona afectada, las anomalías se asocian a una velocidad de progresión de la deformidad y por tanto, a una gravedad de la deformidad final en orden creciente:

- bloque vertebral
- vértebra cuneiforme

- hemivértebra aislada
- dos hemivértebras unilaterales
- barra no segmentada unilateral
- barra no segmentada unilateral asociada a una hemivértebra contralateral (la anomalía más grave)

2 Objetivos

- Describir, a partir de un caso clínico, un tratamiento de fisioterapia en paciente con escoliosis congénita

3 Caso clínico

Niña de 6 años de edad. Primera consulta en abril del 2016, con seguimiento por escoliosis congénita, con una curva torácica izquierda de 38°, displasia múltiple cervical y torácica (hemivertebral y vertebras en mariposa).

En el 2017 en los estudios radiológicos, se presenta una curva izquierda con 44° de (t6-L1)

En el 2018, en sedestación se le observa una giba torácica izquierda y talle derecho más marcado, en el test de Adams (sedestación); giba torácica izquierda con ART de 17°, en prono de 16-17°. Se aprecia mejoría en el alineamiento cuando se produce una elongación de la columna vertebral activa y pasiva. La paciente presenta una marcha autónoma con patrón estereotipado.

En el seguimiento realizado en el 2019, en el estudio por imágenes se observó que el valor angular izquierdo se había agravado estaba en 65° (t7-L2), con displasia múltiple cervical y dorsal. Se decide derivar al centro de referencia del tratamiento quirúrgico en esta patología.

En el primer trimestre del 2020 fue intervenida en el hospital de Madrid Niño Jesús, En el segundo trimestre del 2020 (en plena pandemia) se ha retirado el yeso. En la exploración el hombro derecho está desentendido, escapula izquierda más prominente, talle derecho más marcado. En sedestación con flexión ventral del tronco; giba torácica izquierda con ART de 19-20°.

En la radiografía anteroposterior se le observa curva torácica izquierda de 75° de (t7-L2) con material quirúrgico en t9.

En la actualidad realiza 2 sesiones semanales de natación, con buena aceptación por parte de la paciente.

Realiza 2 sesiones de fisioterapia en el hospital de referencia autonómico, con con estiramientos de la zona izquierda de la curva y potenciación de la cervicodorsal derecha para compensar la curvatura.

4 Discusión-Conclusión

Es esencial que exista un diagnóstico y tratamiento precoz de las curvas progresivas. El tratamiento en corsé esta desaconsejada para las curvaturas congénicas debió a su carácter estructural. En algunos casos especiales se puede aconsejar el uso del corse, para vigilar curvas adicionales e intentar retrasar la cirugía hasta alcanzar una edad segura para realizar el procedimiento. Cuando es diagnosticada una anomalías óseas, en ocasiones, se recomienda una cirugía antes de que ocurra un aumento de la curvatura, lo que previene el desarrollo o una progresión inevitable de la deformidad de la columna. Si ya ha avanzado la deformidad, es difícil de lograr la corrección quirúrgica y el riesgo de complicaciones neurológicas es alto.

5 Bibliografía

- R. Justin Mistovich David A. Spiegel Nelson. Tratado de pediatría, Capítulo La Columna 699, 3633-363. Elsevier 2020
- Steven R. Boas Nelson. Tratado de pediatría, Capítulo Enfermedades esqueléticas que afectan al funcionamiento pulmonar 445, 2326-2326. Elsevier 2020
- R. Dayer MD P. Journeau Malformaciones congénitas de la columna vertebral Aparato locomotor, 2017-06-01, Volumen 50, Número 2, Páginas 1-12, 2017 Elsevier Masson SAS

Capítulo 307

CASO CLÍNICO: FISIOTERAPIA EN RECAMBIO DE PRÓTESIS DE CADERA

ALINA VILLAR LÓPEZ

CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La artroplastia es una técnica quirúrgica en la que se eliminan las superficies articulares en mal estado y se sustituyen por prótesis elaboradas con metal y polietilenos de alta densidad. Estos componentes producen escasa fricción articular, disminuyendo la probabilidad de producir desgaste prematuro, asegurando una mejor conservación de las superficies articulares de la prótesis y retrasando el aflojamiento de esta.

El objetivo de la intervención es restaurar la movilidad articular y su función, eliminando el dolor.

La vida media de una prótesis de cadera es de 10 a 20 años y depende del tipo de prótesis, el uso que se le dé y las complicaciones posteriores a la artroplastia. La segunda intervención para recambiar la prótesis tiene peores resultados que la primera intervención.

La valoración funcional del estado psicofísico del paciente y del entorno en el que se desarrolla su vida es fundamental para llevar a cabo la rehabilitación. Una correcta valoración funcional permite tomar las medidas preventivas y rehabilitación adecuada antes y después de la cirugía. Una de las complicaciones a evitar es la luxación sobre todo en los primeros meses tras la cirugía. En este caso es debido normalmente a una mala orientación de los componentes protésicos. Si

ésta se produce de manera tardía es debido mayormente a la pérdida de tensión muscular. De ahí la importancia de un buen estado de la musculatura

2 Objetivos

Exponer el abordaje fisioterápico en las cirugías de prótesis de cadera y como el tratamiento mejora el bienestar y calidad de vida de los pacientes.

3 Caso clínico

Varón que en el año 2000 se le implanta prótesis de cadera tras sufrir fractura luxación de cadera derecha con rotura pared posterior del cotilo y fractura multifragmentada ceja cotiloidea. En un primer momento se trata con tracción e injerto, con malos resultados y colocándose prótesis total de cadera. Veinte años después comienza con dolor en pierna derecha de un mes de evolución, sin antecedente traumático previo. Dolor localizado en zona isquiotibial, que empeora a lo largo del día y mejora con el reposo. Cojea. Necesita ayuda para la marcha, usa bastón inglés que porta en mano izquierda. No chasquidos a la movilización. En TAC se visualiza rotura del cotilo y desgaste del polietileno en prótesis de cadera derecha.

Se realiza recambio de prótesis. A las 48 horas hace bipedestación con ayuda de andador.

Al tercer día de ingreso hospitalario comienza con el tratamiento fisioterápico: movilizaciones pasivas del miembro inferior operado, trabajo isométrico de cuádriceps y glúteos, marcha con dos bastones en dos tiempos.

Al alta hospitalaria se dan pautas de cuidados postquirúrgicos: no sentarse en sillas bajas o sofás blandos, media de compresión, suplemento para inodoro, No cruzar las piernas al sentarse. No mantener posturas con cadera flexionada más de 90°. No dormir ni tumbarse sobre la pierna sana.

A partir de las 6 semanas pasamos al periodo de recuperación funcional.

Los objetivos son disminuir el dolor, evitar las adherencias en la cicatriz y restituir la funcionalidad tanto en las actividades de la vida diaria como en la marcha. Recuperar la amplitud articular de la cadera en todos los planos, con abducción limitada a 30-40° y sin sobrepasar las amplitudes que había antes de la operación. Marcha con un bastón situado en el lado opuesto al intervenido.

Alrededor de los tres meses se quitarán las ayudas para la marcha siempre y cuando el paciente se sienta seguro.

4 Discusión-Conclusión

Realizado el tratamiento fisioterápico durante tres meses el balance articular al alta es de flexión: 100°, abducción 30°, aducción 30°, rotación interna de 20° y rotación externa de 20°. El balance muscular 5/5 en escala Daniels para cuádriceps y 4/5 para glúteo. El dolor ha evolucionado de manera favorable, solo presenta dolor de manera ocasional. Presenta ligera cojera. Se aconseja continuar con tabla de ejercicios. Camina sin ayudas.

Se evalúa al paciente con la escala de Harris con una puntuación de 91 clasificándose su resultado como excelente.

Estudios revelan que más del 50% de los pacientes describen su capacidad funcional y calidad de vida como buenas y excelentes tras implantarles prótesis de cadera. Se demostró que el 54% de los pacientes no sufrían dolor, mientras que en el 35% se observó dolor leve o leve. Dicho estudio también revela que es necesario hacer rehabilitación tanto en la pierna operada como en la sana.

La capacidad de adaptación a los cambios requiere la incorporación de prácticas como el ejercicio físico y alimentación saludable. El excesivo reposo debilita los músculos y hace más lenta la recuperación. Por todo ello, un programa de ejercicios, pautado en base a una buena valoración psicofísica, ayuda a mejorar la salud y la calidad de vida.

5 Bibliografía

- Duque Morán, J. F., Navarro Navarro, R., Navarro García, R., & Ruiz Caballero, J. A. (2011). Biomecánica de la prótesis total de cadera: cementadas y no cementadas. Canarias médica y quirúrgica.
- Jame Bozorgi AA, Ghamkhar L, Kahlaee AH, Sabouri H. The Effectiveness of Occupational Therapy Supervised Usage of Adaptive Devices on Functional Outcomes and Independence after Total Hip Replacement in Iranian Elderly: A Randomized Controlled Trial. *Occup Ther Int*. 2016;23(2):143-153. doi:10.1002/oti.1419
- Świtoń A, Wodka-Natkaniec E, Niedźwiedzki Ł, Gaździk T, Niedźwiedzki T. Activity and Quality of Life after Total Hip Arthroplasty. *Ortop Traumatol Rehabil*. 2017;19(5):441-450. doi:10.5604/01.3001.0010.5823

Capítulo 308

IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA EN ESCLEROSIS MULTIPLE. CASO CLÍNICO

ALINA VILLAR LÓPEZ

CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Esclerosis Múltiple es la causa más común de discapacidad física grave en adultos en edad laboral. Es la enfermedad neurológica más frecuente entre 20 y 40 años. Muchos afectados por esta enfermedad con el tiempo desarrollan una discapacidad progresiva con considerables consecuencias personales, sociales y económicas. Los afectados sufren un impacto significativo en su capacidad para trabajar, en su calidad de vida y en la de sus familias.

Es una enfermedad desmielinizante del Sistema Nervioso Central con gran variedad de síntomas como pueden ser alteraciones visuales y sensoriales, debilidad de las extremidades, problemas de la marcha y síntomas de la vejiga y el intestino. El síntoma de comienzo más frecuente es la alteración de la sensibilidad seguido de la pérdida de fuerza en miembros y torpeza en las manos. La disartria, diplopía, disfagia o vértigo son menos frecuentes y las alteraciones visuales por afectación del nervio óptico también son características.

Resaltar que consiste en la aparición de lesiones focales en la sustancia blanca, denominadas placas, en las que se produce pérdida de mielina con preservación relativa de los axones. Las vainas de mielina se degeneran y las células microgliales eliminan la mielina.

Se desconoce su causa. Los alelos HLA DR15 / DQ6 y los del gen del receptor alfa de interleucina-2 (IL2RA) y gen del receptor alfa de interleucina-7 (IL7RA) se han identificado como factores de riesgo hereditarios. El estilo de vida y los factores ambientales son factores clave que contribuyen al riesgo de sufrir la enfermedad y en su progresión.

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es mostrar que es la Esclerosis Múltiple y conocer el tratamiento fisioterápico a través de un caso clínico.

3 Caso clínico

Mujer de 45 años. Exfumadora desde hace 20 años. Hábitos de vida saludables: activa, consumo de alcohol de manera ocasional, no sobrepeso. No alergias conocidas.

Enfermedades destacables en su familia: Abuela paterna LUPUS, Madre Fibromialgia y Psoriasis.

Acude a consulta médica porque presenta dificultad para hablar, nota más torpeza al escribir y al realizar maniobras finas con las manos. Cansancio en pierna izquierda con calambres durante la noche. En los últimos años ha tenido episodios de vértigo y en alguna ocasión con alteraciones visuales. Se realiza resonancia magnética en la que se visualizan varias lesiones supratentoriales compatibles con placas desmielinizantes. Lesión en tegmento mesencefálico izquierdo. Lesión cerebelosa, en unión bulbomedular y varias lesiones medulares.

En analítica el HLA B27 es negativo y los anticuerpos antinucleares también negativos.

Comienza tratamiento con Teriflunomida y posteriormente pasa a ser tratada con Ocrelizumab.

Camina con un bastón, de manera lenta y cautelosa. Marcha atáxica. Dificultad para realizar tareas con las manos. Ligera dismetría dedo – nariz. Problemas de coordinación de las extremidades superiores. Cervicobraquialgia derecha. Babinski bilateral. Síndrome piramidal generalizado de predominio izquierdo y síndrome cerebeloso con ataxia axial. En la escala de disfunción neurológica EDSS la puntuación es 6.5.

El objetivo del tratamiento fisioterápico es disminuir el dolor y a largo plazo mejorar la marcha y la movilidad activa en las actividades de la vida diaria.

Se realiza Terapia Manual en zona lumbosacra y cervical para disminuir el dolor y normalizar el tono. Estiramientos activo-asistidos de dorsal ancho, musculatura lumbar, isquiotibiales y cintura escapular. Ejercicios de potenciación de la musculatura del tronco, glútea, abdominal y fijadores de la escápula, facilitando movimientos selectivos normales de la misma. La tonificación muscular mejora el tono postural e inervación recíproca normal lo que permite movimientos menos fatigantes y mas económicos. Trabajo del equilibrio y transferencia de peso en distintas posiciones, ejercicios propioceptivos y corrección de la marcha.

4 Discusión-Conclusión

Con la fisioterapia ha mejorado la movilidad y su equilibrio. En consecuencia, camina mejor, más estable y sin arrastrar los pies El dolor es menos limitante. Planifica mejor las actividades de su vida diaria sin llegar a fatigarse. En su domicilio en capaz de caminar un poco más sin apoyos ni bastones.

Las personas con esclerosis múltiple necesitan tratamiento fisioterápico a lo largo de toda su vida, desde un primer momento cuando se diagnostica y posteriormente para mejorar la funcionalidad. La amplia variedad de síntomas que presentan los afectados hace necesario un abordaje integral del paciente. La fisioterapia reduce el grado de discapacidad y alivia los síntomas asociados a la enfermedad. Es importante realizar actividad física, adaptada al estado general del paciente, ya que disminuye los efectos negativos de la acinesia y aumenta las capacidades funcionales de todos los sistemas corporales. El ejercicio físico ayuda a controlar los síntomas, restaurar la función, mejora la calidad de vida, aumentando el bienestar y la participación en las actividades de la vida diaria.

5 Bibliografía

- Jiwon Oh 1 , Angela Vidal-Jordana 2 , Xavier Montalban 1 2. «Multiple sclerosis: clinical aspects» Curr Opin Neurol. 2018 Dec;31(6):752-759 (s. f.).
- Kubsik, Anna, Paulina Klimkiewicz, Robert Klimkiewicz, Katarzyna Janczewska, y Marta Woldańska-Okońska. «Rehabilitation in multiple sclerosis.» Advances in Clinical and Experimental Medicine 26, n.º 4 (27 de junio de 2017): 709-15.
- Motl, Robert W, Brian M Sandroff, Gert Kwakkel, Ulrik Dalgas, Anthony Feinstein, Christoph Heesen, Peter Feys, y Alan J Thompson. «Exercise in Patients with Multiple Sclerosis». The Lancet Neurology 16, n.º 10 (octubre de 2017): 848-56.

Capítulo 309

TRATAMIENTO DE LOS DIENTES PERMANENTES INMADUROS CON NECROSIS PULPAR

FRANCISCO RODRÍGUEZ HERRERA

1 Introducción

No es infrecuente que acudan a nuestra consulta pacientes jóvenes que debido a un proceso carioso o aun traumatismo hayan sufrido la necrosis del tejido pulpar de un diente permanente, en un momento en el que todavía no ha terminado de formarse la totalidad de la porción radicular, ocasionando que el ápice dental no llegue a desarrollarse y cerrarse adecuadamente.

Esta situación conlleva, si no se resuelve adecuadamente que el diente afectado presente un pronóstico a corto o medio plazo desfavorable.

El tratamiento tradicional de este tipo de casos consistía en la apicoformación, también conocido como apexificación, cuyo objetivo se centra en conseguir el cierre del ápice radicular para poder realizar en un momento posterior el tratamiento de conductos.

En los últimos años, ha aparecido una nueva tendencia orientada a conseguir no sólo el cierre del ápice sino la revitalización del conducto radicular. Para lograrlo se está investigando en diferentes direcciones en cuanto a los materiales necesarios para poder llegar a esa revitalización, de modo que el pronóstico de esos dientes con patología mejore sustancialmente a medio y largo plazo.

La hipótesis que plantea la revitalización es conseguir que dentro del conducto radicular aparezca de nuevo tejido vivo, por lo cual, los pacientes ideales para realizar este tipo de tratamiento son aquellos comprendidos entre los 6 y los 18 años, ya que son los que más capacidad presentan de regeneración de tejidos.

2 Objetivos

Determinar el mejor tratamiento de los dientes permanentes inmaduros con necrosis pulpar entre la apicoformación clásica y la revitalización pulpar.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha realizado una revisión sistemática de la literatura, utilizando la base de datos Pubmed, en la que se han incluido aquellos artículos relacionados con la temática del trabajo, que se hayan publicado en los 5 últimos años y que se tratasen de revisiones sistemáticas de la literatura y metaanálisis.

4 Resultados

Los procedimientos de desinfección del conducto radicular en ambos tratamientos se realizan de una forma muy similar, incluyendo como norma general la irrigación con hipoclorito de sodio (en concentraciones entre el 3 y 6 %), la utilización de EDTA y la irrigación final con clorhexidina a una concentración entre el 0.12 y 0.2%.

El elemento común en ambos tratamientos como medicación intracanal es la pasta de hidróxido de calcio. La utilización de pasta bi o tri-antibiótica no se realiza de forma sistemática en ninguno de los tratamientos.

En la terapia regenerativa, la tendencia varía en cuanto a la técnica utilizada, pudiendo realizarse de dos maneras con aparente similitud en lo relativo a la tasa de éxito:

- Colocación intraconducto de un concentrado de plaquetas, obtenido previamente, mediante la centrifugación de una muestra sanguínea del propio paciente.
- Inducir el sangrado de la zona periapical con el objetivo de conseguir la formación de un coágulo sanguíneo intraconducto.

La principal ventaja de la apexificación con hidróxido de calcio es que es una técnica ampliamente desarrollada y de un procedimiento de realización relativamente sencillo, si bien es cierto que el conducto radicular tras el tratamiento es proclive a sufrir fracturas debido al debilitamiento de la pared.

Ambas técnicas por los resultados obtenidos, parecen ser muy eficaces, teniendo las dos unas tasas de éxito de aproximadamente un 90%, con un seguimiento de

los casos de mínimo 36 meses. Aún así, todo ello orienta a pensar que la revitalización ofrece varias ventajas, siendo las más importantes el aumento de la longitud radicular junto con el aumento del grosor de las paredes del conducto radicular. Por otro lado, ofrece como principal desventaja el ser una técnica novedosa, sin consenso unánime ni un protocolo estandarizado de aplicación, debido a la gran cantidad de variaciones que pueden introducirse en el proceso.

5 Discusión-Conclusión

Los dientes permanentes inmaduros con necrosis del tejido pulpar son un reto en nuestras consultas por los pacientes que están involucrados en el proceso, ya que la pérdida de un diente definitivo en etapas tan cortas de la vida condiciona en muchas ocasiones los tratamientos rehabilitadores que pueden emplearse.

La evidencia nos indica que el camino del tratamiento de estos dientes pasa por la revitalización pulpar, ya que mejores las condiciones del conducto radicular y con ello, previsiblemente, la viabilidad futura del diente.

Se necesitan más estudios sobre la terapia de revitalización pulpar a fin de poder encontrar un protocolo adecuado que nos permite obtener los mejores resultados posibles en el mantenimiento de este tipo de dientes.

6 Bibliografía

1. Kahler B, Rossi-Fedele G, Chugal N, Lin LM. An Evidence-based Review of the Efficacy of Treatment Approaches for Immature Permanent Teeth with Pulp Necrosis. *J Endod.* julio de 2017;43(7):1052-7.
2. Guerrero F, Mendoza A, Ribas D, Aspiazú K. Apexification: A systematic review. *J Conserv Dent JCD.* octubre de 2018;21(5):462-5.
3. Rossi-Fedele G, Kahler B, Venkateshbabu N. Limited Evidence Suggests Benefits of Single Visit Revascularization Endodontic Procedures - A Systematic Review. *Braz Dent J.* diciembre de 2019;30(6):527-35.
4. Iqbal A, Riaz A, Waheed A, Khan SU, Nawadat K, Islam S. Reorienting goals in endodontic therapy: Pulp revitalisation, on the brink of a paradigm shift. *JPMMA J Pak Med Assoc.* noviembre de 2021;71(11):2589-95.
5. Ong TK, Lim GS, Singh M, Fial AV. Quantitative Assessment of Root Development after Regenerative Endodontic Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Endod.* diciembre de 2020;46(12):1856-1866.e2.
6. Xie Y, Lu F, Hong Y, He J, Lin Y. Revascularisation versus apexification for treatment of immature teeth based on periapical healing and root develop-

ment: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Paediatr Dent*. septiembre de 2021;22(3):207-14.

7. He L, Zhong J, Gong Q, Kim SG, Zeichner SJ, Xiang L, et al. Treatment of Necrotic Teeth by Apical Revascularization: Meta-analysis. *Sci Rep*. 24 de octubre de 2017;7(1):13941.

8. Wikström A, Brundin M, Lopes MF, El Sayed M, Tsilingaridis G. What is the best long-term treatment modality for immature permanent teeth with pulp necrosis and apical periodontitis? *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent*. junio de 2021;22(3):311-40.

Capítulo 310

LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM)

MONTSERRAT FERNÁNDEZ VALBUENA

1 Introducción

La articulación temporomandibular o ATM forma parte del sistema masticatorio. Este sistema está constituido, además, por la articulación alveolodentaria, los ligamentos, los músculos masticatorios y un importante mecanismo de control neurológico.

Su función se clasifica como una diartrosis bicondílea, ya que articula dos huesos cuyas superficies convexas, limitan una cavidad que contienen un disco articular lubricado por un fluido sinovial.

Los trastornos de la ATM han sido identificados como la principal causa de dolor no dental de la región orofacial y se consideran un subgrupo de trastornos musculoesqueléticos.

La ATM es asiento de diferentes grupos de enfermedades que se clasifican en grupos de acuerdo a su etiología y a los cambios estructurales y/o funcionales que se forman pudiendo encontrarse en estas patologías trastornos inflamatorios, degenerativos, infecciosos, neoplásicos, congénitos y traumáticos.

Muchos de los pacientes con alteraciones de ATM con sintomatología leve no son diagnosticados, esto provoca que puedan evolucionar a una sintomatología crónica del dolor. En algunos casos el diagnóstico y el tratamiento no son los más correctos.

Es importante conocer la anatomía de la articulación temporomandibular, así como las principales alteraciones y patologías que pueden producirse y los factores que influyen en estas alteraciones.

El conocimiento de los factores que puedan influir o actuar en el desarrollo de la disfunción de la ATM, es importante para que el higienista sepa reconocerlos y transmitir mejor información al odontólogo o estomatólogo y evitar, en la medida de lo posible, por desconocimiento su iatrogenia.

2 Objetivos

- Conocer la anatomía de la articulación temporomandibular y su importante función en el sistema masticatorio.
- Conocer sus principales trastornos y patologías.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos, seleccionando los artículos científicos procedentes de publicaciones revisadas y textos generales de consulta y formación. Se han revisado, también una revisión de páginas médicas de internet que incluyen información sobre el tema que tratamos.

4 Resultados

1. Anatomía de la articulación temporo-mandibular ATM.

- Superficies articulares:

En la mandíbula: cóndilo mandibular: articula bilateralmente con el hueso temporal.

En el hueso temporal: la eminencia articular y la cavidad glenoidea.

Disco articular: disco movable que relaciona y amortigua las piezas articulares

Cápsula articular: protege y envuelve la articulación.

- Ligamentos:

Los ligamentos intervienen restringiendo en parte a proyección anterior de la mandíbula, limitando los movimientos del cóndilo.

Ligamento esfenomaxilar: mantiene el cóndilo, el disco y el hueso temporal en contacto y evita la protusión mandibular.

Ligamento temporomandibular: va desde el hueso esfenoides hasta la cara lateral de la mandíbula, limita la propulsión excesiva mandibular.

Ligamento estilomaxilar: va desde la apófisis estiloides del hueso temporal hasta el ángulo de la mandíbula. Separa las glándulas salivar, parótida y submandibular.

- Músculos:

Masetero: eleva la mandíbula y aprieta los dientes.

Temporal: eleva y retrae la mandíbula en el movimiento de la masticación.

Pterigoideo lateral y el medial: intervienen en los movimientos laterales y el segundo ayuda a elevar la mandíbula e interviene en los movimientos de masticación.

- Vascularización e inervación:

La ATM está muy vascularizada por las arterias temporal superficial, timpánica anterior y faríngea ascendente que llegan hasta la cápsula articular. Estas arterias se distribuyen en la periferia del disco articular.

La ATM está inervada por ramificaciones de los nervios:

- Articulotemporal.

- Masetero.

- Temporal profundo.

- Trigémino.

2. Factores que influyen en las alteraciones de la ATM.

2.1. Factores predisponentes: son alteraciones que están presentes y que en un momento dado, por sí mismos o asociados, pueden desencadenar disfunción craneomandibular.

- Patofísicos: propios de cada individuo, pueden ser neurológicos, vasculares, hormonales, nutricionales o degenerativos. Pueden ser factores predisponentes la psoriasis, artritis reumática, hipertiroidismo.

- Estructurales: la angulación de los cóndilos en el plano axial o la hipoplaxia de cóndilos, son factores que favorecen la aparición de una patología, más frecuente si se añaden sobrecargas funcionales.

- Oclusales: aunque la mayoría de la literatura parece sugerir que la relación entre oclusión y disfunción no es muy clara, podemos pensar que si asociamos algunos factores de la oclusión como una interferencia o un bruxismo podríamos considerarlo como un factor predisponente.

- Psicopatológicos: se considera al stress cuando pasa un cierto umbral.

2.2. Factores precipitantes: son los que en un momento dado pueden desencadenar disfunciones de ATM.

Macrotrauma:

- Directo en la mandíbula: fracturas de cóndilo, inflamación, distensión de ligamentos.

- Indirecto de cabeza, cuello o mandíbula: lesiones cervicales.

Microtrauma repetido extrínseco:

- Hábitos parafuncionales: onicofagia, mordisquear lápices, morderse los labios o mucosas, chuparse un dedo, etc.
- Profesiones como: músicos, sopladores de vidrio, en las que se adoptan posiciones no fisiológicas.

Microtrauma repetido intrínseco:

- Bruxismo: pacientes que rechinan los dientes durante el sueño, apretadores diurnos.

2.3. Factores perpetuantes o contribuyentes:

Son los que ayudan a la continuidad del problema y a veces son difíciles de ver, por ejemplo, las alteraciones sistémicas subclínicas y las patologías de la columna cervical.

3. Principales trastornos de la ATM:

3.1. Trastornos de los músculos masticatorios:

- Rigidez muscular: producida por bruxismo, cambios en la oclusión dental, tensión psicológica o dolor crónico.
- Espasmos musculares: inducidos por el SNC, con ausencia de inflamación. Acorotan el músculo y limitan los movimientos mandibulares.

3.2. Trastornos inflamatorios:

- Artritis reumatoide: ocasiona un desgaste de los cartílagos y una deformación de la articulación. Su origen puede ser traumático, infeccioso o degenerativo.

3.3. Trastornos degenerativos:

- Osteoartrosis: por degeneración de la articulación que aumenta con la edad, que destruye el artílago articular y causa dolor y disfunción.
- Lisis condilar: cambios en la forma condilar y disminución de la masa de ésta y de su altura.

5 Discusión-Conclusión

La articulación temporo-mandibular es la base de diferentes grupos de trastornos clasificados según su etiología, encontrándose trastornos inflamatorios, degenerativos, infecciosos, congénitos, neoplásicos, etc.

Por tanto, es muy importante el conocimiento de esta articulación y de sus posibles alteraciones por parte de la higienista dental también, ya que muchos pacientes que presentan sintomatologías leves nos son correctamente diagnosticados y pueden evolucionar hacia un dolor crónico, con un diagnóstico tardío y un tratamiento incorrecto.

El campo de trabajo de una higienista abarca el contacto directo con esta articulación que interviene tanto en los movimientos de apertura y cierre de la mandíbula como de los movimientos masticatorios, por lo que por parte de ésta es de primordial importancia la ayuda que pueda prestar, aparte de evitar iatrogenias en el transcurso de sus tratamientos, al equipo odontológico.

6 Bibliografía

1. Espinosa de la SR. Maloclusión y desórdenes de la articulación temporomandibular. PO 2000.
2. Valmaseda y Gay Escoda. Diagnóstico y tratamiento de la patología de la articulación temporomandibular. Orl Dips 2002.
3. Okeson JP. Tratamiento de la oclusión y las afecciones temporomandibulares. 4 edición. Madrid, 1999.
4. Revista higienistas.com. Madrid, Octubre 2029.

Capítulo 311

APLICACIONES BASADAS EN LA ACCIÓN DE LA MATERIA SOBRE LA RADIACIÓN PARA TÉCNICOS SUPERIORES EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR

JESÚS ARREDONDO YANGUAS

1 Introducción

Las radiaciones ionizantes con las que trabajan los Técnicos Superiores de Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear, son aquellas que poseen unas características específicas que al interactuar con un medio material son capaces de transferir energía. Esta energía ionizante que se genera es tan poderosa que es capaz de separar los electrones de sus propios átomos y comenzar así a generar una sucesión de hechos radioactivos que ayudan al paciente a saber su estado de salud mediante imágenes que genera esta energía y que pueden ser interpretadas por los especialistas.

La ionización, tras esta breve descripción, no es entonces, más que la formación de un par de iones, de diferente signo con los que podemos conseguir una aplicación médica.

Las ionizaciones con las que se trabaja en el ámbito sanitario pueden ser de dos tipos: directas e indirectas.

Las directas son aquellas cargadas con partículas alfa y beta, con penetración muy escasa y escasa, respectivamente.

Las indirectas son los rayos Gamma y Rayos X que al contrario que las directas, tienen mucho poder de penetración. Estas últimas son muy importantes porque no solo se trabaja mucho con ellas, sino también porque tienen mayor peligro de irradiación y por lo tanto de contaminación.

2 Objetivos

Conocer las diferentes aplicaciones que se pueden dar en el medio sanitario y los beneficios que se obtienen al usar estas radiaciones ionizantes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

- Las radiaciones ionizantes se usan por:
 1. Su acción bactericida.
 2. La determinación de parámetros.
 3. La determinación de componentes de los materiales incluso en mínima concentraciones.
 - Las radiaciones ionizantes se usan cuando no se aconseja utilizar otros medios debido a la naturaleza del material que se quiere estudiar.
 - Las aplicaciones de las radiaciones ionizantes se basa en la interacción materia-radiación y el comportamiento que se desprende de esa interacción. Y se dividen en tres grupos:
 1. Acción de la materia sobre la radiación. Que es la opción que ocupa este artículo.
 2. Acción de la radiación sobre la materia.
- Técnicas de trazadores.

- La acción de la materia sobre la radiación produce fenómenos de absorción y dispersión.
- Estos fenómenos provocan una pérdida total o parcial de su energía. La medida de la radiación dispersada suministra la información que se busca, esto es debido a que se hacen lecturas de la interacción de las radiaciones.
- Los fenómenos de dispersión o absorción están influidos por:
 1. La calidad de la radiación.
 2. El espesor del material.
 3. La densidad del material.
 4. La naturaleza del medio.
- Las aplicaciones basadas en la acción de la materia sobre la radiación contempla en el ámbito sanitario:
 1. Medida de densidades y espesores en sólidos.
 2. Medida de densidades en líquidos y suspensiones.
- Para realizar mediciones de espesores delgados se utilizarán fuentes de radionucleidos emisores beta.
- Para realizar mediciones de espesores intermedios y grandes se utilizarán fuentes de radionucleidos emisores gamma.
- El grado de posible contaminación es importante en todas ellas independientemente de grado de penetración que tengan.
- La vigilancia del proceso de radiación ionizante por medio de:
 1. Medios eléctricos.
 2. Medios ópticos.
 3. Medios de contacto.
- En el proceso de radiación ionizante hay dos métodos de uso:
 1. La transmisión.
 2. La retrodispersión.

En la transmisión hay una absorción de radiación. El objeto se sitúa entre la fuente radiactiva y un detector de radiaciones. La radiación detectada indica el espesor.

En la retrodispersión la fuente radiactiva y el detector se sitúan del mismo lado, lo hacen frente al objeto a medir y hay una operación de reflejo, así la intensidad recibida es indicativa del espesor.

- La transmisión y la retrodispersión funcionan tanto en sólidos, como líquidos y suspensiones.
- Tanto la transmisión como la retrodispersión tiene equipos de control y medida, pero miden diferentes tipos de radiación.

- Los medidores de transmisión miden radiación primaria puesto que la fuente y el detector están situados en lados opuestos del material.
- Los medidores de retro transmisión miden radiación dispersa puesto que el detector y el recipiente de la fuente se instalan en el mismo lado con respecto al material.

5 Discusión-Conclusión

Las radiaciones ionizantes son complejas de utilizar, requieren entrenamiento y conocimientos, concienciación y capacidad técnica, pero no obstante los beneficios que se obtienen son significativamente mayores que la inversión humana y técnica que necesitan para conseguir resultados.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear es un profesional cualificado para la tarea, aúna conocimientos, entrenamiento y dirigencia en su trabajo, cumple el objetivo que no es más que la calidad asistencial y ayuda tanto a el proceso terapéutico como diagnóstico del paciente.

Debido a que es un campo de continua renovación, se aconseja invertir en el entrenamiento y capacitación formativa del profesional.

6 Bibliografía

1. Técnicas de imagen por resonancia magnética. Ed. Síntesis 2019. Vicente Juan Megías Moreno.
2. Técnicas de imagen de medicina nuclear, Ed Síntesis 2019. Autor: Carlos Vallejo Carrascal.
3. Técnicas de radiofarmacia, Ed Síntesis 2019. Autora: Julia Vallés Pascual.
4. www.csn.es
5. www.mscbs.gob.es
6. www.prlaborales.com

Capítulo 312

BURNOUT O SÍNDROME DEL TRABAJADOR QUEMADO

MARTIN LOPEZ GARCIA

1 Introducción

El Síndrome de Burnout se definió en los años 70 del siglo pasado y es conocido como síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT).

La Organización Mundial de la Salud lo reconoció como enfermedad en el año 2019 dividiéndolo en 5 etapas que son:

- Entusiasmo, Estancamiento, Frustración, apatía y fase de quemado.

Hay que distinguirlo del estrés, que es una situación de sobrecarga emocional, que supera al individuo en ese mismo momento afectándolo a nivel físico y emocional mostrándose nervioso, furioso e incluso frustrado.

Muchas veces el estrés puede ser positivo porque ayuda a adaptarse al medio estimulándonos a enfrentarnos a determinados problemas, sacando nuestro lado creativo, pero también puede llegar a ser estrés negativo, cuando esa situación sobrepasa a la persona y esta se bloquea y es incapaz de mantener el control sintiéndose asustado ni resolutivo.

Depresión: Es un estado de tristeza y es cuando la persona ve que no evoluciona y se produce un estado de frustración e ira. Generalmente si en unas semanas no evoluciona favorablemente se tendría que llegar a tratar por un especialista en ese campo.

Burnout: Es cuando el estrés laboral lleva a la persona ya a un agotamiento mental.

El Síndrome de Burnout o del trabajador quemado fue definido en 1974 por el psicólogo estadounidense de origen alemán y ascendencia judía Herbert Freudenberger.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir las etapas del SQT y que dan lugar al síndrome.

Objetivos secundarios:

- Enumerar los síntomas que manifiestan estas personas que lo sufren.
- Identificar los factores de riesgo y estrés laboral que dan lugar al síndrome de burnout.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente relacionada con el tema. Se consultaron las principales bases de datos digitales como Pubmed, Medline, ScienceDirect y Scielo, seleccionando y revisando artículos sobre la temática escogida.

4 Resultados

El Síndrome de Burnout aparece después de un largo periodo de estrés laboral, hay profesiones proclives a tener este síndrome sobre todo personas que escogieron vocacionalmente la profesión entre ellos encontramos a los sanitarios. En principio afecta sólo a la vida laboral, pero luego llega a afectar a niveles y familiares y sociales.

Aparece en 5 etapas:

1. Entusiasmo: La persona está ilusionada con su trabajo, compañeros y pacientes. Si surgen problemas los soluciona de forma eficaz.
2. Estancamiento: Las expectativas del trabajador no se ven cumplidas, se siente incapaz de resolver problemas y aparecen los primeros síntomas físicos como dolor de cabeza, abdominales y digestivos.

3. Frustración: La motivación va en descenso y se incrementa el agotamiento emocional y la falta de realización personal. Continúan los signos psicosomáticos.

4. Apatía: El trabajador se esfuerza mucho más en su trabajo, pero su realización personal va en descenso, lo que hace que su agotamiento emocional aumente. Se produce un bloqueo y un colapso que lo desvincula de lo laboral, haciéndolo de forma mecánica y sin entusiasmo y energía.

5. Quemado: El trabajador se encuentra tan mal emocionalmente que acaba dejando su puesto de trabajo o pidiendo un traslado.

En el Síndrome de Burnout aparecen varios síntomas:

- Físicos: taquicardia, dolores intestinales, insomnio, fatiga, dolor de cabeza, etc.
- Síntomas emocionales: Agotamiento, Baja autoestima, impotencia, aburrimiento, impaciencia, ira etc.
- Síntomas laborales: Disminuye el rendimiento debido a que se involucra poco en el trabajo evitando responsabilidades y decisiones.
- Síntomas personales: Aparecen a nivel familiar y de pareja, debido a la irritabilidad y aislamiento.

El personal que tiene alta carga de estrés, carga excesiva de trabajo, malas relaciones laborales y falta de formación pueden llegar a tener un estrés crónico que desencadena en el Síndrome del Trabajador Quemado. Por lo cual la relación entre el Estrés y el Síndrome de Burnout es muy fuerte.

No existe un perfil determinado, pero hay varios signos en los que se puede encuadrar a un trabajador quemado:

- Personas inseguras, conformistas, que suelen sufrir ansiedad ante situaciones estresantes.
- Personas muy perfeccionistas y con baja autoestima también son más propensas a padecer SQT.

Las empresas tienen que estar evaluando constantemente las situaciones del trabajador y tomar las medidas pertinentes:

- Equilibrando las funciones de sus trabajadores y no sobrecargar al personal con más trabajo del que pueda soportar, pues puede producir estrés y ansiedad.
- Dar al trabajador todo lo necesario para el desempeño de su trabajo.
- Flexibilizar los horarios de trabajo para no saturar al trabajador.
- Ayuda psicológica, si lo precisaran.
- Formación e integración de los trabajadores que se incorporaran o cambien de servicio.

Individualmente tenemos que planificar el día de trabajo e identificar los factores que nos provocan estrés, tristeza o pensamientos negativos.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Burnout es pues una respuesta al estrés laboral que se caracteriza por sentimientos negativos hacia los compañeros y el propio trabajo del profesional. Repercute directamente, no solo en la salud de los trabajadores que lo padecen sino también en la calidad asistencial que se presta, en el trato al paciente y en la eficacia y el buen desarrollo del trabajo, directamente relacionado con el bienestar y la salud de las personas. Un alto nivel de inteligencia emocional se correlaciona positivamente con niveles bajos de estrés y de SQT. Una inteligencia emocional alta se relaciona con resoluciones de problemas, empatía, motivación, toma de decisiones, entusiasmo, capacidad de comunicación, todo ello fundamental para superar una situación de estrés.

Para concluir, entendemos que mediante la inteligencia emocional se desarrollan características fundamentales en el trabajo del personal sanitario.

6 Bibliografía

1. García-Carmona, R.M. y Robles- Ortega, H. (2011). Personalidad resistente y sentido de coherencia como predictores del Bournout en personal sanitario. Ansiedad y Estrés.
2. Flórez Lozano JA. Síndrome de estar quemado. 1ª ed. Barcelona: Edika med; 1994.
3. <https://mdcmagazine.com>
4. <https://es.slideshare.net>

Capítulo 313

ALTERACIONES EN LA TIROIDES POR CARENCIA DE YODO

HENAR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La glándula tiroides es una glándula endocrina con forma de mariposa situada en el cuello, por delante de la parte superior de la tráquea. Está formada por dos lóbulos laterales y un istmo. Cada lóbulo lateral tiene 5 cm de longitud, 3-4 cm de anchura y 2-3 cm de profundidad. En un adulto sano, la tiroides pesa 15-20 g. Produce dos tipos de hormonas:

- Hormonas que contiene yodo: T3 y T4.
- Hormona calcitonina.

Su función principal es concentrar yodo y sintetizar, almacenar y segregar hormonas tiroideas. Para la síntesis necesita, además de yodo, el aminoácido tirosina. El yodo, que es esencial para la síntesis de la hormona tiroidea, entra en el organismo a través del agua y los alimentos (las necesidades diarias de yodo son de 100-200 microgramos al día) y se elimina por las heces y la orina.

Entre otras funciones y procesos fisiológicos, la acción de la glándula tiroides se relaciona con la sensibilidad de nuestro organismo al frío, la temperatura y el desgaste corporal, la frecuencia cardíaca, la vitalidad mental, emocional y física y, en los niños, en el desarrollo intelectual y de la talla. Los trastornos que la afectan no suelen entrañar un riesgo directo para la vida, pero sí pueden comprometer su calidad, por su impacto sobre la salud general.

2 Objetivos

- Observar cómo afecta el yodo en la tiroides.
- Conocer la manera de influir en el funcionamiento de la tiroides desde el consumo de yodo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, como: Histología humana de Stevens y Lowe y Wheater de Elsevier. 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 yodo es un elemento necesario para la producción de hormona tiroidea. El cuerpo no produce yodo, por lo que es un componente esencial en la dieta. Si el organismo no tiene suficiente yodo, no podrá producir suficiente hormona tiroidea. Por lo tanto, la deficiencia de yodo puede producir:

- Agrandamiento de la tiroides (para intentar captar más yodo, Bocio).
- Hipotiroidismo.
- Retraso mental en los infantes y en los niños cuyas madres tuvieron deficiencia de yodo durante el embarazo.

Antes de los años 20, la deficiencia de yodo era común, debido a las dietas pobres en yodo.

El tratamiento de la deficiencia de yodo, con la introducción de la sal yodada ha eliminado virtualmente el llamado “cinturón de bocio”. Sin embargo, muchas otras partes del mundo no tienen suficiente yodo disponible en su dieta y la deficiencia de yodo continúa siendo un importante problema de salud pública globalmente. Aproximadamente el 40% de la población mundial continúa estando con riesgo de insuficiencia de yodo. Al igual que con muchas otras enfermedades, es mejor prevenir el problema que tener que tratarlo. En los últimos 80 años, se han hecho esfuerzos a nivel mundial para tratar de eliminar la deficiencia de yodo. De hecho, la eliminación de la deficiencia de yodo ha sido una de las metas principales de la Organización Mundial de la Salud.

La sal yodada ha sido una de las bases principales del tratamiento de la deficiencia de yodo a nivel mundial. Inyecciones de aceite yodado se han utilizado

ocasionalmente en regiones del mundo donde no es posible el uso extensivo de la sal yodada. La yodación de los suministros de agua también ha sido efectiva en algunos otros lugares.

La deficiencia de yodo gestacional se ha asociado con una mayor incidencia de abortos espontáneos, alumbramiento de mortinatos, defectos congénitos y retraso mental.

5 Discusión-Conclusión

La práctica médica a través de la evidencia científica ha demostrado que la deficiencia de micronutrientes, particularmente la carencia de yodo son consecuencia de afecciones en el desarrollo intelectual, la calidad de vida y en ocasiones pueden favorecer la ocurrencia de muerte temprana en poblaciones afectadas. En la última década, se han comparado estas manifestaciones con el extremo más alto de un iceberg epidemiológico de importante dimensión. Según la OMS el déficit de yodo sigue siendo la principal causa de retraso mental y parálisis cerebral evitable en el mundo, afectando en mayor o menor medida al desarrollo y bienestar de aproximadamente la quinta parte de la población mundial.

Se podría sacar, por tanto, en conclusión que la falta de yodo en el organismo afecta tanto en edad perinatal como en edad avanzada y no solo a la tiroides.

Se podría añadir también que la mejor manera de prevenir es incluirlo en la dieta en forma de sal yodada.

6 Bibliografía

1. Scielo.
2. Stevens y Lowe (p.269 - p.272).
3. Wheeler (p. 323 - p.327).
4. Asociación Americana de tiroides.

Capítulo 314

OCLUSIÓN DENTAL Y MALOCCLUSIÓN

LUCIA GONZALEZ LUCENA

1 Introducción

La oclusión es considerada de gran importancia para la salud oral, se refiere a la relación en la que se engranan los dientes de la arcada superior con los de la arcada inferior de la boca. Si este engranaje no es el adecuado, hablaremos de maloclusión.

La maloclusión puede afectar a la masticación, al desarrollo del lenguaje, a la fonación, a la respiración, a la articulación de la mandíbula y a la estética, por ello, es imprescindible un diagnóstico temprano y contar con los especialistas que se encargan de ello.

El odontopediatra, que se indica en niños con dentición decidua o mixta y el ortodoncista, en los casos de dentición permanente después de los 12 años.

La maloclusión no siempre se puede prevenir, pero en la mayoría de los casos se puede tratar. Para ello, necesitaremos realizar un examen clínico detallado y acompañado de fotografías, radiografías y modelos de la boca del paciente.

En el presente capítulo se desarrollarán las causas y los posibles tratamientos, así como, la clasificación de las maloclusiones dentales, esta es la clasificación de Angle, que es la más utilizada por los profesionales, ya que es sencilla y práctica. Data de 1899 y aún está vigente.

2 Objetivos

- Exponer las causas y los tratamientos de las maloclusiones dentales.

- Explicar los diferentes tipos de maloclusiones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de información en libros, se han consultado artículos científicos y se han expuesto conocimientos adquiridos debido a mi larga trayectoria laboral.

4 Resultados

La maloclusión dental afecta al 85% de la población, según la Organización Mundial de la Salud, y esta tiene que ver con la forma en que los dientes están situados y afecta a la mordida.

La oclusión es correcta cuando todos los dientes están alineados y las relaciones con sus vecinos y opuestos son adecuadas.

La boca está compuesta por dos arcadas: una superior y otra inferior. Ambas están relacionadas con sus maxilares.

Hablamos de protrusión cuando la arcada inferior está adelantada en relación a la arcada superior, y de retrusión en caso de que esté atrasada.

La maloclusión puede deberse tanto a una mala posición de los dientes con referencia a su arcada, como a un problema originado en el tamaño de los huesos maxilares y los dientes o a una combinación de ambas, produciendo un apiñamiento dental.

Las causas de la maloclusión pueden deberse a factores generales y a factores locales.

Factores generales:

- Genética.
- Medio Ambiente.
- Defectos congénitos (labio leporino, paladar hendido).
- Problemas nutricionales.
- Hábitos anormales (hábitos de succión del dedo o uso prolongado del chupete).
- Aberraciones funcionales (trastornos en la deglución, interposición lingual o labial, respiración oral, amígdalas o rinitis).
- Posturas.
- Traumas y accidentes.

Factores locales:

- Anomalías en el número de dientes (supernumerarios o ausencias congénitas).
- Anomalías en el tamaño de los dientes (macrodoncia o microdoncia).
- Anomalías en la forma de los dientes (conoidismo, cúspides y tubérculos accesorios, diente invaginado, perlas del esmalte).
- Frenillo labial anormal y barreras mucosas que pueden formar diastemas.
- Pérdida prematura de dientes.
- Retención de dientes.
- Erupción tardía.
- Erupción ectópica o heterotópica.
- Anquilosis.
- Caries.
- Restauraciones inadecuadas.

Diagnosticar y tratar cuanto antes un caso de maloclusión severa, puede transformarla en un caso leve si se hace con tiempo.

Para conseguir un diagnóstico temprano hay que fijarse en:

- Antecedentes familiares.
- Corregir hábitos inadecuados (chupete, chupar dedo).
- Contar con alergólogos u otorrinolaringólogos en casos de hipertrofia adenoides y amígdalas o rinitis alérgica.
- Colocar mantenedores de espacio cuando hay pérdida dental prematura.
- Mantener buena higiene oral y dieta equilibrada para evitar caries.

En etapas tempranas, suele ser necesario colocar un aparato dental para estimular el crecimiento del hueso, mantener espacios cuando se hayan perdido dientes o para corregir hábitos, estos son tratamientos ortopédicos. Pueden ser retenedores, klamt, mantenedores de espacios, rejilla lingual...

La ortodoncia está indicada para el movimiento de los dientes.

Las maloclusiones pueden clasificarse.

Clasificación de angle:

Se basa en la posición del canino y del primer molar en relación a sus contrapartes.

- Cl I: es la oclusión deseada y a la que se aspira en todos los tratamientos, se caracteriza porque todos los dientes encajan perfectamente unos con otros.
- Cl II: Retrognatía. La arcada superior se encuentra más adelantada que la inferior. Se asocia con pacientes que respiran mucho por la boca o con hábitos linguales o de succión.

- Cl III: los molares inferiores están muy adelantados y no encajan con sus molares superiores correspondientes. Se encuentra una protrusión ósea mandibular, retrusión maxilar o una combinación de ambas.

Clasificación según los planos de ubicación:

- Maloclusiones transversales: alteraciones en el ancho de los maxilares o a la inclinación de los dientes.
- Maloclusiones verticales: se refieren a la distancia en mm en sentido vertical de la cantidad del diente que cubre o espacio entre ellos medido desde el borde de los incisivos centrales superiores con relación al borde de los incisivos centrales inferiores.
- Maloclusiones sagitales: mesioclusión y distoclusión en relación al plano sagital.

5 Discusión-Conclusión

El papel que desempeña el equipo profesional, en una clínica dental, es básico a la hora de diagnosticar una maloclusión, prevenirla y tratarla.

El higienista, esencial en la prevención, educa al paciente en cuanto a higiene, hábitos y dieta adecuada, mientras que el odontólogo se encargará de derivarlo al especialista indicado en función de la edad y dentición del paciente. Sin embargo, la falta de diagnóstico en caso de que el paciente no acuda a la consulta o una falta de prevención por parte del equipo profesional, puede perjudicar al paciente ya que el porcentaje de éxito del tratamiento será más bajo.

6 Bibliografía

1. Manual Práctico de Oclusión Dentaria. Editorial Amolca. Arturo E. Manns Freese - Jorge L. Biotti Picond.
2. www.colgate.es
3. www.higienistavitis.es

Capítulo 315

ESTUDIO RADIOLÓGICO DE LA MAMA Y LA IMPORTANCIA DEL TSID EN SU REALIZACIÓN

MARTIN LOPEZ GARCIA

1 Introducción

La mama es un órgano formado por tejido conjuntivo, grasa y tejido mamario, contiene glándulas, las cuales producen leche materna.

El cáncer de mama se clasifica en in situ e infiltrante, esto depende si atraviesa o no la membrana basal de la célula. El cáncer de mama es el segundo tumor maligno después del cáncer de pulmón y afecta mayoritariamente a las mujeres. Surge generalmente en una etapa de la vida la cual constituye un problema médico y económico de muchísima importancia.

En la mamografía de mama se obtienen imágenes radiológicas bidimensionales en pacientes bien con indicios de un cáncer o sin sintomatología. Por protocolo se hacen screening de mama a dosis bajas para poder detectar de forma temprana el cáncer si lo hubiera antes de que se presenten síntomas, ya que es más fácil de tratar en este período temprano que cuando ya existen síntomas como bultos a la palpación o haya otros síntomas más peligrosos. De todas formas si aparece algún pequeño bulto se puede utilizar de manera complementaria la ecografía para diferenciar masas sólidas de quísticas.

Aquí es donde el técnico de Rayos debe ser muy hábil para poder obtener resultados óptimos y de calidad para un buen diagnóstico, al mismo tiempo tiene que tener una relación afable con el paciente para poder calmarlo, ya que es una prueba un tanto incómoda.

Como toda técnica exploratoria, se deben mantener las oportunas medidas de higiene con cambios de guantes y lavado de manos.

2 Objetivos

Los objetivos principales es conocer el estudio radiológico de la mama y la importancia del TSID en este tipo de pruebas.

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 partir de los dieciocho años y en la menopausia, la mujer tiene que hacerse una autoexploración:

Delante del espejo, con los brazos de lado, en la cintura y en la nuca, mirando si hay cualquiera alteración en la piel, lunares, manchas, etc.

Decúbito supino con el brazo de la mama a explorar detrás de la nuca, y los dedos de la otra mano palpando en círculos concéntricos del exterior hasta el pezón observando no encontrar nada sospechoso y que el pezón esté libre.

El TSID para realizar las mamografías tiene que seguir la pautas siguientes:

1. Debe informar al paciente sobre la prueba y en qué consiste, antes de la prueba le hará un cuestionario: datos personales, médico que la solicita, estudios previos, síntomas, patologías previas, tratamientos hormonales, medicación, fin de la última regla (ya que la fecha ideal es una semana después de la regla). Además, se debe avisar a la paciente que no lleve cremas, lociones o desodorantes en el momento de la prueba.

2. Durante la prueba el Técnico avisará a la paciente que se saque todo tipo de cadenas, relojes, todo objeto metálico. Si el paciente sufre un mareo el Técnico acudirá rápidamente a prestarle ayuda y avisará al médico si fuera necesario.

Los exámenes que se realizan son:

- Mamografías de seguimiento para pacientes asintomáticas que detectan de forma precoz el cáncer de mama.
- Mamografías de diagnóstico para pacientes con riesgo o que se ha detectado algún síntoma, como las de seguimiento que se les detectó alguna lesión.

Proyecciones en mamografías rutinarias:

- Proyección cráneo-caudal: el paciente frente al mamógrafo sin angulación.
- Oblicua-medio-lateral: paciente de lado, apoya la axila en la parte superior del portamamas, se le hace girar hacia el interior, sosteniéndole la mama y sin mover el hombro comprimimos la mama y parte de la axila.

Hay proyecciones auxiliares que se utilizan como complementarias cuando son necesarias a las rutinarias como:

- Proyección de valle: se realiza a ambas mamas a la vez, cuando las alteraciones se encuentran en el área medial de las dos.
- Latero-Medial : cerca del esternón.
- Cola de la axila: como su nombre indica para ver la parte de la cola de la axila.

Además de todas estas hay otras mamografías de localización para localizar y observar algunas características de lesiones ya existentes:

- Proyección magnificada: Para aumentar la lesión, muy útil en microcalcificaciones.
- Localizada: Para ver los bordes de la lesión y si se trata de una sola masa o de varias.
- Rotando la mama.
- Para adelante.
- Visualización de lesiones cutáneas.

Ecografía se utiliza como un complemento para masas palpables no vistas en la mamografía, como guía de punción y localización pre quirúrgica de lesiones.

Estereotaxia: Técnica radiológica tridimensional.

Termografía: Se basa en el calor que desprende un cuerpo para ver imágenes dentro de un mapa calorífico.

Resonancia Magnética: se realiza en estudios preoperatorios del cáncer de mama para ver la extensión del mismo.

Tomografía por Emisión de Positrones (PET): técnica no invasiva que permite el estudio de todo el cuerpo de una sola vez, pudiendo detectar no solo la lesión en la mama sino otras si existiesen.

5 Discusión-Conclusión

La finalidad es familiarizar al TSID con los distintos exámenes que se pueden realizar a un paciente con una patología mamaria. El Técnico tiene que estar adiestrado en la realización de las mismas y suficientemente capacitado para la comunicación con los pacientes. Es importante tranquilizar al paciente y explicarle que el hecho de realizar más exámenes no implica que tenga un carcinoma, sino que es para asegurar su diagnóstico en caso de duda.

La mamografía sirve para detectar precozmente el cáncer de mama en un 90% de los casos. Se ha podido demostrar que, gracias a las campañas de diagnóstico precoz de esta enfermedad, la mortalidad ha disminuido de una forma significativa, sobre todo en la edad de mayor incidencia, por encima de los 50 años.

6 Bibliografía

1. Manual de radiología mamaria, Ed. Panamericana, 2016.
2. Medlineplus.gov
3. Sedim.es
4. www.radiologyinfo.org

Capítulo 316

BENEFICIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y VENTAJAS PARA EL USUARIO Y/O PACIENTE

MARIA BLANCA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Los servicios que se prestan en un centro de salud equivalen al concepto de atención primaria donde un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que atienden a la denominación de “equipo de atención primaria” llevan a cabo labores de atención básicas para poder garantizar a los usuarios una atención sanitaria adecuada lo largo de toda la vida del paciente. Comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y restauración de la salud, así como todo lo relacionado con la rehabilitación para la recuperación física. El personal que trabaja en un centro de salud puede ser sanitario, o no sanitario, en el que se incluyen médicos de familia, pediatras, enfermeras, matronas, odontólogos, higienistas dentales, auxiliares de clínica y personal administrativo entre otros como bien pudiera ser el trabajador social. El equipo de atención primaria trabaja en un territorio de actuación que se denomina “zona básica de salud” y atiende a una zona demográfica estipulada geográficamente con un número de pacientes que ha de estar entre los 5000 y los 25000. El efecto de la atención primaria es rápido y necesario para prevenir la evolución de la enfermedad y los efectos de las lesiones sobre todo en edades tempranas. Asimismo en los centros de salud se atienden urgencias tanto presenciales como domiciliarias.

2 Objetivos

Describir las funciones del centro de salud y equipos de atención primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones de los centros de salud y los equipos de atención primaria son el desarrollo de la asistencia sanitaria tanto de manera preventiva, como en lo referente a cuidados de enfermería y rehabilitación, actuando bajo unas normas organizativas y responsables en lo referido a la gestión de los recursos y de la buena práctica clínica, siendo el máximo responsable el gerente a la hora de realizar una correcta planificación del presupuesto. El bienestar y la salud son dos pilares básicos y fundamentales en nuestra vida, tener acceso a una atención primaria eficiente y de calidad nos garantiza la seguridad y comodidad necesarias cuando a lo largo de nuestra vida nos encontramos ante algún problema de salud o emergencia, como bien puede ser cualquier tipo de accidente doméstico que requiera asistencia inmediata de enfermería. Así mismo la atención primaria también ofrece servicios de calidad a enfermos terminales con la aplicación de medicina paliativa, a enfermos crónicos con el seguimiento en los centros de salud, además del servicio de pediatría y medicina de urgencia extra-hospitalaria. Por lo tanto, cabe señalar que disponer de un centro de salud próximo a nuestro lugar de residencia nos garantiza tener a nuestra disposición a un gran número de profesionales que nos aseguran el bienestar de nuestra salud y la de nuestra familia y seres queridos. A través de los centros de salud también podemos realizar labores administrativas como bien puede ser solicitar cita previa para diferentes especialistas (por ejemplo ginecología, traumatología u oftalmología) o la tramitación de documentos sanitarios. Asimismo la atención primaria tiene un gran número de beneficios, es interesante destacar el hecho de disponer de los profesionales adecuados para poder tener un diagnóstico temprano y a la vez poder prevenir múltiples enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

Tener un buen médico de atención primaria ha sido relacionado con múltiples beneficios para nuestra salud como bien puede ser la continuidad en la atención que le permite al doctor desarrollar un panorama completo del paciente para poder diagnosticar las enfermedades más certeramente a la vez que le permite al profesional tener mejor manejo de los medicamentos, pudiendo recomendar cambios en los mismos en beneficio del paciente y de su salud. Al mismo tiempo al mantener un contacto directo con el médico de atención primaria se reducen mucho los tiempos porque el profesional conoce el historial del paciente e incluso le podría solucionar dudas telefónicamente para situaciones que no requieren visitas presenciales. También es importante señalar que el doctor nos puede en todo momento recomendar cambios en nuestro estilo de vida para conseguir prevenir enfermedades y reducir riesgos, basándose en la cercanía y la comunicación. Todo este conjunto de circunstancias nos hace considerar a la atención primaria como el eje principal de nuestro sistema sanitario de salud pública. La atención primaria de la salud solo es posible si se basa en los principios de respeto a los derechos humanos, la equidad y la justicia social, todo ello considerando la salud como derecho fundamental.

6 Bibliografía

1. Asismed-L. Asistencia Médico legal.
 2. Atención primaria de salud, <https://saludpublica1> <http://www.asturiasparticipa.es>.
 3. Proyecto de decreto por el que se regula la organización y el funcionamiento de Equipos de Atención Primaria del Servicio de salud del Principado de Asturias.
 4. <https://elsevier.es>.
- La atención primaria en salud como eje del sistema público sanitario. <https://minsalud.gov.co>.
- Atención Primaria en Salud.

Capítulo 317

ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN EL EMBARAZO

MARIA BLANCA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La odontología preventiva es la que se ocupa de vigilar el medio oral y así poder prevenir cualquier enfermedad. Para ello es necesario que el paciente acuda a visitar al odontólogo cada cuatro o seis meses, para poder corregir si fuera necesario, las técnicas de cepillado e higiene. La odontología preventiva se aplica desde el nacimiento, incluso antes de que nazca el primer diente, es muy importante que los niños, desde bebés, acudan a sus revisiones para perder miedos y coger hábitos, además de aprender a cepillarse los dientes de manera correcta después de las comidas.

A lo largo del embarazo se producen una serie de cambios hormonales que favorecen la inflamación de las encías, con tendencia al sangrado, es decir, suele ser habitual la aparición de la gingivitis. No podemos controlar los cambios hormonales, pero sí podemos intentar que no se agraven, procurando realizar un cepillado correcto para eliminar al máximo la placa bacteriana y mantener nuestra boca libre de sarro realizando limpiezas cuando el odontólogo lo recomiende. Estos problemas en las encías suelen verse reducidos tras el parto. Debemos mantener un contacto directo con la higienista durante el embarazo para asegurar nuestra salud y la del feto y evitar cualquier complicación.

2 Objetivos

Describir el procedimiento durante el embarazo, de visitas al odontólogo.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de portales de internet y una búsqueda de artículos médicos y científicos en publicaciones revisadas. También se ha realizado una investigación y lectura de varios libros sobre salud oral.

4 Resultados

Es bastante frecuente que las mujeres embarazadas presenten miedo a la hora de acudir al dentista, debido a la multitud de leyendas urbanas que se escuchan. Debemos tener claro que cuando una mujer planea quedarse embarazada debe realizarse una revisión previa por parte del dentista, hay ciertos tratamientos que es preferible realizarlos antes del inicio del embarazo.

El periodo de gestación se divide en tres trimestres, durante el primer trimestre es preferible no realizar radiografías rutinarias. Solamente se realizarán en el caso de que sean estrictamente necesarias y siempre utilizando un delantal de protección. En este trimestre el tratamiento se limitará a realizar una profilaxis en los casos en los que sea necesaria.

En el segundo trimestre será el momento de atacar patologías activas como caries, en este trimestre ya está completada la organogénesis y se reducen los riesgos para el feto, además el volumen de la barriga aún no es demasiado molesto y le permite a la paciente mantener una posición cómoda en el sillón para realizar los tratamientos.

En el tercer trimestre, la comodidad del paciente y el riesgo de parto prematuro nos hace reducir los tratamientos salvo que tengan que realizarse de urgencia, se retrasarán hasta después del parto, realizando solamente profilaxis en el caso de que sea necesario y siempre atendiendo a la colocación de la paciente en el sillón, de la manera más cómoda para ella. En este tercer trimestre también se le darán a la futura mamá las recomendaciones para mantener la salud oral del niño desde el primer día de vida. Los padres deben conocer los instrumentos que existen para poder realizar una correcta higiene al bebé desde el nacimiento del primer diente y supervisar la higiene a medida que el niño crece y va siendo autónomo.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad es la matrona la encargada de derivar a la gestante al área de odontología, allí se le realizará un seguimiento del embarazo para intentar, en la

medida de lo posible, que los cambios hormonales que sufren las mujeres durante el embarazo, afecten lo menos posible en su salud oral. Las alteraciones más frecuentes que se producen durante el embarazo son la gingivitis y la caries, estas dos patologías han de ser tratadas en el momento adecuado del embarazo, para que no afecten a la salud del bebé. Las recomendaciones que podemos dar a la embarazada para mantener la boca lo más sana posible en su estado y prevenir complicaciones son:

- Realizar un cepillado correcto al menos tres veces al día, insistiendo en el de la noche, antes de acostarse, que se considera el más importante.
- Usar hilo dental para completar la higiene en las zonas interdetales.
- En el caso de que el paciente utilice prótesis removibles lavarlas con un cepillo de prótesis y quitarlas durante la noche para dejar descansar los tejidos.
- Mantener una alimentación sana y reducir el consumo de dulces y golosinas, sobre todo pegajosas.

Establecer hábitos durante el embarazo y mantener una adecuada higiene oral, es fundamental para el bien estar de la gestante y del feto.

6 Bibliografía

1. <https://www.colgate.com>

Cuidado bucal durante el embarazo.

2. Embarazo y salud bucodental (actualizado en 2019), <https://www.odontologíapediátrica.com>.

3. La salud dental durante el embarazo, <https://nacersano>.

4. Dentaïd profesional. Ayuda a tus pacientes embarazadas a minimizar los riesgos en su salud bucal.

5. Dentaïd profesional. Alimentación y salud bucal durante el embarazo. Salud bucal en el embarazo una prioridad. SEPA.

Capítulo 318

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

LUCIA GONZALEZ LUCENA

1 Introducción

El periodonto es el conjunto de estructuras que van a servir de base al diente para que este quede fijo a su alveolo. Lo forman la encía, el hueso alveolar, el ligamento periodontal y el cemento radicular.

Cuando el periodonto se inflama puede causar daños en su estructura y provocar gingivitis y periodontitis.

La gingivitis es la inflamación, irritación y enrojecimiento de la encía que rodea el diente. Es una enfermedad frecuente y leve de las encías y es reversible. Sin embargo, la periodontitis es una infección grave y se produce cuando ya se destruye el hueso que sostiene a los dientes.

Para tener periodontitis hay que pasar previamente por tener gingivitis y no es reversible, ya que el hueso destruido o perdido no vuelve a recuperarse, pero con el tratamiento adecuado puede detenerse o ralentizarse la enfermedad para no perder más hueso.

Tanto la gingivitis como la periodontitis pueden prevenirse de forma sencilla y también pueden tratarse. El tratamiento puede ser desde una sencilla limpieza bucal en la consulta junto a unas instrucciones de higiene y la colaboración del paciente, como un raspado y alisado radicular, más conocido actualmente por Full mouth disinfection, o también en los casos más graves se puede precisar cirugía o la extracción de la pieza dental.

2 Objetivos

- Exponer causas, prevención y tratamiento de la enfermedad periodontal.

- Explicar la importancia de la higienista dental en la prevención y el mantenimiento tras el tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica ya existente. Se ha realizado una búsqueda de información en libros, se han consultado artículos científicos y se han expuesto conocimientos adquiridos debido a mi larga trayectoria profesional.

4 Resultados

Una encía sana es delgada y fina, con ausencia de signos de inflamación, el color es rosa pálido y no hay presencia de sangrado.

La gingivitis causada por placa bacteriana es la forma más habitual de gingivitis. El contorno regular y firme de la encía se vuelve más redondeado con un grado variable de edema o fibrosis. El surco puede hacerse más profundo debido a la formación de pseudo bolsas. El sangrado al sondaje nos indica que se está produciendo inflamación. En pacientes de piel clara, que la encía es color rosado cambia a rojo o rojo-azulado, mientras en pacientes morenos no se nota tanto el cambio.

Las alteraciones hormonales de mujeres embarazadas pueden provocar gingivitis a partir del tercer mes de gestación, cuando además hay presencia de placa en la cavidad oral. También la pubertad, el ciclo menstrual y la ingesta de contraceptivos suponen cambios hormonales que pueden influir en la aparición de la gingivitis.

Favorece su aparición también la respiración oral y está acompañada de un aumento del volumen de la encía.

En el caso de personas fumadoras les afectan más las enfermedades periodontales, aunque, es más difícil detectar, ya que no suelen presentar sangrado.

Una característica de la gingivitis es la reversibilidad de la lesión tras la eliminación de la placa, mediante una limpieza bucal profesional y una buena higiene oral del paciente.

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria que afecta a los tejidos de soporte del diente y que de no ser tratada a tiempo y adecuadamente puede causar la pérdida de los dientes.

Para el diagnóstico de la periodontitis no basta con una exploración visual, necesitamos realizar un estudio periodontal completo que consta de una serie radiográfica y de sondajes periodontales, pudiendo complementarse con fotos y una ortopantomografía.

La profundidad de sondaje normal en estado de salud es de 0 a 3 mm. A partir de ahí, hablamos de bolsas periodontales que pueden ser:

- Pseudo bolsas: provocadas por un agrandamiento de la encía y en donde no hay migración apical.
- Bolsas periodontales: se produce migración apical del epitelio de unión y pérdida de hueso.

Una vez realizado y analizado el estudio periodontal podremos tener un diagnóstico.

La periodontitis presenta diferentes formas y grados:

Formas:

- Periodontitis crónica: que suele darse en adultos por encima de 30 años con progresión lenta pudiendo darse brotes agudos.
- Periodontitis agresiva: puede presentarse a cualquier edad. Puede ser localizada o generalizada.

Grados:

- Periodontitis inicial: bolsas de 4-5 mm, pérdida ósea radiográfica inferior a 1/3 de la longitud de la raíz, no hay afectación de furcas, no hay movilidad.
- Periodontitis moderada: bolsas de 5-6 mm, pérdida ósea radiográfica entre 1/3 y 2/3 de la longitud de la raíz, afectación mínima de la furca y movilidad evidente en dientes anteriores y menor en molares.
- Periodontitis avanzada: bolsas superiores a 6 mm, pérdida ósea superior a 2/3 de la longitud de la raíz, afectación importante de las furcas y movilidad importante en todos los dientes.

La prevención de la periodontitis consiste en el tratamiento de la gingivitis y su cura pasa por el tratamiento periodontal y el mantenimiento posteriormente.

Es importante informar al paciente de que la enfermedad periodontal es crónica, y necesitará control y mantenimiento de por vida. Se dan instrucciones de higiene que deberá de seguir meticulosamente, para ello el higienista dental le ofrecerá las mejores alternativas según las condiciones específicas del paciente. Tras el tratamiento periodontal hay que hacer una nueva valoración a las seis semanas con unos nuevos sondajes y, de haber sido eficaz, la profundidad de bolsa al sondear debe disminuir notablemente.

Tras todo esto es esencial programar unos mantenimientos adecuados, que constarán de limpiezas bucales cada 3, 4 o 6 meses, en función de lo que tarde en

inflamarse la encía y sondajes en cada visita para poder comparar con los valores previos, además de volver a instruir al paciente con las técnicas de higiene oral y cambiarlas en caso de no ser efectivas.

5 Discusión-Conclusión

La prevención de la enfermedad periodontal es fácil y sencilla, ya que se trata de instruir al paciente desde el primer día que acude a la consulta con las técnicas adecuadas de higiene oral, uso de seda dental, cepillado, enjuagues u otros utensilios como irrigador dental, cepillos interproximales, etc.

Si el paciente acude a la consulta con gingivitis con esas instrucciones y una limpieza bucal profesional haremos que se revierta la enfermedad, pero si ya acude con periodontitis debemos explicarle que es una enfermedad crónica y depende él/ella y de los cuidados en la clínica dental de que no lleguemos a estadios más graves de la enfermedad y que no es reversible.

6 Bibliografía

1. Manual de Higiene Bucal. SEPA. Editorial Médica Panamericana.
2. Colgate Formación.

Capítulo 319

HIGIENE DE MANOS EN EL LABORATORIO CLINICO

CARIDAD ARROYO MARTIN

1 Introducción

Dentro del laboratorio clínico, la higiene de manos es una de las medidas más importantes para prevenir y controlar las infecciones que pueden contraer y propagar los profesionales sanitarios. La OMS organización mundial de la salud ha realizado una guía completa para la higiene de manos habitual, diferenciando entre otros conceptos la higiene de manos en sus distintas modalidades y la desinfección de las mismas. La higiene de manos es una acción que puede realizarse de forma sencilla, siendo fundamental en el control de la propagación de infecciones, si se realiza de forma eficaz. Para ello la OMS lanzo una campaña estableciendo el 5 de MAYO DE 2021 como "día mundial de la higiene de manos".

En este capítulo se explicarán con detalle las diferentes técnicas recomendadas por la organización mundial de la salud para que la higiene de manos sea optima e impulsar su uso como técnico de laboratorio. Para desarrollar las técnicas en su uso profesional dentro de laboratorio. Precizando porque es importante realizar la higiene de manos, así como y cuando realizarla, cuanto tiempo emplear en dicha acción, que productos recomiendan utilizar en cada circunstancia. Con la finalidad de resaltar los beneficios que implica tanto a los profesionales sanitarios, como a los pacientes y a su entorno, y en general al ámbito hospitalario.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Informar de la técnica de la higiene de manos publicada por la OMS.

Objetivos secundarios:

- Exponer la importancia del método correcto a la hora de realizar la higiene de manos.
- Mostrar como evitar los errores que restarían eficacia en el proceso de la higiene de manos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La Organización Mundial de la salud ha publicado una guía completa de lavado, así como también de la desinfección de las manos. Recomendando además de la forma adecuada de realizarlo, los tiempos y productos idóneos para cada caso, que se describen a continuación:

- Lavado de manos habitual: cuando las manos se aprecian a simple vista con suciedad se recomienda un lavado con agua y jabón que dure entre 30 y 60 segundos. La OMS ha publicado una guía que consta de 10 pasos para realizar dicha higiene.
 - Lavado por fricción/ desinfección: cuando las manos se consideran limpias o después de haber completado la higiene habitual con agua y jabón la OMS ha publicado una guía de 5 pasos para desinfectar las manos con una base alcohólica que no será inferior a 30 segundos.
 - Lavado de manos quirúrgico: en este procedimiento se lavarán manos y antebrazos no en un tiempo inferior a dos minutos y con antiséptico.
 - Las manos se secarán con un material de un solo uso y con ese mismo material cerraremos el grifo para no contaminar la mano de nuevo.
 - Es conveniente que al realizar el lavado de manos retiremos anillos pulseras o cualquier otro material que pudiera servir de reservorio a los microorganismos.
- Este conjunto de normas que vienen establecidas en las guías publicadas por la OMS, son fundamentales para la correcta higiene de las manos y que esta sea

eficaz.

Respecto a las funciones del técnico del laboratorio clínico que conllevan la necesidad de una higiene eficaz de manos destacaremos cuándo será importante realizarla, que detallamos a continuación:

- Siempre antes de una jornada laboral y al finalizarla.
- Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
- Inmediatamente al finalizar una manipulación con muestras biológicas.
- Al iniciar y al finalizar la práctica se lavará con agua y jabón evitando llevarse las manos a la boca a los ojos o la nariz.
- El procedimiento de lavarse las manos también evitará contaminar las muestras que se manipulen.
- Las manos se deberán lavar antes y después de usar los guantes.

5 Discusión-Conclusión

Hay razones científicamente probadas que demuestran que la higiene de manos evita miles de muertes en el mundo diariamente. Lavarse las manos con agua y jabón elimina los microorganismos y ayuda a prevenir infecciones ya que a través de nuestras manos podemos contaminar los objetos que nos rodean y ser fuente de infección para otras personas que los puedan manipular o incluso a otras manos. Con regularidad las personas se tocan la boca, la nariz los ojos, siendo estos una vía por la que los microorganismos invaden nuestro organismo causando enfermedad.

Por consiguiente, el simple gesto de lavarnos las manos eliminando los microorganismos que están en ellas previenen enfermedades como:

- La diarrea.
- Infecciones respiratorias.
- Enfermedades de la piel y los ojos.

6 Bibliografía

1. Blog de laboratorio clínico y biomédico (internet-citado 20/10/ 2021) disponible en franrzm.com.
2. Seguridad del paciente (internet-citado 20/10/2021) disponible en osieec.osakidetza.eus.
3. Guía de higiene de manos para profesionales sanitarios (internet-citado 20/10/2021) disponible osieec.osakidetza.eus.

Capítulo 320

HIGIENE Y NORMAS DE SEGURIDAD EN EL LABORATORIO CLÍNICO. MINIMIZAR LOS POSIBLES RIESGOS EN EL TRABAJO Y CONOCER LOS ELEMENTOS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTES

BEGOÑA BALBUENA RODRIGUEZ

1 Introducción

Este capítulo quiere recoger las indicaciones necesarias para llevar a cabo un trabajo seguro y eficiente en los laboratorios clínicos. Pretende minimizar al máximo los posibles riesgos que conlleva el trabajo en los laboratorios, manipulando sustancias que pueden ser peligrosas para la salud del trabajador y/o del medio ambiente. Es muy importante adquirir y mantener buenas prácticas de trabajo y disponer del material adecuado en condiciones óptimas, además de contar con unas instalaciones adecuadas para las diferentes tareas que se llevan a cabo en este tipo de laboratorios. Debemos tener claras las pautas a seguir ante determinados accidentes que se puedan producir en un laboratorio, tanto por fallo del personal como por fallo en alguna de las instalaciones o equipos. Todas estas reglas deben estar en conocimiento del personal de los laboratorios y así actuar correctamente ante un accidente de cualquier tipo, vertido o incendio. Para ello debemos formar al personal de laboratorio para que sepan como deben actuar y que equipos se deben usar en cada caso para la protección de los trabajadores

y tan bien de los equipos y las instalaciones. Todo estas medidas conseguirán que el trabajo en nuestros laboratorios sea más seguro y más eficiente en todo momento.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa higiene y normas de seguridad en el laboratorio clínico.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en manuales de seguridad de diferentes universidades de ámbito nacional y del instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. También se ha consultado la ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

4 Resultados

Los laboratorios clínicos han de reunir una serie de condiciones.

- Se debe disponer de elementos de actuación, equipos de protección colectiva como extintores, además de equipos de protección individual (EPIs) .
- Es muy importante el orden y limpieza en el laboratorio, equipos e instalaciones.
- Los residuos de sustancias peligrosas se deben eliminar con rapidez.
- Está prohibido realizar trabajos no autorizados, así como utilizar aparatos e instalaciones sin conocer su funcionamiento.
- No debe trabajar una persona sola cuando se realicen operaciones de riesgo.
- Es muy importante realizar inventario de reactivos para controlar existencias y caducidades.
- Usar recipientes apropiados para cada residuo.
- El personal debe tener mucho cuidado con la higiene de las manos al entrar y salir del laboratorio pero sobre todo si ha tenido contacto con algún producto químico.
- Llevar ropa de trabajo adecuada y el cabello recogido.
- Está prohibido comer, beber y fumar en el laboratorio.
- Se debe evitar el uso de lentes de contacto.
- Revisar el etiquetado y el estado de los materiales utilizados en el laboratorio.
- Usar la cantidad mínima necesaria de reactivo.

- Extremar las precauciones en el trasvase y etiquetado de líquidos.
- Revisar periódicamente los equipos de protección y los desagües.
- Una vez finalizada la tarea, se deberá recoger y limpiar la zona de trabajo.
- Mantenimiento de instalaciones.
- Para evitar accidentes con el material de vidrio. Se debe examinar cualquier material de vidrio. Cuando tengamos que calentar el vidrio, usar una malla metálica entre la llama y el material. Evitar que queden piezas atascadas, utilizando por ejemplo tapones de plástico. Utilizar material protector siempre que sea necesario para la manipulación de elementos de vidrio.
- Para evitar accidentes con la manipulación de pipetas. No debemos pipetear con la boca. Usaremos las peras de caucho y el equipo de protección individual.
- Para evitar accidentes con aparatos con llama. Usaremos encendedores piezoeléctricos. Vigilar la temperatura. Se debe manipular con cuidado los materiales usados en el trabajo.
- Para evitar accidentes en la manipulación de botellas de gases. Muy importante mantener las botellas fijas en su soporte sólido por ejemplo. Disponer de un plan de actuación para casos de fugas e incendio en la boca de la botella y precauciones adecuadas a las características del gas manipulado.
- Para evitar accidentes con la manipulación de equipos eléctricos. Precaución al usar equipos eléctricos, peligro de inflamación o explosión de vapores inflamables, por chispas o calentamiento del aparato eléctrico.
- Para evitar accidentes al trabajar con baños calientes. No llenaremos hasta el borde y aseguraremos la estabilidad del baño. Es muy importante trabajar en una zona con sistema de extracción localizada. Los baños deben de tener termostato de seguridad.
- Para evitar accidentes al trabajar con estufas. Utilizaremos estufas de seguridad cuando manipulemos vapores inflamables y sistema de extracción localizada, y filtros para el calentamiento de sustancias volátiles.
- Para evitar accidentes al trabajar con centrífugas. Debemos repartir la carga y tener un sistema de seguridad que no permite el funcionamiento si la tapa está abierta, mal cerrada o el rotor está en movimiento.
- Para evitar accidentes en los frigoríficos, se debe controlar la temperatura y guardar todo el material bien cerrado.
- Para evitar accidentes al trabajar con instrumental analítico. Seguir en todo momento las instrucciones de uso, los procedimientos en el trabajo y las pautas de seguridad.
- Para evitar accidentes al trabajar con agentes químicos. Especial cuidado con el etiquetado y con la formación del personal sobre la manipulación de agentes

peligrosos. Los agentes químicos los guardaremos en un armario de seguridad con resistencia al fuego.

- Para evitar contagios al manipular agentes biológicos. Se establece procedimientos de trabajo adecuados y planes frente a los accidentes biológicos. Usaremos la señal de peligro biológico y medidas de protección colectiva o individual. Medidas de higiene, de manipulación y transporte de agentes biológicos.

- Se dispondrá de elementos de protección colectiva:

Campanas de extracción de gases.

Cabinas de flujo laminar.

Cabinas de seguridad biológica (CSB).

- Uso de extintores para controlar y extinguir un fuego.

- La definición de los equipos de protección individual (EPIs) sería:

“Cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos, que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.”

Tal como indica la ley de prevención de riesgos laborales. “Los equipos de protección individual deberán utilizarse cuando los riesgos no se puedan evitar o limitarse suficientemente por medios técnicos de protección colectiva o mediante medidas, métodos o procedimientos de organización del trabajo.”

En los laboratorios clínicos se usan los siguientes tipos de EPIs:

Protectores de ojos (gafas de seguridad).

Protectores de manos (guantes: PVC, PVA, nitrilo y látex).

Protectores de las vías respiratorias (mascarillas).

Protectores de la totalidad del cuerpo (batas y delantales).

- Se debe seguir las recomendaciones del manual operativo de residuos de los laboratorios para una correcta gestión de residuos.

- Procedimientos de primeros auxilios y emergencia. Tiene como objetivos:

Prevenir el riesgo de incendio.

Garantizar la evacuación y la intervención inmediata.

Hacer cumplir la ley vigente sobre seguridad.

Facilitar las inspecciones de los servicios de administración.

Preparar la posible intervención de ayudas exteriores en caso de emergencias (bomberos, policía, protección civil).

Además de los aspectos generales del plan de emergencia, que queda reflejado en la norma básica de edificación. Condiciones de protección contra incendios en los edificios, deben contemplarse una serie de situaciones específicas en los laboratorios.

- Actuación en caso de incendios. Una parte muy importante de las instrucciones de seguridad para los laboratorios, estarían destinadas a la prevención y protección contra incendios. Una prevención adecuada y una rápida detección y actuación son factores muy importantes para la reducción del riesgo y las consecuencias de un incendio.

- Actuación en caso de incidente. La rápida actuación en caso de accidente es primordial para evitar muertes, heridos o el empeoramiento de la situación. En el caso de un vertido de sustancias químicas o biológicas, es muy importante poner en marcha medidas de control de emergencia. Es necesario conocer, tanto las instrucciones generales a seguir, como las específicas de incidentes en los casos de vertido de agentes químicos o biológicos.

Consejos generales:

Mantener la calma.

Evaluar la situación.

No mover al accidentado a no ser que sea imprescindible.

No dar de beber, ni medicar al accidentado.

Proteger al accidentado.

Avisar de forma inmediata al facultativo responsable del Área, Supervisión enfermería y al director de la unidad, proporcionando toda la información sobre el incidente.

- En el caso de pequeños cortes. Tenemos que lavar la zona con agua y jabón. Colocar una gasa limpia en la herida.

- En el caso de hemorragias importantes:

Llamar inmediatamente a la unidad de Urgencias del hospital.

Tranquilizar al herido.

Mantener al herido acostado para reducir la posibilidad de desvanecimiento.

No eliminar ningún objeto incrustado.

Ejercer presión en la herida con un vendaje estéril o una gasa limpia.

Si no se controla la hemorragia, elevar la herida sobre el nivel del corazón, si es posible.

Si la hemorragia es importante, elevar las piernas del herido y cubrirle con una manta.

No aplicar torniquetes.

Trasladar al herido, lo más rápido posible, a la unidad de urgencias.

- En el caso de quemaduras térmicas. Lavaremos la zona con agua fría, cubriremos la quemadura con una gasa limpia y acudiremos a la Unidad de Urgencias.

- En el caso de intoxicación digestiva. Evitaremos la acción directa del tóxico, mediante su neutralización o impedir su absorción por el organismo. Se tratarán los síntomas causados por el tóxico. Es muy importante la intervención rápida de la Unidad de Urgencias. No provocaremos el vómito al accidentado si tiene convulsiones o está inconsciente, o bien se trata de un producto corrosivo o volátil.

- En el caso de vertidos.

Se deberá actuar con rapidez para minimizar las posibles repercusiones. Y se comunicará el hecho al facultativo responsable del Área, la Supervisión de Enfermería y al director de la Unidad.

Se utilizarán equipos de protección personal adecuados a la peligrosidad del vertido. Las medidas generales son: utilización de guantes y delantal impermeables y de gafas de seguridad.

- Actuación en caso de derrame de un producto.

Evacúe la zona afectada.

Utilice equipos de protección individual adecuados.

Absorba el producto con un material lo más inerte posible (vermiculita, arena) o en papel o tela.

Descontaminar la zona con agua y jabón.

Recoger el producto absorbido en un recipiente resistente y ciérrelo herméticamente.

Identifique el recipiente y trátelo como un residuo peligroso.

Si el vertido es de un producto químico, se debe recoger rápidamente para evitar su evaporación y daños en las instalaciones.

En el caso de ácidos, se neutraliza empleando absorbentes neutralizadores comerciales, y en su defecto con bicarbonato sódico. Después lavaremos la zona con abundante agua y detergente.

En el caso de bases, empleamos para su neutralización y absorción los productos específicos comercializados. En su defecto, usaremos abundante agua PH ligeramente ácido. Después lavaremos la zona con abundante agua y detergente.

En el caso de líquidos no inflamables ni tóxicos, ni corrosivos. Usaremos sepiolita para su absorción.

En el caso de derrame, explosión o incendio en una zona donde se manipulan agentes cancerígenos, se comunicará el hecho al responsable del Área, la Supervisión de enfermería y al Director de la Unidad. Actuaremos con rapidez con la información obtenida de la ficha de datos de seguridad. Solo permanecerán en la zona las personas adecuadamente protegidas. El resto serán evacuadas.

Si una persona resulta contaminada con el material cancerígeno, se lavará inmediatamente, se secará con toallas de celulosa desechables. Y la trasladaremos a la unidad de urgencias.

Todo el material contaminado se eliminará según protocolo.

- En el caso de derrame o salpicadura de un agente biológico. El personal de Microbiología deberá encargarse de la limpieza de la zona. Se limpiará la zona con abundante agua y detergente y después desinfectaremos la zona con hipoclorito sódico, alcohol etílico de 70% o un detergente desinfectante.

- Derrames en la recepción de muestras. Son muy frecuentes, principalmente por estar mal cerrados los diferentes envases. Es obligatorio trabajar con guantes. Podemos tener un accidente por salpicaduras en cara y ojos. Debemos lavar con abundante agua y evacuar al accidentado al servicio de oftalmología con la referencia del agente.

Si el accidente es por salpicaduras o contacto directo con la muestra. Lavaremos la zona con abundante agua. Si la salpicadura o el derrame ha sido sobre la ropa, es recomendable cambiar la ropa y darse una ducha de emergencia.

Las salpicaduras se pueden producir en la superficie de trabajo. Por ejemplo en la Cabina de Seguridad Biológica (CSB). Si es un derrame de gran volumen (riesgo alto). Procederemos a la desinfección de la CSB. Seguiremos trabajando en la cabina durante el proceso. Aplicaremos un desinfectante en la zona, después limpiaremos la cabina. Por último, limpiaremos la CSB con alcohol etílico de 70%. Si la salpicadura en la zona de trabajo es de riesgo moderado. Desinfectaremos la CSB con un desinfectante y luego limpiaremos con alcohol de 70%.

A veces es necesario una descontaminación general de la CSB, incluidos los filtros. Dependerá de la peligrosidad del agente y del volumen vertido.

Si las salpicaduras se han producido en la poyata de trabajo. Desinfectaremos la zona de trabajo. Para el suelo usaremos hipoclorito sódico y para los metales usaremos un desinfectante apto. Después limpiaremos la zona de trabajo.

- Salpicaduras fuera de la zona de trabajo. Usaremos las mismas medidas que en la poyata de trabajo, es decir, controlar el derrame y desinfectar la zona.

- En el caso de tubos rotos dentro de la centrífuga, a veces, se puede detectar el accidente antes de abrir la centrífuga. Si no detectamos el accidente y abrimos la centrífuga, deberemos cerrar la centrífuga y haremos salir a todo el personal prescindible. Cerraremos la zona y seguiremos las siguientes pautas:

Desinfectar la centrífuga por fuera.

Esperar 20 minutos.

Abrir la centrífuga con cuidado.

Recuperar las muestras intactas y llevarlas a una CSB para manipularlas allí con seguridad.

Limpiar y recoger los restos con guantes adecuados. Lavar las cubetas con un desinfectante comercial.

Desinfectar la centrífuga por dentro con un desinfectante comercial y dejar actuar 20 minutos.

Limpiar con alcohol etílico al 70%.

- Actuación en caso de atmosfera contaminada. Después de un accidente, la atmosfera en un laboratorio puede volverse tóxica, explosiva, cancerígena, biológicamente peligrosa, etc.

- En el caso de agentes químicos. Si el vertido o la fuga ha sido poco importante, bastara con recoger el vertido siguiendo las indicaciones de la ficha de datos de seguridad.

- Si el vertido o la fuga han sido considerables, deberemos detectar cortar el vertido. Comunicaremos la situación al responsable de gestión ambiental y a mantenimiento. Se procederá a la limpieza. Para la limpieza usaremos absorbentes, posteriormente serán gestionados como residuos peligrosos.

Si algún trabajador se ha visto afectado por la atmosfera contaminada, puede sufrir alguno de estos síntomas: mareos, dificultad respiratoria; se deberá evacuar al personal usando equipos de protección respiratorios si fuera necesario.

- En el caso de agentes biológicos. Los aerosoles son la causa más frecuente e importante de accidente biológico, generalmente por la mala práctica. Puede ser por utilizar centrífugas no herméticas, centrifugar con tubos abiertos o mal cerrados, pipetear con demasiada fuerza, etc.

En el caso de que tengamos que desinfectar el laboratorio, usaremos la fumigación con formaldehído. Y deberá llevarse a cabo únicamente por personal formado.

- En el caso de accidente por contactos eléctricos. La electrocución se produce por un contacto directo o indirecto. Entonces, deberemos cortar la alimentación eléctrica del aparato causante del accidente. Si no se puede llevar a cabo el corte de alimentación eléctrica, trataremos desenganchar al accidentado con un elemento aislante. No se le suministrará alimentos o bebidas. Y trasladaremos al herido a la unidad de Urgencias. Por último, avisaremos al servicio de mantenimiento.

- En el caso de fuga de gases. Ante un escape de gas no encenderemos ni fuegos, ni luces. Cortaremos el suministro de electricidad y ventilaremos la zona abriendo puertas y ventanas.

Ante una fuga de una botella. Cerraremos el grifo y trasladaremos la botella con la fuga a un espacio abierto. Avisaremos a los bomberos si fuera necesario.

Señalizaremos la zona, controlaremos el vaciado de la botella y avisaremos al suministrador.

Ante una fuga de gas en una instalación fija. Deberemos cerrar el grifo. A continuación, comunicaremos el incidente al responsable de la instalación del laboratorio. Aplicaremos actuaciones de emergencias, si fuera necesario. Purgaremos la instalación con un gas inerte y realizaremos la reparación. Comprobaremos que la fuga ha sido reparada y pondremos en marcha la instalación, previo purgado del equipo.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo que se desarrolla en los laboratorios clínicos de nuestros hospitales, conlleva ciertos riesgos si no se hace siguiendo los procedimientos adecuados, con el material correspondiente o el personal no está suficientemente formado para ello. Por eso es tan importante la formación de nuestros trabajadores. Tan bien es muy importante las condiciones del material, las instalaciones y que el personal disponga de elementos de protección.

Como se ha explicado en este escrito, dependiendo del accidente que se haya producido en el laboratorio, nuestro personal deberá actuar de forma diferente y tener claro en todo momento el modo de proceder en cada caso.

6 Bibliografía

1. Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Madrid 2001.
2. Seguridad en el laboratorio de microbiología clínica. SEIMC. 2000.
3. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborables.
4. Guía de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Universidad de Vigo.
5. Guía de Seguridad en Laboratorios. Universidad de Alcalá.

Capítulo 321

RESONANCIA MAGNÉTICA FETAL

NEREA ALVAREZ PICOS

1 Introducción

El propósito de la resonancia magnética fetal es complementar una ecografía especializada previa para confirmar los hallazgos ecográficos o para proporcionar información. La resonancia magnética fetal no se usa a menudo como la principal herramienta de detección en la atención prenatal, sin embargo, usando este método probablemente se pueda hacer una evaluación anatomía fetal completa. Actualmente, los principales factores que influyen en la decisión de realizar una resonancia magnética fetal, entre otros, son los siguientes: experiencia y equipamiento de instalaciones de ultrasonido y resonancia magnética fetal, accesibilidad a la resonancia magnética fetal, condiciones maternas, edad gestacional, preocupaciones sobre las condiciones de seguridad, consideraciones legales en relación con la interrupción del embarazo y deseo de los padres de hacer el estudio después de recibir consejos y recomendaciones apropiadas.

Cuando está indicada y tiene una ejecución e interpretación correcta, la resonancia magnética fetal no solamente contribuye al diagnóstico, también es una parte importante a la hora de escoger el tratamiento adecuado y de planificar el nacimiento. Los profesionales que interpretan la resonancia magnética deben estar familiarizados con el diagnóstico fetal ya que el diagnóstico es diferente al de otras poblaciones de pacientes. La elección del protocolo y la técnica adecuados requiere una amplia formación por lo que la realización del examen debe ser limitado a profesionales con amplia formación y experiencia. Lo mismo ocurre con la interpretación del examen. Los estudios de resonancia magnética fetal generalmente se realizan después de las 18 semanas de edad gestacional, en parte para garantizar que no puedan alterar la organogénesis, donde las principales etapas

de la formación de órganos se completaron en ese momento, y en parte porque en las etapas anteriores, la mayoría de las estructuras fetales son demasiado pequeñas para verlas correctamente.

2 Objetivos

El objetivo es abordar la necesidad de las diversas técnicas de imagen para el diagnóstico y medicina nuclear en la investigación y posterior análisis fetal, proporcionando seguridad y comodidad tanto en el futuro recién nacido como a la parturienta, centrándome en la resonancia magnética.

La resonancia magnética fetal (IRM) es un valioso complemento de la ecografía prenatal, se puede utilizar para detectar y caracterizar anomalías del desarrollo fetal. Mi propósito es demostrar la utilidad de esta técnica de diagnóstico.

3 Metodología

En preparación para este trabajo, se llevó a cabo una búsqueda en forma de resumen bibliográfico de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se consultaron artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, con artículos científicos seleccionados de las publicaciones científicas examinadas.

4 Resultados

La resonancia magnética fetal es de gran utilidad para el estudio de enfermedades cerebrales y del tórax, tracto gastrointestinal y aparato genitourinario, por lo que puede utilizarse para estudiar patologías y complicaciones con mucha frecuencia, además de algunos casos en los que no se puede profundizar en la ecografía convencional, tales como hernia congénita del músculo del diafragma, malformaciones adenomatosas quísticas, secuestro broncopulmonar y malformaciones intestinales y espinales.

El valor agregado de la resonancia magnética radica en una mayor resolución espacial y un campo de visión más amplio, alto contraste, características organizativas mejoradas, detalles anatómicos y función renal. La ecografía supera a la resonancia magnética en el primer trimestre y es más restringida en las últimas etapas del embarazo.

Aplicaciones clínicas de la resonancia magnética en el cráneo fetal:

- Ventriculomegalia: es la anomalía del SNC más común. De origen heterogénea incluidos cambios de desarrollo, destructivos u obstructivos. La resonancia magnética muestra hasta un 40-50% de las anomalías ocultas en la ecografía.
- Lesiones del cuerpo calloso: agenesia parcial o completa, disgenesia, hipoplasia y destrucción. Además de la no visualización, hay signos indirectos, como una cavidad sin tabique transparente, dirección dorsal, tercer ventrículo superior, cerebro grande, ventrículos laterales paralelos. La resonancia magnética es más sensible para detectar anomalías relacionadas más específicamente con la identificación del cuerpo calloso normal en una ecografía sospechosa.
- Malformaciones de la fosa posterior: Dandy-Walker, Chiari II, hipoplasia cerebelar, síndrome de Walker-Warburg, o hemorragia cerebelar. El vermis se localiza principalmente en el plano sagital y los hemisferios en los planos axial y coronal.
- Malformaciones del desarrollo cortical (MDC): es uno de los principales aportes de la RM porque es difícil de detectar con ecografía. La heterotopía subependimaria son nódulos en las paredes ventriculares; Esquisencefalia Fisuras parenquimatosas rodeadas de materia gris. La polimicrogiria es anormal en múltiples pliegues corticales. Lisencefalia es detectar la migración neuronal en el 3º y 4º mes.
- Complicaciones de embarazos gemelares monocoriónicos: Las lesiones parenquimatosas hipóxico-isquémicas se manifiestan como áreas focales o difusas con aumento de señal cuando disminuye la secuencia difusa o el volumen.
- Infecciones congénitas: como el citomegalovirus. Lesiones visibles focales o difusas y agudas como quiste o reducción de tamaño.

Aplicaciones clínicas de la resonancia magnética fetal de tórax:

- Hernia diafragmática congénita: la resonancia magnética puede evaluar el defecto muscular en los planos sagital y coronal, y distinguir el contenido de la hernia por su forma y fuerza de señal, lo que no siempre es posible con la ecografía. A menudo se presentan hernias del estómago, intestino delgado y colon. El tamaño de la hernia y la herniación del hígado determinan el grado de hipoplasia pulmonar. Si se produce una hernia hepática, la tasa de mortalidad es del 57%. Con la ayuda de la resonancia magnética, podemos medir el volumen pulmonar entre la hernia y el pulmón contralateral para obtener el volumen pulmonar total observado (VPO) y calcular el volumen pulmonar previsto o esperado (VPE) en función de la edad gestacional. La relación de $VPO / VPE \times 100$ determina el volumen pulmonar relativo (RPV). Se considera hipoplasia un valor de VPR <80% . Todos los fetos con un valor <14,3% tienen una tasa de mortalidad del 100%, aquellos con un valor >32,8 tienen una tasa de supervivencia del 100% y los fetos con un valor > 44% no requieren oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). El

diagnóstico debe confirmarse antes de la semana 24. Para aquellos pacientes con baja tasa de supervivencia (<60%) y taponamiento traqueal mediante endoscopia fetal, se debe realizar un tratamiento para aumentar la tasa de supervivencia en un 30-40%.

- Malformación adenomatoidea quística: es la masa más común (representa el 75% de todas las lesiones pulmonares). Pueden ser sólidos o quísticos, vascularizados a través de la arteria pulmonar y drenados hacia la vena pulmonar. Son unilaterales y afectan a todo el lóbulo. Los resultados de la resonancia magnética difirieron en tipo I (lesiones monoculares de alta intensidad), tipo II (lesiones multiloculares de alta intensidad) y tipo III (masas sólidas de alta intensidad adyacentes a pulmones normales, que se manifiestan como puntos bajos). Suelen ser estables o pueden desaparecer en el útero (19%). Dado que el riesgo de infección y el riesgo de malignidad son bajos, requieren cirugía posparto un mes después.
- Secuestro broncopulmonar: representa el 23% de las anomalías torácicas. Consiste en tejido broncopulmonar que no está conectado al árbol bronquial ni a la arteria pulmonar que se irriga mediante la formación de vasos sanguíneos en todo el cuerpo. Más del 50% de los casos están relacionados con otras anomalías. Su localización más común es el lóbulo inferior izquierdo (LII) (90%), y es supradiaphragmático en el 85-90% de los pacientes. El secuestro extralobular es el tipo presente en el feto. En más del 50% de los secuestros existen hallazgos histológicos de CCAM tipo II. En la resonancia magnética, muestran un componente sólido hiperintenso en T2, similar al CCAM tipo III con un vaso sistémico anormal. La resonancia magnética puede detectar pequeñas lesiones o anomalías que no son visibles con la ecografía. Tiene un pronóstico excelente si es un hecho aislado y en un 50-75% desaparecen en el útero.
- Quiste broncogénico: es una deformidad que se produce durante el desarrollo del árbol traqueobronquial entre la 3ª y la 7ª semana de vida fetal. Es un quiste aislado lleno de líquido o moco y representa el 70% de los casos mediastínicos. También puede localizarse en el parénquima pulmonar, en la cavidad pleural y excepcionalmente fuera de la cavidad torácica, en el cuello, la lengua o la piel. Por lo general, no hay conexión con la tráquea, los bronquios u otras estructuras adyacentes.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo básico del diagnóstico prenatal es obtener información genética, anatómica, bioquímica y fisiológica sobre el feto para detectar posibles anomalías y brindar a la familia todas las opciones de tratamiento. La resonancia mag-

nética fetal ayuda a obtener imágenes de diagnóstico, que se pueden utilizar para preparar la cirugía fetal.

Aunque la ecografía es el examen de rutina del feto, a veces es necesario obtener imágenes de mayor calidad para detectar cambios sutiles o complejos, para preparar la cirugía fetal o para realizar un tratamiento posnatal especial después del parto. La resonancia magnética ayuda a obtener imágenes excelentes con un campo de visión más amplio o en las que se pueden reconocer mejor las diferencias entre los tejidos.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 322

ANÁLISIS PATOLÓGICO DE CÁNCER DE MAMA

VERÓNICA PIEDRA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El cáncer de mama es una patología en la que las células de la mama se multiplican sin ningún control. Hay muchos tipos de cáncer de mama, los cuales dependen de las células que hay en la mama se vuelvan cancerosas.

Este tipo de cáncer puede comenzar en diferentes partes de la mama. Las mamas están formadas principalmente por tres partes las cuales son: lobulillos, conductos y tejido conectivo. Los lobulillos son las glándulas que producen leche en la mama. Los conductos son los tubos encargados de transportar la leche al pezón. El tejido conectivo el cual está formado por tejido fibroso y adiposo es el que rodea y sostiene todas las partes que forman la mama. Normalmente la mayoría de los cánceres de mama comienzan en los conductos o en los lobulillos.

El cáncer de mama puede extenderse a otras partes del cuerpo mediante los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos. Cuando ocurre esto se dice que el cáncer ha producido metástasis en cualquier otra parte del cuerpo.

Uno de los métodos para diagnosticar este cáncer es realizando una biopsia, que es una prueba en la cual se extirpa tejido o se saca líquido de la mama para estudiarse bajo el microscopio o para hacer más pruebas.

2 Objetivos

El objetivo es explicar cómo se analiza un tejido de una mama para saber si es tejido canceroso o tejido sano.

3 Caso clínico

Llega al laboratorio de anatomia dos muestras de una citologia realizada a traves de una biopsia por punción aspiración con aguja fina. Muestra A: muestra sacada de la lesión observada en el cuadrante externo de la mama izquierda en la cual en la muestra da positivo para células malignas de hábito epitelial las cuales son compatibles con un carcinoma posiblemente multicentrico. Se recibe otra muestra B: esta muestra es de una citologia de una adenopatía encontrada tambien en la axila izquierda de la paciente su resultado es tambien positivo en células malignas de hábito epitelial compatibles con carcinoma multicentrico .

De estas muestras se realiza un informe en el cual se especifica al el medico solicitante, que normalmente es por parte de oncologia medica de las muestras recibidas en el cual se especifica que se trata de un tumor multicéntrico es decir que el tumor esta estendido en diferentes cuadrantes de la mama izquierda llegando a la axila izquierda. Del cual no se puede determinar el tamaño exacto, pero si se distiguen 3 zonas de 3,5, 1 y 0,5 cm; que se extiende de forma multifocal tanto in situ como el infiltrante, en total es de $6,4 \times 2,9$ cm. Es G3, en donde se observa una invasión solo de vasos linfáticos dérmicos. Se observa también que hay un componente intraductal de G2 y con 12 adenopatías extirpadas, las cuales estan todas afectas por dicho tumor. Es pT4N3 (12+/12). Los receptores hormonales dan positivos para estrógenos y progesterona (RPg). Se decide realizar la determinación de Her-2 la cual sale que es negativa. Y la p 53 sale que es positiva en un 25%. Este tipo de tumor multicentrico es un tumor muy poco comun.

4 Discusión-Conclusión

El analisis de anatomia es muy importante para poder diagnosticar el tipo de tumor, en este caso este tipo de tumor de este caso clínico es un tumor muy poco comun, pero realizando un estudio patologico y analizando la muestra se puede llegar a aberiguar el tamaño en muchas ocasiones, asi como la afectacion del tumor, es decir si hay afectaciones a mas organos, tambien analizando se puede saber si hay un componente invasivo del tumor y el tipo de tumor que es que afectacion genetica tiene entre otras muchas cosas que a traves de analizarlo se pueden averiguar, por eso es muy importante mandar a analizar las biopsias.

5 Bibliografía

1. wikipedia.org

2. www.cancer.gov
3. www.medwave.cl

Capítulo 323

SÍNDROME DE HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO-MOLAR EN DENTICIÓN DEFINITIVA

MIRIAM LASTRA RAMOS

1 Introducción

Son varios los defectos de desarrollo del esmalte que se pueden dar en la dentición definitiva.

Podemos mencionar opacidades delimitadas o difusas, que son defectos cualitativos a nivel del esmalte que presentará un déficit en la mineralización (hipomineralización).

La hipoplasia que se caracteriza por ser un defecto cuantitativo que es provocado por la falta de producción en zonas de la matriz del esmalte.

A nivel de alteraciones del esmalte cabe mencionar la amelogénesis imperfecta (de alteración genética) y la fluorosis dental.

La hipomineralización incisivo-molar fue nombrada como tal en el año 2001 por Weerheijm y Cols para detallar una patología que a día de hoy sigue sin tener una causa conocida clara.

El primer caso descrito de dicha patología fue documentado en el año 1970.

La prevalencia de la hipomineralización incisivo-molar está aumentando con el paso del tiempo, es debido a esto que debemos ahondar más en profundidad a cerca de las causas que la desencadenan.

Para poder analizar las hipomineralizaciones debemos centrarnos en la etapa de formación de estas piezas dentales afectadas por el síndrome, ya que es en esas etapas donde pueden desencadenarse opacidades (manchas) o hipoplasias.

Es de vital importancia realizar un seguimiento por parte del profesional dental, bien sea odontólogo/a o higienista para poder proporcionar un tratamiento adecuado al paciente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las posibles causas que desencadenen el síndrome.

Objetivos secundarios:

- Distinguir la clínica que presenta para poder diferenciarlo a la hora de la exploración en clínica.
- Estudiar los criterios que permiten su diagnóstico.
- Saber dirigir un tratamiento eficaz en cada caso.
- Valorar y llevar a cabo las posibles medidas preventivas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda detallada y exhaustiva de estudios y artículos realizados en diferentes revistas científicas, páginas web con respaldo y veracidad.

Ejemplos de dichas fuentes son mydental4kids, scielo, odontología pediátrica.

Una combinación de las mismas ha permitido recaudar la información necesaria para profundizar en el síndrome.

4 Resultados

Durante la odontogénesis el proceso de formación del esmalte pasa por 3 etapas diferentes que son:

- Estadio de secreción inmediatamente tras la diferenciación de los odontoblastos. Cabe resaltar que el proceso de formación del esmalte se produce en el extremo más incisal y cuspídeo. En caso de producirse alteraciones sistémicas durante este proceso puede dar lugar a la modificación de los ameloblastos y como consecuencia provocar una hipoplasia disminuyendo el espesor del esmalte.
- Estadio de mineralización cuando se forman los núcleos de cristales de hidroxapatita y los depósitos de capas minerales sobre estos cristales. Es cuando se forman los prismas del esmalte.
- Estadio de maduración donde se produce un crecimiento de los cristales de apatita y se reduce la matriz orgánica. Alteraciones en esta etapa pueden dar lugar a hipomineralizaciones dando lugar a un esmalte de color amarillo/marrón y un esmalte más débil y poroso.

Aunque las causas son desconocidas se sospecha que se pueda deber a varios factores que predispongan a desencadenar dicha hipomineralización: factores prenatales (fiebre materna, infecciones virales), factores perinatales (niños prematuros, de bajo peso, partos largos), factores postnatales a lo largo del primer año de vida (problemas respiratorios, infección de oídos, gastrointestinales, medicaciones, varicela, déficit vit. D, alteración del metabolismo calcio-fósforo).

La hipomineralización incisivo-molar se caracteriza por una opacidad presente en el diente que puede variar del blanco tiza al marrón y la zona donde principalmente se aprecia es en cúspides de los molares (puede afectar a uno, a varios o incluso a todos) y en los bordes incisales de los incisivos.

Los casos donde la opacidad es amarillo-marrón se observa que presenta mayor opacidad y mayor espesor de esmalte afectado, con lo cual, mayor gravedad. Un esmalte hipomineralizado se caracteriza por tener mayor fragilidad y presentar mayor predisposición a la fractura, a la erosión y a las caries.

Es especialmente significativo que estas piezas son más sensibles a los estímulos de frío y al calor.

Según Preusser existen diferentes grados de afectación: grado 1: la opacidad se localiza en zonas de no oclusión del molar, grado 2: esmalte de color amarillo-marrón con cúspides afectadas, pérdida de sustancia y sensibilidad dental, grado 3: coloración amarillo-marrón con gran afectación de la corona y pérdida de esmalte, a veces con fracturas de esmalte posterupción e hipersensibilidad.

Para el diagnóstico debemos tener en cuenta los criterios de la Academia Europea de Odontopediatría:

- 1º criterio: opacidades delimitadas, alteraciones de la translucidez del esmalte de espesor normal. Color variable de blanco-amarillo-marrón.
 - 2º criterio: fracturas de esmalte posterupción y pérdida de la superficie del esmalte.
 - 3er criterio: restauraciones atípicas, que no sigue el patrón normal o morfología normal. Son grandes. Restauraciones en la cara vestibular de incisivos no relacionadas con traumatismos.
 - 4º criterio: exodoncias de primeros molares permanentes debido a hipomineralización incisivo-molar. Sin embargo no es habitual que los incisivos permanentes lleguen a necesitar ser extraídos debido a este síndrome.
 - 5º criterio: primer molar permanente o incisivo permanente no erupcionado.
- El tratamiento deberá ser efectuado en función de la lesión presente en estas piezas. A la hora de hacer restauraciones debe hacerse un buen manejo, el cual permita una larga vida útil de dicha pieza. Tener en cuenta que son pacientes con excesiva hipersensibilidad por lo que el uso de anestesia infiltrativa, para evitar la angustia y sufrimiento del paciente, son de vital importancia.

Hacer especial hincapié en la prevención instando a los padres del niño a que realice una higiene bucal diaria escrupulosa mediante el uso de cepillo de dientes eléctrico, seda dental y uso de colutorios/pastas dentífricas con un alto contenido en fluoruro de al menos 1000 ppm y sellado de fosas en casos en los que el profesional dental crea conveniente o indicado.

5 Discusión-Conclusión

- Síndrome de causas sistemáticas y ambientales que tienen lugar durante el período de formación de la dentición durante los primeros 3 años de vida.
- De gran prevalencia y con datos en aumento a lo largo de los últimos años.
- Las piezas que presentan hipomineralización incisivo-molar tienen una porosidad mayor, una coloración que puede variar de blanco tiza, al amarillo, o al marrón en primeros molares definitivos y en incisivos definitivos.
- Los niños que presentan este tipo de patología presentan una predisposición superior a padecer caries o incluso fracturas debido a la pobreza del esmalte.

- Uno de los rasgos más característicos es la hipersensibilidad que presentan en dichas piezas por lo que los tratamientos odontológicos a realizar deben hacerse siempre con anestesia.
- Es importante realizar un seguimiento adecuado del paciente para evitar la pérdida de dichas piezas, especialmente en caso de los primeros molares que suele ser más común.
- Dar pautas a los padres de los niños para que supervisen, o incluso refuercen, la higiene dental de los niños en sus domicilios. Aconsejar el uso de pastas y colutorios con alto contenido en fluoruros.

6 Bibliografía

1. mydental4kids.com.
2. odontologiapediatrica.com.
3. scielo.isciii.es.

Capítulo 324

CONCEPTOS CLAVES PARA TSID. MANEJO DEL VOCABULARIO DE LOS TECNICOS EN EL AMBIENTE COMUNITARIO

NOELIA MAQUEDA GUILLEN

1 Introducción

El lenguaje de la medicina tal y como la conocemos hoy en día nace en Grecia, a través de Hipocrates, que es la primera persona en cultivar la ciencia sanitaria tal y como la conocemos. A posteriori también tienen su importancia los tintes de la lengua latina y las derivaciones del árabe y luego con la importancia que empezaron a tener Reino Unido y Alemania entra en juego las lenguas Germánicas. Es por eso que la medicina tenga esa jerga tan complicada y de amplios conceptos ya que abarca todo los tipo de lenguas y civilizaciones.

Las bases principales para cualquier rama científica es enfocar desde un principio unos conceptos claves que nos guíen y nos sirvan de utilidad. Es fundamental para poder desarrollar un trabajo exitoso.

En este apartado veremos los conceptos fundamentales utilizados en el área de radiodiagnóstico en específico los que se usan para los técnicos de radiología.

En cualquier ciencia que se preste hay que interponer un lenguaje divulgativo que sea comprensivo, técnico y que llegue a cuanto mayor numero de individuos. Hoy en día cuentan con un papel imprescindible los medios tecnológicos al alcance de casi toda la población como puede ser el uso de internet pudiendo ser esto un arma de doble filo por una sobre información.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer a fondo el servicio.

Objetivos secundarios:

- Poder proporcionar el mejor trato posible a los pacientes.
- Realizar un manejo adecuado e impoluto del servicio.

3 Metodología

Se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados en bases de la radiología, se utilizaron descriptores de palabras claves utilizadas en las búsquedas: Radiología, TSID, Principios. Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane.

4 Resultados

- Comunicación entre personal sanitario: se han obtenido resultados de diversos estudios, en los cuales se evidencia que un vocabulario correcto es altamente eficaz para la exploración y después para su evaluación, siendo estas logradas de manera muy satisfactoria. El equipo sanitario tendrá que conocer independientemente de su especialidad los conceptos de todas las especialidades de los integrantes del equipo. Estas medidas dan lugar a un menor caso de errores en los procedimientos llevados a cabo.
- Comunicación personal sanitario/ pacientes: se llega la conclusión que hay que modificar los conceptos dependiendo del grado de vocabulario sanitario que tengan, se modificaran siempre dando la información mas veraz posible, es decir se adecuan los conceptos, siempre siendo estos verdaderos. Existe una mayor demanda de información del paciente hacia el personal sanitario. El paciente hoy en día es quien toma las riendas y es el que decide si llevar a cabo todo el abanico de posibilidades que le han dado los profesionales sanitarios y cual de ellas es la que le conviene más. Esto es posible en gran parte por el acercamiento de los conceptos sanitarios a la población en general, lo cual hace mucho mas sencillo y rápido cualquier tipo de procedimiento. Utilizando estas técnicas de lenguaje y empatía se lograra un mejor trabajo por parte de todos en general. Con mayor logro de los objetivos en todos los niveles, tanto Sanitario- Sanitario, como Sanitario-Paciente.

Es debido a la practica de este vocabulario técnico los resultados que se ven reflejados con una mejora día a día, tanto en el ámbito profesional sanitario como con el trato al paciente.

Y es por ello que los lazos sanitarios han cambiado teniendo hoy en día relaciones horizontales y colectivas en vez de verticales.

5 Discusión-Conclusión

- Se llega a la conclusión que unos conceptos, técnicos, adecuados entre el personal sanitario son altamente necesarios y harán que el trabajo entre las distintas disciplinas en el ámbito sanitario sea mucho mas fácil y positivo, llegando a una resolución del caso en un tiempo inferior y siendo este mas favorable.
- Se valoro mucha la actitud empática de los técnicos, viéndose que los pacientes atienden mucho mejor a las directrices y hacen el proceso de evaluación mucho mas confortable.
- Se observa un cambio de roles, antiguamente era decreto hacer lo que ordenaban los facultativos y hoy en día son los pacientes los que deciden.

6 Bibliografía

1. M.G. Gayarre. Manual de Radiología Clínica. Ed. Harcourt, 2ª edición., 2002
2. H. Ziessman. Medicina Nuclear. Los requisitos. Ed. Elsevier Mosby. 3ª edición. 2007.
3. W. Herring. Radiología básica. Aspectos fundamentales. Ed. Elsevier. 2ª edición. 2016.

Capítulo 325

LA RESISTENCIA A LOS ANTIBIÓTICOS. UNA GRAN AMENAZA PARA LA SALUD MUNDIAL

BEATRIZ FERNANDEZ MORAN

1 Introducción

Hace miles de años una simple infección bacteriana podía llevar a la muerte, mientras que hoy en día se cura en una semana con antibióticos. No cabe duda que la aparición de los antibióticos en los años cuarenta han salvado millones de vida y supuso un gran avance en el campo de la medicina y la cirugía, ya que permite evitar complicaciones y tratar infecciones en pacientes con enfermedades crónicas, con tratamiento de quimioterapia o en cirugías complicadas, como es el caso de implantación de prótesis, trasplante de órganos o cirugía cardíaca y en atención a bebés prematuros. Sin antibióticos eficaces este tipo de intervenciones sanitarias serían muy arriesgadas y no se podrían realizar.

Desde hace unos años la resistencia a los antibióticos constituye un serio problema para la salud mundial, provocado por su uso excesivo e irracional. Esta resistencia a los antimicrobianos reduce la probabilidad de tratamiento eficaz de las infecciones, alarga el tiempo de hospitalización, aumenta los costes sanitarios e incrementa el riesgo de mortalidad.

Estudios calculan que mueren anualmente más de 33.000 personas en Europa debido a infecciones provocadas por bacterias resistentes a antimicrobianos.

A nivel mundial el ser humano consume el 30% de los antibióticos, mientras que el 70% es usado por la industria ganadera. Ya que el uso desproporcionado de

antibióticos en animales se ha convertido en una práctica muy habitual, incluso cuando no están enfermos, sólo para prevenir infecciones y engordarlos. Actualmente la neumonía, tuberculosis, infecciones de las vías urinarias y la gonorrea son las enfermedades que presentan más complicaciones en su curación debido a esta resistencia.

2 Objetivos

Elaborar una revisión sobre el problema que supone la resistencia a los antimicrobianos, sus causas y consecuencias, y la importancia de la prevención para combatirlo.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, ha sido necesario recopilar una serie de bibliografía relacionada con literatura científica existente. Se ha desarrollado una búsqueda de libros y consultado artículos en bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La resistencia a los antibióticos es un fenómeno natural, pero el uso inadecuado de este tipo de fármacos en animales y humanos lo está acelerando. Se produce cuando las bacterias mutan en respuesta al uso del fármaco y por tanto deja de ser efectivo, no elimina al microorganismo que es capaz de sobrevivir y continuar multiplicándose. Cuando esto se produce la bacteria sigue provocando infecciones. Se les conoce con el nombre de superbacterias.

Las bacterias resistentes se transmiten por el medio ambiente de varias formas, de persona a persona, por comida contaminada, de animal a persona y en las instalaciones sanitarias.

Dependiendo del tipo de bacterias patógenas resistentes, se clasifican a las resistencias como:

- Urgentes: las enterobacterias *Escherichia coli* y *Klebsiella* resistentes al carbapenem se han incrementado en centros sanitarios y son resistentes a casi todos los antibióticos. La gonorrea resiste a las cefalosporinas.

- Graves: la tuberculosis puede resistir a antibióticos de primera línea, entonces el tratamiento se hace complicado. Las enterobacteriaceae poseen una enzima que elimina algunas penicilinas. También se ha visto casos de salmonella no tifoidea resistente a fármacos. El staphylococcus aureus resistente a la metilicina.
- Preocupantes: el staphylococcus resistente a la vancomicina. Esta bacteria se encuentra en la piel y puede penetrar en el cuerpo con la utilización de catéteres o en intervenciones quirúrgicas y provocar infecciones. Si se hace resistente a vancomicina, existe escasos tratamientos.

El origen principal de la resistencia a los antibióticos radica un uso inapropiado de los mismos. Según el Centro Europeo para la Prevención y Control de las Enfermedades (EDCD), este uso se hace principalmente mediante tres maneras:

- Recetar de forma innecesaria antibióticos contra infecciones virales, contra los cuales no funcionan.
- Ante un diagnóstico poco preciso se opta por una prescripción muy habitual de antibióticos de amplio espectro, en lugar de antibióticos específicos.
- Uso inapropiado por parte del paciente, bien por falta de cumplimiento de la dosis o duración del tratamiento y la automedicación.

Existe diversas medidas para reducir la transmisión y desarrollo la resistencia de antibióticos.

- Evitar las infecciones disminuye el uso de antibióticos y por tanto la probabilidad de desarrollar resistencias. Las infecciones se pueden evitar con el lavado adecuado y frecuente de manos, la inmunización, desinfección adecuada de centros sanitarios y el uso seguro de los alimentos.
- A nivel personal la resistencia se puede prevenir, sabiendo que los antibióticos sólo se usan para infecciones víricas como un catarro o la gripe. Consumir los antibióticos exactamente como lo recetó el médico. Nunca almacenar antibióticos para tomarlos en próximas fechas o dárselas a tomar a otras personas.
- Los profesionales sanitarios pueden contribuir, siendo rigurosos en la elección del antibiótico y su dosis cuando realizan la prescripción. Saber las infecciones más frecuentes en su entorno de trabajo. Cuando el laboratorio determine una infección resistente avisar de forma urgente. Quitar lo antes posible los dispositivos médicos (ej: catéteres).
- Por parte de la dirección de centros sanitarios, exigir el cumplimiento de las guías de resistencia antibiótica CDC. Tener conocimiento de las infecciones y resistencias más frecuentes en las instalaciones sanitarias más próximas. Incentivar el consumo correcto de antibióticos. Comprobar que en sus instalaciones se pueden determinar las infecciones y avisar al personal.

5 Discusión-Conclusión

La resistencia bacteriana es un problema similar a otros a los que se enfrenta la humanidad como es el caso del cambio climático y sin ir más lejos la pandemia que estamos sufriendo. Todos ellos tienen un denominador común, que es que la acción individual de cada persona repercute a nivel mundial. Por ese motivo es necesario actuar de manera globalizada para intentar solucionar esta gran amenaza. Ya que si no se hace nada al respecto la medicina moderna podría llegar a su fin. En consecuencia es esencial el abordaje multidisciplinar del problema a escala internacional, en el que deben estar presentes los profesionales sanitarios, autoridades sanitarias, industria farmacéutica, científicos y en definitiva una concienciación de toda la población sobre el uso racional de este tipo de fármacos.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 326

PATOLOGÍAS ORALES EN PACIENTES CON ANOREXIA Y BULIMIA

MARIA SOL VAZQUEZ BERDASCO

1 Introducción

La Anorexia es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por peso corporal anormalmente bajo, como resultado del miedo obsesivo e intenso a ganar peso (sensación constante de sobrepeso) y acompañado por una percepción distorsionada del peso, incluso estando por debajo del peso normal. Las restricciones de alimentos que sufren este tipo de pacientes conlleva una deficiencia nutricional de vitaminas y minerales muy importante, no sólo a nivel general, sino también a nivel oral.

La Bulimia Nerviosa es otro trastorno de la alimentación caracterizado por la ingesta descontrolada de grandes cantidades de comida ("atracones") seguida de conductas compensatorias como: vómitos repetitivos autoprovocados, uso incorrecto de laxantes y diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo. Estos comportamientos por parte del paciente también generan una serie de patologías orales.

Tanto Anorexia como Bulimia, son enfermedades crónicas en las cuáles el paciente que las padece puede presentar innumerables recaídas. Es difícil que el paciente se percate del problema en el que está inmiscuido y también es difícil que el paciente se deje ayudar y lo supere sin antes reconocer que, verdaderamente, se tiene que enfrentar a un problema.

El paciente sufre una alteración en el patrón de ingesta o conducta sobre su control de peso, acompañado de un deterioro físico y psicosocial que conlleva la despersonalización del paciente. Por ello, se deben de abordar estas enfermedades desde una perspectiva multidisciplinar.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Exponer las importantes patologías orales que suelen presentar los pacientes que padecen Anorexia y Bulimia Nerviosa.

Objetivos secundarios:

- Dar visibilidad de lo importante que es la vigilancia de la salud bucodental en estos pacientes.
- Prevenir, en la medida de lo posible, que las patologías orales causadas por la enfermedad se agraven y puedan desencadenar problemas mayores.

3 Metodología

Para el presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en la recolección de información sobre la literatura científica existente, a través de una revisión bibliográfica. Esta revisión se ha realizado en Internet y se han consultado artículos en diversas bases de datos.

4 Resultados

Las principales patologías orales que suelen presentar los pacientes que presentan Anorexia y Bulimia Nerviosa son:

- Erosiones dentales. Fundamentalmente en la cara palatina de los dientes anteriores, producida por la acción de los ácidos de los jugos gástricos de los vómitos. Se produce un cambio de color, forma y longitud en los dientes que se vuelven quebradizos y traslúcidos y van perdiendo la capa de esmalte hasta llegar a la dentina e, incluso, la pulpa.
- Caries. Inducidas por la ingesta excesiva de carbohidratos, unida a una deficiente higiene oral y provocadas por las erosiones del esmalte y dentina al quedar expuestos y favorecer así su instauración.
- Xerostomía o sequedad bucal. Causada por una disminución del flujo salival que también favorece la erosión del esmalte y la presencia de caries.
- Afectación del tejido periodontal. Con presencia de gingivitis en primer lugar y continuando la progresión si no es tratada. La gingivitis está causada por el déficit nutricional, la xerostomía y la higiene oral deficiente.
- Sialodenitis o inflamación de las glándulas salivales. Provocada por la presencia bacteriana en el hábito de vomitar y favorecida también por la xerostomía.

- Afectación de la mucosa oral, disfagia (dolor al tragar) en incluso erosiones en el paladar(en los casos más crónicos y graves). Se pueden presentar úlceras e infecciones en la mucosa oral inducidas por la xerostomía y la falta de hidratación. El déficit nutricional favorece la queilitis angular (a nivel labial) y las lesiones por candida u hongos.
- La ATM se ve perjudicada por la pérdida de dimensión vertical que se produce a medida que se va perdiendo la estructura dental y que puede generar dolor orofacial, dolores de cabeza crónicos y problemas al masticar y al abrir y cerrar la boca.

5 Discusión-Conclusión

El paciente debe de ser consciente de los daños que su conducta está provocando en sus dientes y en su cavidad oral y solicitar la ayuda médica necesaria para evitar así su empeoramiento y progresión.

La vigilancia de la salud a nivel bucodental en este tipo de pacientes es fundamental. Aquí la especialidad odontológica juega un importante papel en ello ayudando incluso a un diagnóstico precoz de la enfermedad con la correspondiente derivación interprofesional y también actuando antes de que aparezcan importantes complicaciones en la cavidad oral.

El paciente tiene que mostrar una mejoría tanto psíquica como física antes de comenzar el tratamiento odontológico restaurativo y los procedimientos que le ayuden a restablecer la función oral y estética. Mientras tanto, a nivel odontológico, se ofrecen unas pautas y cuidados orales a seguir para paliar los signos y síntomas derivados de la enfermedad que padece el paciente.

6 Bibliografía

1. Los efectos bucales de la bulimia y cómo tratarlos | Colgate®. <https://www.colgate.com>
 › ... › Anorexia/Bulimia.
2. Repercusiones bucodentales de los trastornos alimentarios. <https://www.dentaid.es>
 › blog › repercusiones-bucodent.
3. Cómo afectan los trastornos alimenticios a la salud bucodental. <https://gacetadental.com>
 .

4. Tratamiento odontológico del paciente con anorexia y bulimia. <https://idus.us.es/bitstream/handle/Tratamient>.
5. Bulimia y Anorexia PDF-Scibd. <https://es.scribd.com>.

Capítulo 327

CÁNCER DE OVARIOS. IMPORTANCIA DE UN BUEN DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO EN LOS DIFERENTES TIPOS DE LABORATORIOS

ANDREA GARCÍA FERNÁNDEZ

VANESSA GARCÍA DE LA FUENTE

LUCÍA RONDEROS LÓPEZ

VERÓNICA SANMARTINO CUETO

MELISA VEIGA BAPTISTA

1 Introducción

Los ovarios son órganos que forman parte del sistema reproductor femenino y son los encargados de producir óvulos y hormonas. Tienen el tamaño aproximado de una almendra.

El cáncer de ovario ocupa el tercer lugar en los cánceres ginecológicos, ocupa el 5% de las muertes por tumores, y el 4% de las muertes en mujeres. Puede darse en mujeres de todas las edades, desde la niñez hasta mujeres de avanzada edad.

En los últimos años ha aumentado la incidencia de tumores en ovarios, pero su silenciosa evolución, hace que la mayoría de los casos se diagnostique cuando

el cáncer ya está en una etapa avanzada y solo se pueda administrar algún tipo de tratamiento extremadamente agresivo y acudir directamente a la cirugía para extraer la masa que esté produciendo la patología.

Los procesos neoplásicos de este tipo de tumores se puede diferenciar entre los epiteliales, seguidos de los de estroma gonadal y finalmente los de las células germinales.

En el presente capítulo diferenciaremos cada tipo de tumor que podemos encontrarnos, describiremos su sintomatología (en caso de que el paciente sufra de ella, que como ya hemos dicho, no es lo habitual), el diagnóstico obtenido (para ello los médicos utilizan exámenes como pueden ser pélvicos, análisis de laboratorio, ecografías e incluso la obtención de biopsias de masa), los posibles tratamientos que se pueden suministrar y, por último, las pautas a seguir después de todo el proceso.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir la enfermedad y diferentes tipos neoplásicos.

Objetivos secundarios:

- Conocer la sintomatología e importancia de revisiones preventivas.
- Describir el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de dicha enfermedad.

3 Metodología

Para la realización del siguiente capítulo sanitario se ha recurrido a la revisión bibliográfica de diferentes revistas y artículos especializados en el tema, como son scielo, Elsevier y diferentes buscadores, como son el Google Académico. Así como también informes médicos individualizados de pacientes cercanos.

4 Resultados

El cáncer de ovario se produce como una alteración patológica genética (alrededor del 20% y en la mayoría de los casos asociados a los genes BRCA1 Y BRCA2) en la que las células incrementan su proliferación y tamaño, todo ello sin conocer

cual es el causante principal de dichas alteraciones. Podemos diferenciarlos en tres tipos:

- Carcinoma epitelial: representa entre el 80-90% de los cánceres de ovario, se reconoce como el más agresivo, ya que, al no presentar síntomas, en el mayor número de veces, su diagnóstico se realiza cuando ya se encuentra en estado avanzado. Se utilizaría el marcador CA-125, ya que tiene alta especificidad, y si se encontrase elevado, sería indicativo de recidiva en un control postoperatorio.
- Carcinoma de células germinales: representa el 20% de los cánceres de ovario, y más habitualmente en mujeres de 20-30 años. Su formación se presenta en como su propio nombre indica en las células germinales de la gónada embrionaria.
- Carcinoma de estroma gonadal: es el tipo de neoplasia menos común (1%), se originan en las células que sostienen los ovarios y se caracteriza por la secreción de estrógenos y progesterona.

Como se ha dicho anteriormente, el cáncer de ovario es uno de los más silenciosos ya que no suele producir sintomatología, excepto cuando ya está en una etapa avanzada. Se debe estar pendiente si el paciente presenta dolor abdominal o pélvico, síntomas urinarios (hematuria o poliuria, que suelen ir acompañados), estreñimiento, dolor de espalda, cansancio y problemas estomacales (sensación de llenazo).

Todo ello deberá ser revisado por atención primaria en el caso de que el paciente presente esta sintomatología unas 10 veces al mes, y deberá solicitar petición de análisis bioquímico, microbiológico y hematológico que ayudará a determinar los parámetros necesarios.

Se comprobará que todos los parámetros bioquímicos son normales y no presentan alteraciones, realizarán ecografías para localizar el tumor, y se solicitará biopsia si el médico lo considera necesario para determinar que tipo de tumor está presente y poder exponer los tipos de tratamiento posibles.

Una vez diagnosticado, el médico expone las posibilidades de tratamiento a los que el paciente puede acceder. En el caso de que esté localizado, se le administrará tratamiento local, que se realizará sin afectar a otras partes del cuerpo. También cabe la posibilidad de usar tratamientos sistémicos, en los que el medicamento puede alcanzar células tumorales en cualquier parte del cuerpo (oral o por torrente sanguíneo). Y por último, algún tipo de cirugía para extraer el tumor. Todo ello llevará a cabo unas revisiones habituales posteriores a dichos tratamientos

para evitar recidiva.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión de que los los tumores ováricos se determinan como uno de los factores de mortalidad más altos en la población femenina a escala mundial. Todo ellos se debe a que, la mayoría de las veces, se cursa de forma asintomática (o muy leve), por lo que en la mayoría de los casos su diagnóstico se realiza cuando ya está en una etapa tardía y su tratamiento sería de las maneras más agresivas. Por ello, tanto pacientes como su atención primaria, deben controlar muy bien cuando aparecen sintomatologías persistentes y no se llega a un diagnóstico claro. Eso ayudará a focalizar el tumor y poder poner un tratamiento a tiempo.

6 Bibliografía

1. Márquez Reverón Armando. Carcinoma Epitelial del ovario. Rev. venez. oncol. [Internet]. 2005 Oct [citado 2021 Nov 26] ; 17(4): 206-216. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822005000400006&lng=es.
2. Pons Porrata Laura María, García Gómez Odalis, Salmon Cruzata Acelia, Macías Navarro Meydis María, Guerrero Fernández Carlos M. Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico. Medisan [Internet]. 2012 Jun [citado 2021 Nov 26]; 16(6): 920-931. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600013&lng=es.
3. Abelleira R, González R, Ramón Pérez J, Rivera A, Carlos Álvarez J, Martínez Pérez-Mendaña J. Tumores de células germinales del ovario: disgerminoma y gonadoblastoma. Prog obstet ginecol (Internet). 2006;49(9):526–31. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304501306726462?via%3Dihub>
4. Martínez-Madrigal M, Ramírez-Lozada T, Muñoz-González DE, Rivera-Flores S, Fernández-López M, Serrano-Rodríguez J. Tumor del estroma gonadal; revisión de la bibliografía. Gac mex oncol. 2011;10(4):230–5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-tumor-del-estroma-gonadal-revision-X1665920111278412>

Capítulo 328

PRUEBAS PARA DIAGNOSTICAR LA FIBROSIS QUÍSTICA

YOLANDA FRANCOS ÁLVAREZ

EVA ÁLVAREZ EIROA

1 Introducción

La fibrosis quística es una enfermedad hereditaria crónica, no contagiosa, considerada como una enfermedad rara.

En todo el mundo la sufren entre 70 y 100 mil personas.

Es una enfermedad de las glándulas sudoríparas y mucosas que afectan fundamentalmente a: los pulmones, el páncreas, el hígado y a los órganos sexuales. Las secreciones que se forman son más viscosas y densas, lo que conlleva a un taponamiento de los conductos de los pulmones, ocasionando gran dificultad al respirar y favoreciendo el crecimiento bacteriano.

La fibrosis quística es una enfermedad que va empeorando progresivamente con el paso del tiempo pudiendo llegar a ser mortal.

La dureza de los síntomas puede cambiar dependiendo de la persona y del tiempo. A veces el paciente tiene los síntomas muy severos desde su nacimiento y otras veces no se manifiesta hasta edad más avanzada. En algunas ocasiones de recién nacido apenas tienen síntomas y con el paso del tiempo va teniendo cada vez más.

Normalmente, tienen una enfermedad con síntomas más débiles, las personas las cuales no se le identifica la enfermedad hasta edad más adulta.

Las personas que padecen fibrosis quística tienen la dermis salada, debido al alto porcentaje de sodio y cloro que se encuentra en el sudor.

2 Objetivos

Describir signos y síntomas de la fibrosis quística.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Dependiendo de la gravedad de la enfermedad se pueden tener unos síntomas u otros.

Algunos de ellos pueden ser:

- Gran sensación de fatiga.
- Tos que perdura en el tiempo, con moco denso.
- Sonido silbante que se produce durante la respiración (sibilancia).
- Presencia de infecciones en los pulmones con frecuencia.
- Gran dificultad al respirar debido al gran porcentaje de moco que obstruyen las vías respiratorias.
- Estreñimiento.
- Presencia de mal olor en las heces.
- Pérdida de peso sin motivo aparente.

Los primeros signos que podemos ver en los bebés con fibrosis quística pueden ser:

- Crecimiento con bastante retraso.
- Dificultad al aumentar el peso.
- Piel con sabor a sal.

En algunos sitios a día de hoy se hace la detección temprana en bebés mediante una muestra de sangre o de sudor.

La prueba de la sangre a veces tiene que ser complementada por otras pruebas, ya que dicha prueba sirve para cuantificar los niveles de la sustancia tripsinógeno inmunorreactivo, pero en el caso de los recién nacidos los niveles pueden ser altos por otros motivos como por ejemplo el parto prematuro.

La prueba de sudor consiste en aplicar una sustancia que origina sudor en una porción de la piel.

Este sudor se analizará para comprobar si tiene un alto nivel en sal. En el caso de los bebés para realizar dicha prueba tiene que tener al menos dos semanas de vida.

Se puede detectar si un bebé tiene fibrosis quística incluso antes de nacer, cuando está en el vientre de la madre, mediante una prueba conocida con el nombre de amniocentesis.

A los pacientes que no se les haya realizado la prueba al nacer y tengan síntomas el médico les podría aconsejar realizar dichas pruebas.

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy la fibrosis quística es una enfermedad que no tiene cura. Los tratamientos de la fibrosis pueden aminorar los síntomas producidos por dicha enfermedad y poder conseguir una calidad de vida mejor, pero no curar la enfermedad.

Gracias a los tratamientos y la detección temprana de la enfermedad en la actualidad un paciente puede durar hasta los 40-45 años, incluso hay algunos casos que pueden llegar hasta los 50 años.

La fibrosis quística es una enfermedad que puede padecerlo tanto los hombres como las mujeres.

Para que una persona sufra esta enfermedad ambos progenitores tienen que ser vectores de dicha enfermedad.

6 Bibliografía

1. <https://www.medlineplus.gov>.
2. <https://www.mayoclinic.org>.
3. <https://www.fibrosisquistica.org>.
4. <https://www.msdmanuals.com>.

Capítulo 329

PRUEBAS PARA DETECTAR EL LINFOMA DE HODGKIN

EVA ÁLVAREZ EIROA

YOLANDA FRANCOS ÁLVAREZ

1 Introducción

El linfoma de Hodgkin afecta al sistema linfático. Es un cáncer que se forma cuando una célula empieza a crecer excesivamente. Esto puede suceder con cualquiera de las células que poseemos en nuestro organismo, y puede llegar a extenderse a cualquier órgano de nuestro cuerpo.

El linfoma de Hodgkin puede ser padecido en cualquier periodo de edad de un ser humano, pero suele ser más predominante entre la franja de edad comprendida entre 20 y 40 años y los mayores de 55.

Este tipo de linfoma puede crecer y extenderse de diferentes formas, con lo cual intentar curarse de diversas maneras.

El 80% de los pacientes sufren linfoma de Hodgkin clásico (CHL). Este a su vez lo podemos distinguir en: linfoma de Hodgkin con esclerosis modular: es el más frecuente y lo suelen padecer las mujeres más jóvenes. linfoma de Hodgkin con celuridad mixta: suelen sufrirlo las personas con VIH. linfoma de Hodgkin con predominio linfocitarios. linfoma de Hodgkin con depleción linfocitaria.

Estos dos últimos tipos de linfomas son menos frecuentes que los dos primeros.

El 20% pueden sufrir predominio nodular (N2PHL). Este tipo de linfoma suele predominar más en los hombres que en las mujeres y su crecimiento normalmente

aumenta con gran rapidez.

Para tratar de curar tanto el linfoma clásico como el nodular se usan diferentes tratamientos.

2 Objetivos

Explicar las señales y los síntomas del linfoma de Hodgkin y conocer las pruebas utilizadas para detectar y poder averiguar la extensión del mismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 signos más comunes del linfoma de Hodgkin son: inflamación en los ganglios de las axilas, cuello e inguinal. fiebre y pérdida de peso sin motivo aparente.

Si presentamos algunos de estos síntomas es aconsejable acudir al especialista.

El especialista nos pedirá que realicemos varias pruebas. De esta manera podremos conocer si se trata de un linfoma de Hodgkin y averiguar si se ha extendido es decir saber en qué etapa se encuentra el cáncer. Sabiendo esto podremos tratar el linfoma de la mejor manera posible.

Algunas de las pruebas que el especialista solicita son:

- Conocer el historial clínico del paciente (fundamental para que el médico pueda conocer la historia clínica del paciente).
- Realizar una analítica (para comprobar la extensión del cáncer).
- Exploración física del paciente.
- Efectuar una biopsia de los ganglios linfáticos que se han aumentado de volumen.

Hay varios tipos de biopsias y el médico elegirá la más conveniente para cada paciente.

La biopsia que se realiza con más frecuencia es la biopsia por escisión y cuando se extrae solo una pequeña parte se denomina biopsia por incisión.

También se realiza la llamada biopsia con aguja, esta suele utilizarse más cuando ya está diagnosticado el linfoma y si quiere corregir si existe algún cambio.

Todas estas muestras recogidas en las biopsias son verificadas en el microscopio en el laboratorio para verificar si se hallan células Reed-Sternberg (células linfoma Hodgkin). En ocasiones es necesario efectuar más pruebas en el laboratorio como la inmunocitoquímica.

Se efectuarán también estudios por imágenes. Algunos de estos estudios son: radiografía de tórax, tomografía computarizada, estos se realizarán mediante rayos x, campos magnéticos etc.

Estos estudios se suelen realizar para revisar: si el tratamiento que está llevando el paciente está siendo efectivo. la etapa en la que se encuentra el linfoma. si el cáncer regresa después de un tratamiento.

Los hematólogos utilizan un sistema conocido como clasificación de Lugano, para conocer la rapidez que tiene el linfoma en extenderse y la dividen en 4 etapas:

Etapa I: es cuando el linfoma únicamente se encuentra en un solo órgano linfático o en una única zona de los ganglios linfáticos.

Etapa II: es cuando el linfoma se localiza en dos zonas de los ganglios, también puede ubicarse en un órgano y en los ganglios más cercanos de él. El cáncer está fijado en una parte muy concreta del cuerpo que puede estar sobre el diafragma o por debajo de él.

Etapa III: el linfoma se expande hacia ganglios linfáticos que se localizan sobre el diafragma o debajo de él o ambos lados.

Etapa IV: el linfoma se extiende a algún órgano que se encuentra fuera del sistema linfático.

Los especialistas usan la letra A para identificar cuando el paciente que sufre el linfoma, no tiene síntomas de dicha enfermedad y la letra B cuando si los poseen.

Dependiendo en la etapa que se encuentre el linfoma y el tipo que sea, el médico

determinara su tratamiento. Algunos de los tratamientos más utilizados son: quimioterapia y la radioterapia.

Los hematólogos utilizan un sistema conocido como clasificación de Lugano, para conocer la rapidez que tiene el linfoma en extenderse y la dividen en 4 etapas:

Etapas I: es cuando el linfoma únicamente se encuentra en un solo órgano linfático o en una única zona de los ganglios linfáticos.

Etapas II: es cuando el linfoma se localiza en dos zonas de los ganglios, también puede ubicarse en un órgano y en los ganglios más cercanos de él. El cáncer está fijado en una parte muy concreta del cuerpo que puede estar sobre el diafragma o por debajo de él.

Etapas III: el linfoma se expande hacia ganglios linfáticos que se localizan sobre el diafragma o debajo de él o ambos lados.

Etapas IV: el linfoma se extiende a algún órgano que se encuentra fuera del sistema linfático.

Los especialistas usan la letra A para identificar cuando el paciente que sufre el linfoma, no tiene síntomas de dicha enfermedad y la letra B cuando si los poseen.

Dependiendo en la etapa que se encuentre el linfoma y el tipo que sea, el médico determinara su tratamiento. Algunos de los tratamientos más utilizados son: quimioterapia y la radioterapia.

Los hematólogos utilizan un sistema conocido como clasificación de Lugano, para conocer la rapidez que tiene el linfoma en extenderse y la dividen en 4 etapas:

Etapas I: es cuando el linfoma únicamente se encuentra en un solo órgano linfático o en una única zona de los ganglios linfáticos.

Etapas II: es cuando el linfoma se localiza en dos zonas de los ganglios, también puede ubicarse en un órgano y en los ganglios más cercanos de él. El cáncer está fijado en una parte muy concreta del cuerpo que puede estar sobre el diafragma o por debajo de él.

Etapas III: el linfoma se expande hacia ganglios linfáticos que se localizan sobre el diafragma o debajo de él o ambos lados.

Etapas IV: el linfoma se extiende a algún órgano que se encuentra fuera del sistema linfático.

Los especialistas usan la letra A para identificar cuando el paciente que sufre el linfoma, no tiene síntomas de dicha enfermedad y la letra B cuando si los poseen.

Dependiendo en la etapa que se encuentre el linfoma y el tipo que sea, el médico determinara su tratamiento. Algunos de los tratamientos más utilizados son: quimioterapia y la radioterapia.

5 Discusión-Conclusión

El linfoma de Hodgkin se puede manifestar indistintamente en cualquier célula de nuestro ser y a cualquier edad.

Detectar el cáncer, en las etapas más precoces de la enfermedad, ayuda a encontrar más recursos para su tratamiento. En algunas ocasiones aparecen señales y síntomas en las etapas iniciales, aunque no siempre se da este caso, a veces no se manifiestan hasta fases más avanzadas.

Una vez diagnosticada y dependiendo en la fase de la enfermedad que nos encontremos el facultativo decidirá el tratamiento a seguir tras valoraciones y pruebas pertinentes.

Se realizará un seguimiento de la evolución de la enfermedad en el paciente, para conocer si los resultados del tratamiento elegido son satisfactorios.

6 Bibliografía

[Https://medlineplus.gov/spanish/hodgkindisease.](https://medlineplus.gov/spanish/hodgkindisease)

[Https://w.w.w.cancer.org-linfoma-hodghin-deteccion.](https://w.w.w.cancer.org-linfoma-hodghin-deteccion)

[Https://w.w.w.cancer.org -se diagnostica.](https://w.w.w.cancer.org-se%20diagnostica)

[Https://vencerelcancer.org.](https://vencerelcancer.org)

Capítulo 330

ANÁLISIS PATOLÓGICO DE CANCER DE ENDOMETRIO

VERÓNICA PIEDRA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Este tipo de cáncer se origina cuando células en el endometrio que el endometrio debemos saber que es el revestimiento interno del útero, estas células comienzan a crecer de forma muy descontrolada. Los carcinomas endometriales se suelen dividir muy a menudo en diferentes tipos todo depende de cómo se ven las células cancerígenas al microscopio. (Estos se denominan tipos histológicos). Algunos tipos mas comunes de este cancer pueden ser:

Adenocarcinoma.

Carcinosarcoma uterino o CS.

Carcinoma de células escamosas.

Carcinoma de células pequeñas.

Carcinoma transicional.

Carcinoma seroso.

Hay algunos tipos de este cancer que son mucho menos comunes como pueden ser: carcinoma de células claras, adenocarcinoma mucinoso, carcinoma indiferenciado, carcinoma desdiferenciado, y adenocarcinoma seroso. Estos cánceres suelen crecer y expandirse mucho más rápido que la mayoría de los tipos más comunes nombrados anteriormente. Algunas veces este cancer se extienden fuera del útero al momento en que son diagnosticados.

Se suele diagnosticar con más frecuencia cuando la mujer acude al médico porque presenta algún síntoma que le hace sospechar que siente alguna molestia rara como síntoma o por que en una revisión ginecológica el medico observe alguna

cosa extraña, o que la mujer en la revision note molestias que normalmente nunca noto en otras revisiones.

2 Objetivos

Describir el análisis patológico del cáncer de endometrio a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Mujer de 40 años ingresa en el hospital por sangrado vaginal de 3 días de evolución y de mucha abundancia. No tiene antecedentes de interés médico, no hay antecedentes familiares de cáncer, no toma ninguna medicación, fundadora de una caja de tabaco al día. Se decide realizarle una ecografía en la cual hay hallazgo ecográfico de endometrio de 37 mm con un aumento importante de la vascularización y sus vasos muestran una baja resistencia. Se decide realizar legrado fraccionado para que se mande a analizar la muestra de tejido endometrial extraída por medio de la biopsia o el procedimiento de dilatación al laboratorio de anatomía patológica en el cual en el legrado se observan al microscopio para ver si hay cáncer. Si se descubre cáncer, el informe del laboratorio indicará el tipo de cáncer de endometrio (como endometrioides o de células claras) y el grado del cáncer. Al cáncer de endometrio se le asigna un grado en una escala del 1 al 3, según su parecido al endometrio normal. En este caso el resultado anatomopatológico de adenocarcinoma endometrioides bien diferenciado, grado 1, con endocervix sin lesiones. Tras el legrado se repite la ecografía para valorar la invasión miometrial, con hallazgo de útero con masa endometrial que invade la cara anterior de miometrio en más de un 50% y estudio Doppler compatible con carcinoma de endometrio. En la sesión clínica se decide realizar una histerectomía con doble anexectomía y lavados peritoneales. El resultado de la anatomía patológica de la pieza quirúrgica fue: adenocarcinoma de endometrio bien diferenciado, grado 1, polipoides, que asienta en la cara anterior del útero con una infiltración miometrial menor de 50%, anejos normales y lavados negativos; estadio IB, grado 1.

4 Discusión-Conclusión

La cogida de muestras en una biopsia ante la duda de alguna patología maligna es muy importante llevarla siempre a analizar al servicio de anatomía patológica, dado que ellos son los que nos darán el resultado correcto de si es algo maligno,

y si es así nos pueden decir el grado de afectación de la patología que en este caso es de un cancer de endometrio. Nos relevan el grado del cancer para poder ponerle el tratamiento adecuado, también nos puede decir si hay algún tipo de infiltración miometrial y cuánto porcentaje de infiltración hay. El laboratorio de anatomía patológica también nos puede decir en qué estadio está el cáncer.

5 Bibliografía

1. Wikipedia.org
2. Cancer.org

Capítulo 331

RESIDUOS SANITARIOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

ESTELA GONZALEZ CUERVO

1 Introducción

Podemos entender que residuo es toda sustancia u objeto de la cual queramos desechar ya sea por nuestra voluntad o por obligación de hacerlo.

Dicha palabra proviene del latín “residuum” que significa material, que ya cumplió su misión para lo que se había adquirido, y pasa a ser un desecho generado por una o varias personas.

Existe mucha confusión con la legislación que se debe seguir, puesto que está regulada por varios normativos, una la europea, la nacional y las autonómicas, hablando de residuos sanitarios, existen en algunas comunidades para residuos de farmacia algunas ordenanzas locales.

Una de la ley que genera más interés dentro del ámbito farmacéutico es Ley 11/97, de 24 abril, envases y residuos de envases.

Dentro de las comunidades existe una norma de residuos sanitarios que se puso en marcha en Cantabria en 1990 y continuo en el resto de comunidades afectando al ámbito de farmacia.

Por último están las ordenanzas locales, que son las que definen los residuos eliminados por personal de limpieza sin ningún control o los que tendrán un papel distinto en su eliminación.

Para lo que es importante el término residuo es para el medio ambiente, dentro de la farmacia hospitalaria, existe el uso de medicamentos, con ellos se genera una alta cantidad de cartón productos químicos en caso de formulación magis-

tral, otro tipo de materiales para analíticas de sangre, orina, vacunas, y demás residuos.

2 Objetivos

Identificar los tipos de residuos dentro de la farmacia hospitalaria, para realizar una correcta eliminación de cada uno de ellos, y que posteriormente sean eliminados de forma correcta, ayudando así al medio ambiente y toda la salud pública.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Residuos no peligrosos:

- Grupo I:

Residuos similares a los domésticos: son los que se asimilan a la vida cotidiana dentro del hogar pero en los centros sanitarios y no necesitan un tratamiento especial a la hora de gestionarlos (papel, cartón, restos de cocina), pero si para su reciclaje.

- Grupo II:

Residuos similares a los domésticos pero sanitarios: se gestionan de manera distinta al grupo I, por la prevención de riesgo hacia los trabajadores, son los producidos por el trabajo sanitario pero no están considerados peligrosos. Ejemplo de estos residuos producidos en centros sanitarios son: restos de curas, material cortante sin estar contaminado, vacunas inactivas, medicamentos desechables como son los caducados, mal estado o los sobrantes, cualquier residuo no peligroso considerado químico.

Residuos peligroso.

- Grupo III:

Residuos peligrosos originados en ámbito sanitario: este tipo necesita una gestión específica para el manejo, por suponer un riesgo ya sea para el trabajador o el

medio ambiente, pero son generados por el trabajo sanitario diario. Se clasifican en:

Residuos biológicos: son los que necesitan una manipulación, transporte y eliminación adecuada para no contraer ninguna infección, sin ser de los mas contaminantes por su gran parecido a las basuras generadas en las calles. Ejemplos son, material cortante que necesita una manipulación para no contaminarse, cultivos en contacto con agentes infecciosos, vacunas vivas e incluidos sus utensilios.

Residuos medicamentosos citotoxicos y citostaticos: son los sobrantes de medicamentos anticancerosos incluyendo el material utilizado para la preparación, administración de dicho medicamento como son: guantes , viales, medicamentos caducados, material utilizado o que pudiese estar en contactos.

En la farmacia hospitalaria suelen tener procedimientos para la manipulación de estos residuos, al ser uno de los lugares donde se prepararan estos fármacos.

Residuos quimicos: son los que vienen producidos por productos químicos, estos necesitan tener cierto etiquetado para saber ante que residuos nos encontramos y que peligrosidad presenta para tomar unas u otras medidas de seguridad tanto las personas como con del medio ambiente, ejemplos: disolventes, ácidos o mercurio.

- Grupo IV:

Residuos peligrosos que no son sanitarios: son los originados por el trabajo pero no atienden a criterios sanitarios y pueden generar daños tanto ambientales como personales, teniendo que valorar que tipo de residuo es y seguir la normativa de etiquetado y clasificación, ejemplos: pilas, aceites, aparatología eléctrica, envases con restos tóxicos, pinturas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Es importante para un técnico en farmacia hospitalaria saber identificar con claridad todo tipo de materiales que tiene que manejar en su puesto de trabajo diario, para gestionar de forma correcta cualquier tipo de residuo sanitario que tenga que desechar, sobre todo los que pueden liberar partículas contaminantes al medio ambiente siendo también contraproducentes para organismos vivos. Por todo esto dentro de la farmacia hospitalaria es importante seguir la normativa de identificación, separación y eliminación para cada residuo y así evitar problemas de salud derivados de la mala gestión de materiales derivados del uso cotidiano del trabajo que desarrollamos los técnicos de farmacia hospitalaria.

6 Bibliografía

1. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000700009.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000447.htm>.
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-residuos-establecimientos-sanitarios-13042370>.

Capítulo 332

LA IMPORTANCIA DE UN CORRECTO LAVADO DE MANOS PARA LOS HIGIENISTAS EN LA CLÍNICA DENTAL

MARÍA CRISTINA ALONSO ÁLVAREZ

1 Introducción

La higiene de manos es un aspecto fundamental para el personal sanitario, ya que los higienistas dentales pueden transmitir importantes infecciones a través del contacto con sus pacientes y en ocasiones, cuando se tiene prisa se puede pasar por alto la forma adecuada de cómo lavarse las manos antes de atender a un paciente determinado.

Lavarse las manos habitualmente es una de las mejores medidas contra las infecciones, para evitar enfermedades y también para la prevención de microorganismos hacia otras personas.

Una adecuada higiene de manos es imprescindible a la hora de llevar a cabo intervenciones diarias para que la práctica en clínica sea totalmente segura.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fomenta desde hace unos años la higiene de manos como una forma de prevenir el aumento de microorganismos en el ámbito sanitario.

Con el propósito de ayudar a incluir mejoras en la correcta higiene de manos, la Organización Mundial de la Salud elaboró en el 2009 un manual técnico de referencia para la higiene de manos. En el manual se hace alusión a la enseñanza y la importancia de la higiene de manos, aportando información detallada sobre la aplicación de los 5 momentos para realizar la higiene de manos.

Por lo tanto, es esencial, que el personal sanitario presente unas prácticas adecuadas en cuanto a la higiene de las manos así como al cuidado de las mismas.

2 Objetivos

Transmitir los inconvenientes así como la importancia de una buena higiene de manos en el ámbito sanitario con el fin de prevenir determinadas enfermedades.

3 Metodología

Para elaborar el presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión basada en literatura de tipo científico, se ha recabado información en diferentes revistas científicas y libros, así como en diversidad de artículos en base de datos como Medline, Scielo y Google Académico entre otros.

4 Resultados

Los inconvenientes de un incorrecto lavado de manos son las diversas enfermedades que pueden afectar a la salud, las cuales se van a nombrar a continuación:

- Infecciones de tipo respiratorio.
- Infecciones oculares.
- Gastronteritis
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Neumococo
- Lombrices intestinales

Con el fin de prevenir este tipo de enfermedades se nombrarán una serie de medidas o estrategias para la correcta higiene de manos:

Según la Organización Mundial de la OMS los pasos a seguir serían

- Mojarse las manos
- Utilizar una buena cantidad de jabón para cubrir la mano
- Frotar las palmas
- Frotar la palma de la mano derecha contra la mano izquierda (concretamente el dorso), también se entrelazarán los dedos
- Frotar las palmas con los dedos entrelazadas

- Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la otra mientras se tienen los dedos unidos
- Se rodeará el dedo pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha
- Frotar los dedos por las puntas contra la mano izquierda, mientras se llevan a cabo movimientos rotatorios
- Aclarar bien las manos
- Secarlas con una toalla (preferentemente que solo tenga un uso)

Tener una enfermedad o no es algo tan sencillo como realizar una adecuada higiene de manos. Es el método más eficaz, rápido y de bajo coste para intentar evitar diversas enfermedades ocasionadas por parásitos. Por lo tanto es muy importante que esto no solo sea un hábito diario en la vida de las personas, si no más bien tenerlo en cuenta como la clave para la prevención de distintos tipos de enfermedades.

El lavado de manos facilita la prevención de padecer hasta doscientas enfermedades así como la disminución a la resistencia de los antibióticos, esto es debido a que se reduce el contagio de enfermedades que precisan este tipo de medicamentos que se nombraban con anterioridad.

5 Discusión-Conclusión

Es tan importante la higiene de manos que en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 15 de octubre se declaró como el día mundial de lavado de manos y en la OMS el 5 de mayo.

En mayo de 2004 la 57ª asamblea mundial de salud dio de paso la elaboración de una alianza internacional, para favorecer la seguridad del paciente. En este documento se hace referencia a unas recomendaciones acordadas con consideraciones sobre la higiene de manos, siendo esta una medida esencial para poder llegar a prevenir y controlar las diversas infecciones.

Por lo tanto, el ámbito odontológico no se puede quedar atrás en cuanto a la importancia del lavado de manos, sobre todo para mantener una buena practica en las actuaciones diarias.

Será fundamental concienciar al personal de higiene bucodental, así como a otros a mantener una correcta y exhaustiva limpieza de manos

6 Bibliografía

- 1.<https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/los-pasos-para-una-tecnica-correcta-de-lavado-de-manos-segun-la-oms>
- 2.<https://schoolnurses.es/enfermedades-que-se-previenen-con-un-correcto-lavado-de-manos/>
- 3.<https://www.cdc.gov/handwashing/esp/index.html>
4. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/los-pasos-para-una-tecnica-correcta-de-lavado-de-manos-segun-la-oms>

Capítulo 333

ANATOMÍA PATOLÓGICA Y DIAGNOSTICO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD DE PICK

VANESSA GARCÍA DE LA FUENTE

LUCÍA RONDEROS LÓPEZ

VERÓNICA SANMARTINO CUETO

MELISA VEIGA BAPTISTA

ANDREA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El envejecimiento supone cambios en nuestro organismo, y su funcionamiento puede verse mermado como consecuencia del mismo.

En este capítulo intentaremos abordar un tipo de demencia presenil poco conocida que constituye solo un uno por ciento del total de demencias, es la enfermedad de Pick.

Empezaremos haciendo una pequeña introducción a las demencias, un grupo de enfermedades muy asociado al problema del envejecimiento de la población.

Las demencias se han convertido en otra gran epidemia del nuestro siglo y la OMS las reconoce como una prioridad en salud pública.

A nivel cognitivo, se puede observar una pérdida de facultades intelectuales que con frecuencia va acompañada de alteraciones de la personalidad, cognitivas o

emocionales, en el momento en que comienzan a suponer un problema de desadaptación social de un individuo (tanto a nivel laboral como doméstico) podemos empezar a pensar que existe una demencia.

La demencia puede afectar a las áreas de la memoria, la atención, y la resolución de problemas, aunque en estudios anteriores puede notarse ya pérdida de orientación espacio- temporal o de identidad. La demencia puede ser reversible o irreversible según el origen etiológico del desorden.

Las personas afectadas podrían mostrar también rasgos psicóticos, depresivos y delirios. También pueden afectar al lenguaje, la comprensión, habilidades motoras, memoria a corto plazo, tiempo de reacción, y funciones ejecutivas.

Aunque la alteración de la memoria pueda, no ser un síntoma predominante en algunos casos al inicio de la enfermedad es la alteración típica de las demencias y su presencia es condición esencial para su diagnóstico.

Clasificación:

Las demencias son clasificadas en función de distintos criterios, en función de la edad a la que aparecen, la etiología, los signos que acompañan y si tienen o no tratamiento.

La mayoría de las demencias son de origen degenerativo y la enfermedad de Alzheimer es la más frecuente representando un 60-75% del total de las demencias y afectando a entre un 5-10% de la población mayor de 65 años.

Aunque la causa más común de demencia es la Enfermedad de Alzheimer (EA), no es la única, también puede ocurrir a causa de múltiples infartos que acaben dañando zonas claves del cerebro y produzcan finalmente demencia vascular o bien por trastornos como la degeneración frontotemporal, que acaba produciendo la demencia del mismo nombre, entre otros.

Otro tipo de demencia que debemos nombrar es la demencia por cuerpos de Lewy ya que es la segunda demencia en frecuencia y representa entre el 10 y el 25% del total de las demencias.

Demencias frontotemporales:

Las demencias frontotemporales representan entre el 12 y el 20% del total de las demencias y el 20% de las demencias preseniles.

La demencia frontotemporal (DFT) es un término clínico que se refiere a un grupo de trastornos neurodegenerativos progresivos que afectan a los lóbulos temporal y frontal (degeneración frontotemporal, DLFT) causando alteraciones en la personalidad, pérdida de la capacidad de reconocer el significado de palabras y objetos, alteraciones del lenguaje y deterioro cognitivo global, por lo que muchas veces se diagnostican al inicio como un trastorno psiquiátrico o en fases más avanzadas incluso puede llegar a confundirse con la Enfermedad de Alzheimer, por lo que

es importante la realización de diagnóstico diferencial así como el que haya unos criterios diagnósticos establecidos.

Se reconocen una serie de variantes de DFT. Hay diversos criterios por los que realizar las diversas diferenciaciones, tanto en base a sus distintas manifestaciones clínicas, como por los hallazgos de la anatomía patológica o la topografía de las lesiones, de manera que las variantes clínicas resultan como consecuencia de la inicial distribución de las lesiones, más que de la propia naturaleza de las mismas; así, la topografía lesional puede ser circunscrita lobar o bilateral, aunque comúnmente es asimétrica. La afectación de las distintas estructuras anatómicas, y subsiguientemente su correspondiente implicación funcional, motivan la aparición de distintos cuadros clínicos, por lo que en algunas ocasiones dicha afectación puede manifestarse como defectos aislados o selectivos de ciertas funciones corticales, dando lugar a lo que se ha llamado degeneraciones focales, en las que la clínica se limita al déficit de una función cortical durante un tiempo prolongado, cifrado generalmente y por consenso, en un periodo mayor de dos años. En estos casos, la topografía lesional inicial condiciona su clínica inicial y posteriormente, la evolución vendrá determinada por un lado, por el incremento de las lesiones iniciales que en general se relaciona con la progresión del déficit clínico aislado inicial y por otra parte, por la posibilidad de progresar hacia las estructuras anatómicas vecinas, con la consiguiente generalización de la afectación funcional.

Existen variedades del síndrome frontotemporal. En ausencia de una clasificación unitaria que utilice a la vez criterios clínicos e histológicos, ha existido una cierta confusión terminológica, hablándose así de demencia frontal, demencia frontal con enfermedad de motoneurona, disfasia progresiva primaria, degeneración corticobasal o la enfermedad de Pick, que se tratará a continuación.

2 Objetivos

- Dar a conocer este tipo poco frecuente de demencia clasificada dentro de las demencias preseniles.
- Conocer sus principales características.
- Ayudar a su diagnóstico diferencial.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se

ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

A continuación se exponen los datos que, tras la revisión bibliográfica resumen la enfermedad estudiada para facilitar un diagnóstico correcto de este tipo concreto de demencia.

Enfermedad de Pick.

Evolución del concepto y los criterios diagnósticos.

La degeneración frontotemporal fue descrita por primera vez hace más de 115 años, en 1892, por Arnold Pick. Los exámenes postmortem del cerebro no comenzarían a realizarse hasta 1911, año en el que Alois Alzheimer describió la ausencia de placas seniles y “tangles” neurofibrilares en contraposición a la presencia de neuronas abalonadas y cuerpos de inclusión intraneuronales, de forma redondeada y argirofílicos, en el interior del córtex cerebral y el hipocampo que años más tarde Onari y Spatz pasaron a denominar neuronas y cuerpos de Pick, respectivamente y establecieron por primera vez unos criterios para el diagnóstico de la “enfermedad de Pick”:

Atrofia macroscópica en el lóbulo temporal o el frontal.

Preservación característica de la primera circunvolución temporal, la circunvolución transversa y del asta de Ammon.

Cambios degenerativos primarios en la sustancia gris cortical con patología concomitante de la sustancia blanca correspondiente.

Pérdida de neuronas acentuada en las capas corticales superficiales I-IIIa.

Presencia ocasional de neuronas abalonadas.

Ausencia de arterioesclerosis, cambios inflamatorios, NFT y placas seniles.

Presencia ocasional de cuerpos de Pick, que no influyen en las manifestaciones clínicas.

Con el paso de los años, el término “enfermedad de Pick” se fue volviendo cada vez más confuso porque se empleaba para denominar a cualquier atrofia frontotemporal, independientemente de que estuvieran presentes o no las células y los cuerpos de Pick, lo que llevó a Constantinidis et al a establecer una división en tres grupos en función de los cambios neuropatológicos presentes:

Casos “clásicos”: presencia de cuerpos y células de Pick (enfermedad de Pick clásica)

Casos en los que presentan atrofia cortical y neuronas balonizadas: actualmente degeneración corticobasal (CBD)

Casos en los que los pacientes no presentan ninguno de los criterios: hoy en día quizá se vean como gliosis subcortical progresiva.

Las dificultades para diferenciar los subtipos de degeneración frontotemporal, así como para su clasificación histológica llevaron a que los esfuerzos se centraran en la definición de la clínica.

Por esto, en 1994 se establecieron los criterios de Lund-Manchester para la demencia frontotemporal, que permitieron reconocer los casos al describir las manifestaciones clínicas características y se llegó a la conclusión de que a degeneración frontotemporal era una alteración relativamente común entre las personas jóvenes con demencia. Cuatro años más tarde, en 1998, Neary et al complementaron los criterios de Lund-Manchester con el fin de tratar de afinar el diagnóstico de manera que podemos diferenciar tres formas de degeneración frontotemporal: demencia frontotemporal, afasia no fluente progresiva y demencia semántica

A partir de este momento comenzaron a realizarse estudios con el fin de tratar de encontrar la patogenia asociada a esta patología, pero no sería hasta el descubrimiento de una variante ligada al cromosoma 17 (que aparece asociada a parkinsonismo, FTDP-17) cuando se empezaron a hacer estudios anatomopatológicos de los cerebros de estas familias, en los que se observaron agregados de proteínas en el interior de las neuronas y/o las células gliales que recordaban a los “tangles” neurofibrilares de la EA y en ocasiones también a los cuerpos de Pick, pero lo que siempre ocurría era que estaban compuestos por agregados de proteínas tau. Con posterioridad se observó que es el gen que codifica la proteína tau (MAPT) mutado el responsable de la enfermedad, al menos en algunas familias. Este hallazgo resultó ser tremendamente importante, no sólo por ser el primer gen vinculado a la FTLT, sino porque se encontró que cualquier alteración en la estructura y/o la función de la proteína tau era capaz de producir un trastorno neurodegenerativo por sí misma.

Características

Suele iniciarse entre los 40 y los 65 años, con lo cual se clasifica dentro de las demencias preseniles, tiene una prevalencia similar a la de la enfermedad de Alzheimer, afectando por igual a hombres y a mujeres. Predominan los síntomas conductuales de las etapas iniciales de la demencia frontotemporal. La heterogeneidad de la clínica es notable, ya que los pacientes muestran una combinación de signos de entre desinhibición, demencia, apraxia, parkinsonismo y enfermedad de las motoneuronas. Los síntomas tempranos se incluyen anomalías

cognitivas, conductuales y a veces motoras, pero no se ve afectada la memoria ni el criterio personal.

Salvo en los casos en que se ha identificado un defecto genético, la evaluación del cerebro y la neuropatológica son fundamentales para determinar la entidad subyacente a la FTLTD. Incluso en aquellos casos caracterizados genéticamente no es raro encontrar la coexistencia de procesos neurodegenerativos con otras patologías que quizá contribuyan a que la enfermedad se manifieste en mayor o menor grado. La neuropatología del cerebro, ya sea en la autopsia o en la biopsia, constituye el “gold estándar” para el diagnóstico neuropatológico. Aunque la mayoría de los casos vistos por los neuropatólogos ya eran de enfermedad avanzada, hay una creciente creencia de que las alteraciones histológicas se encuentran ya presentes tiempo antes (incluso años) de que comiencen a aparecer las manifestaciones clínicas, de manera que esto permitiría el diagnóstico de una FRLD preclínica en sujetos normales.

Macroscópicas

El cerebro de un paciente con FTLTD presenta típicamente un descenso del peso inferior a los 1000 gramos (Enfermedad muy avanzada) con atrofia focal simétrica del lóbulo frontal, del temporal o de ambos (en algunos pacientes es asimétrica y se manifiesta a nivel de la zona perisilviana en unos de los lados), que presentan un característico aumento de la profundidad de los surcos y estrechamiento de las circunvoluciones en forma de “filo de cuchillo”. Menos a menudo aparecen alteraciones subcorticales. Esta atrofia focal en muchos casos es la peor de todas las entidades neuropatológicas y en aquellos pacientes que mueren en fases tempranas de la enfermedad la afectación cerebral suele ser leve.

En estudios de imagen estructurales, con TC o MRI, se demuestra atrofia de los lóbulos frontal y temporal anterior en ocasiones.

Las pruebas de perfusión muestran típicamente que hay un descenso de la perfusión de los lóbulos frontal y temporal. En algunos casos estas alteraciones muestran una asimetría. De forma más general, la atrofia o los déficit de perfusión (p.ej del lóbulo parietal) son más compatibles con el Alzheimer.

Microscópicas:

El hallazgo microscópico diferencial es la presencia de los cuerpos de Pick, inclusiones redondeadas u ovales grandes en el pericarion neuronal que son de tamaño similar al núcleo y ligeramente basófilos que son difíciles de ver con las técnicas clásicas de H&E, pero intensamente argirofílicos en las tinciones de Bodian o Bielchowsky (también existen cuerpos de forma irregular, que son característicos del locus coeruleus). Los cuerpos de Pick son negativos para la técnica de Gallyas, que por otro lado demuestran prominentemente todas las formas de

degeneración neurofibrilar y tampoco son positivos para las tioflavina-S, por lo que carecen de la estructura física del amiloide.

En la mayoría de las formas de FTLD el examen con una tinción de hematoxilina-eosina (H&E) muestra microvacuolación y pérdida neuronal. En muchos casos es evidente que la mayor afectación aparece a nivel de la capa II del cortex cerebral. En los casos avanzados hay microvacuolación transcortical y pérdida de neuronas. Las neuronas corticales abalonadas y acromáticas (células de Pick) se caracterizan por poseer un núcleo excéntrico y un citoplasma eosinofílico amplio y variablemente argirófilo que carece de sustancia de Nissl, retículo endoplásmico y es pobre en orgánulos y además de que estas neuronas pueden verse con inmunotinciones para alfa B-cristalina pero estas no son específicas para determinar los subtipos.

Pueden verse pérdida de mielina en la sustancia blanca y gliosis astrocitaria, así como puede haber pérdida de neuronas en los ganglios de la base y la sustancia negra en algunos casos.

Aunque algunas enfermedades degenerativas pueden identificarse con tinciones convencionales, se prefiere la IHQ por ser más sensible y fiable y por ello se han desarrollado sistemas de trabajo en relación a ellos. Pero aunque ésta sea esencial para determinar la patología molecular subyacente de la mayoría de las enfermedades neurodegenerativas, hay otras técnicas disponibles para completar el diagnóstico neuropatológico como la determinación de la presencia de agregados de proteínas anormales en las neuronas y/o células de la glía o en el neurópilo, sin embargo, la identificación de estos no siempre se correlaciona bien con las manifestaciones clínicas. Otros marcadores, como la pérdida de neuronas y de sinapsis en las áreas afectadas se correlacionan mejor con la pérdida cognitiva y la disfunción motora.

Existe una marcada variación en la expresión antigénica de los cuerpos de Pick entre los casos y según la región afectada, de manera que algunos anticuerpos contra tau como PHF-1 y tau-1 reconocen la mayoría de los cuerpos de Pick mientras que Alz-560 y tau-2 solo lo hacen en algunos casos, este último se restringe a los de la zona de la fascia dentada, el hipocampo y la corteza temporal adyacente. Además de por estos, también son reconocidos por otros anticuerpos, como los que reaccionan a la degeneración neurofibrilar en la enfermedad de Alzheimer, siendo una excepción Ki-67 (que aparece en la degeneración y en la Enfermedad de Pick, pero no en los cuerpos de Pick). La inmunorreactividad para ubicuitina depende del anticuerpos usado, así como también expresan proteoglicanos, el componente P del amiloide y cromogranina A (en la fascia dentada y el neocortex, pero no en las neuronas piramidales del hipocampo).

La bioquímica también es útil. Métodos de fraccionamiento pueden usarse para clasificar las tauopatías, ya que la proteína tau patológica es insoluble, por lo que es detectable y puede caracterizarse su isoforma, y diferenciar la EA de la FTLT, en la que predomina tau-3R)

Diagnóstico diferencial

Se establece un nuevo tipo de clasificación gracias a Cairns et al, que correlaciona las manifestaciones clínicas con las características histológicas de manera que se pueden diferenciar, principalmente, los siguientes tipos histológicos.

Tauopatías:

- Tau 3R:

Enfermedad de Pick: gliosis transcortical con inclusiones intraneuronales redondeadas tau positivas (cuerpos de Pick).

FTLD-17: "tangles" neurofibrilares tau positivas en el interior de neuronas y células gliales

- Tau 4R:

Degeneración corticobasal (CBD).

Parálisis supranuclear progresiva (PSP).

Demencia frontotemporal con mutación en MAPT.

- Tau 3R y 4R:

Demencia por ovillos neurofibrilares.

Demencia frontotemporal con mutación de MAPT.

No tauopatías:

- TDP-43: Ubiquitín/TDP43 positivas.

- FTLD-U tipo 1: abundantes neuritas distróficas en la lámina cortical superficial con algunas inclusiones citoplasmáticas intranucleares no neuronales.

- FTLD-U tipo 2: numerosas inclusiones citoplasmáticas en las neuronas de la lámina cortical superficial y profunda.

- FTLD-U tipo 3: patología predominante en las capas superficiales de la corteza con numerosas inclusiones citoplasmáticas en las neuronas, neuritas distróficas e inclusiones intranucleares.

No tauopatía, no TDP-43:

- Microvacuolación sin inclusiones neuronales, es decir, falta de diferenciación histológica (DLH).

- Demencia con inclusiones de filamentos intermedios neuronales (NIFID).

5 Discusión-Conclusión

Los criterios diagnósticos de la enfermedad de Pick se han confrontado con otros puntos de vista debido a la ambigüedad inicial del término. Esta confusión deriva de que en un principio este término implicaba tanto hallazgos puramente histológicos, tales como los cuerpos de Pick, como un síndrome clínico que podía tener lugar incluso en ausencia de los cuerpos de Pick.

Se propuso que el concepto “Enfermedad por cuerpos de Pick” se empleara únicamente para designar la aparición de inclusiones argirofílicas compatibles con los cuerpos de Pick y que estos se encuentren asociados a la enfermedad, es decir, que hace referencia a los cambios patológicos asociados a la enfermedad.

Se puede emplear el término “Enfermedad de Pick” para describir las manifestaciones clínicas, pues los cuerpos de Pick pueden aparecer asociados a otras patologías.

Por todo esto es conveniente evitar los paralelismos con la terminología con el fin de que no haya confusiones, sin olvidarse de la importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial, principalmente con la enfermedad de Alzheimer, al ser la segunda más frecuente tras ésta.

6 Bibliografía

1. Cruz Sánchez, FF. Neuropatología, diagnóstico y clínica. Madrid: Edimsa; 2000. p.48-49.
2. Cruz Sánchez, FF. Neuropatología, diagnóstico y clínica. Madrid: Edimsa; 2000. p.577-585.
3. Bird, TD; Miller, BL. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. En: Hauser, SL; Josephson SA; English, JD, Ångstrom, JW. Harrison.
4. Neurología en medicina clínica. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, S.A.U; 2007. p.273-87.
5. ACTUALIZACIÓN DE LAS DEMENCIAS FRONTOTEMPORALES[Internet] Disponible en <http://svneurologia.org/fc/frontotemporal.html>
6. David Mann, FTLD- a coming of age. Acta Neuropathol (2007) 114:1-4.
7. Toshiki Uchihara, Kenji Ikeda and Kuniaki Tsuchiya; Symposium: Neuropathological Criteria for Neurodegenerative Diseases Pick body disease and Pick syndrome. Neuropathology 2003; 23, 318-326.
8. Guy M. McKhann, Marilyn S. Albert, Murray Grossman, Bruce Miller, Dennis Dickson, MD; Clinical and Pathological Diagnosis of Frontotemporal Dementia

Report of the Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease. Arch Neurol. 2001;58:1803-1809.

9. Nigel J. Cairns, Ellen H. Bigio, Ian R. A. Mackenzie, Manuela Neumann, Virginia M., Y. Lee, Kimmo J. Hatanpää; Neuropathologic diagnostic and nosologic criteria for FTLN: consenso del Consorcio para la FTLN. Acta Neuropathol (2007) 114:5-22.

10. Hong Bian, Murray Grossman; Frontotemporal lobar degeneration: recent progress in antemortem diagnosis. Acta Neuropathol (2007) 114:23-29.

11. Julie Snowden, David Neary, David Mann; Frontotemporal lobar degeneration: clinical and pathological relationships. Acta Neuropathol (2007) 114:31-38.

12. Félix F. Cruz Sánchez. Neuropatología. Diagnóstico y Clínica. Editores médicos.

13. Classification and description of Frontotemporal Dementias. D NEARY, J.S.SNOWDEN, D.M.A MANN. Department of Pathological Sciences, University of Manchester.

Capítulo 334

HIGIENE BUCODENTAL DE PACIENTES CON APARATOS DE ORTODONCIA

VANESA FERNANDEZ VILLAR

1 Introducción

La ortodoncia es una especialidad de la odontología que estudia, previene y corrige las alteraciones del desarrollo, las formas de las arcadas dentarias y la posición de los maxilares, con el fin de restablecer el equilibrio morfológico y funcional de la boca y de la cara, mejorando también la estética facial.

En los tratamientos de ortodoncia se utilizan básicamente dos tipos de aparatos: -Aparatos removibles, son aparatos que el paciente se puede quitar para limpiarlos.

-Aparatos fijos, es la ortodoncia formada por la combinación de Brackets, elementos metálicos o cerámicos pegados a los dientes, y de arcos de metal que los atraviesan. Este tipo de ortodoncia está asociada a una mayor inflamación gingival y sangrado de encías ya que la higiene bucal es más complicada de realizar. Durante el tratamiento de ortodoncia, ya sea con aparatos fijos o removibles, es fundamental prestar una especial atención a la salud bucodental, realizando un correcto cepillado de los dientes y los aparatos con productos específicos para portadores de ortodoncia.

El control de la placa es una de las claves para la prevención de las complicaciones periodontales y para el éxito del tratamiento ortodóncico. La colocación de aparatos de ortodoncia, tanto fijos como removibles, conlleva modificaciones

desfavorables en la composición de la placa bacteriana, lo que aumenta considerablemente los riesgos periodontales y de caries.

2 Objetivos

Exponer la importancia de mantener una buena higiene bucodental durante la ortodoncia, para prevenir enfermedades bucodentales como la caries, gingivitis o periodontitis, complicaciones que pueden enlentecer el curso de la ortodoncia o incluso pueden obligar a suspender el tratamiento.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de estudios y artículos científicos en las principales bases de datos como Google académico, scielo, Pubmed y Medline, y se han seleccionado los estudios procedentes de investigaciones académicas revisadas. Palabras clave: ortodoncia, higiene dental, Brackets, aparatos removibles.

4 Resultados

Cuando se inicia un tratamiento de ortodoncia es imprescindible mantener una correcta higiene bucodental para evitar enfermedades periodontales y caries.

Independientemente del tipo de tratamiento ortodóncico que se utilice, aparatos removibles o fijos, hay que extremar la higiene, sobre todo cuando se trata de Brackets ya que en la aparatología fija es más fácil que se acumulen los restos de comida.

Es importante que los pacientes sean instruidos con pautas adecuadas de higiene oral para minimizar las complicaciones que surgen derivadas de la complejidad de la eliminación de la placa bacteriana, como son la gingivitis, caries o mal aliento.

Pautas de higiene con ortodoncia fija (Brackets):

El cepillado es la fase más importante en la rutina de higiene oral que debe realizar el paciente. Se debe realizar después de cada comida y especialmente antes de irse a dormir, sin dejar pasar mucho tiempo para que los restos de alimentos no se queden pegados a los Brackets y tiene que durar entre 2 y 3 minutos.

Se debe utilizar un cepillo especial para ortodoncia, puede ser manual o eléctrico. Si es manual, es recomendable que las cerdas sean de dureza media o suave y con forma de V.

Se recomienda el uso de una pasta de dientes con flúor para proteger los dientes contra las caries.

Para realizar un cepillado más profundo, es necesario utilizar cepillos interproximales para limpiar los espacios entre los Brackets, así como todas las superficies de estos. Deben utilizarse al menos una vez al día.

Tras el cepillado de los dientes, brackets y lengua, se debe utilizar el hilo dental especial para ortodoncia llamado Superfloss y que consta de 3 partes: una parte rígida que permite pasarlo entre los arcos, otra parte con una especie de esponja y una tercera parte con hilo dental convencional.

Como coadyuvante, el paciente también puede utilizar colutorios especiales para ortodoncia.

Para que la higiene sea aún más exhaustiva se recomiendan irrigadores bucales. Aparatos que desprenden un chorro fino de agua a presión y eliminan gran cantidad de restos de comida.

Por último, para que el paciente pueda comprobar su higiene también se recomienda el uso del revelador de placa, una sustancia que tiñe la placa dental, lo que permite al paciente observar en qué zonas debe mejorar el cepillado.

Pautas de higiene con ortodoncia removible:

El proceso de higiene oral en pacientes con ortodoncia removible resulta mucho más sencillo ya que no existe aparatología adherida que facilite la retención de alimentos. El paciente debe seguir las mismas pautas de higiene que las personas que no llevan ortodoncia, cepillado después de cada comida durante 2-3 minutos, sobre todo por la noche, uso de hilo dental, cepillos interproximales y colutorio. En cuanto al aparato de ortodoncia removible se debe limpiar con un cepillo y un poco de jabón. Además, existen pastillas efervescentes que ayudan a realizar una limpieza más profunda y evitan los malos olores.

5 Discusión-Conclusión

El control de la placa bacteriana es una de las claves para la prevención de las complicaciones periodontales y para el éxito del tratamiento ortodóncico. La colocación de aparatos de ortodoncia, tanto fijos como removibles, conlleva modificaciones desfavorables en la composición de la placa bacteriana, lo que aumenta considerablemente los riesgos periodontales y de caries. Por ello, es fundamental

motivar y concienciar a los pacientes de la importancia de una buena higiene oral. En este sentido, el ortodoncista y el higienista dental tienen una doble obligación: informar sobre los métodos para el control de la placa bacteriana y controlar la eficiencia de la higiene oral de los pacientes en cada visita de revisión del aparato de ortodoncia.

La mejor forma de instruir al paciente sobre cómo llevar a cabo una buena higiene dental es enseñarle en la propia consulta cómo debe realizar todo el proceso y qué elementos debe utilizar.

Por último, es importante destacar que los aparatos de ortodoncia no provocan caries, sino que son los restos de alimentos adheridos a los brackets, arcos y demás accesorios de la ortodoncia los que la causan.

6 Bibliografía

<https://www.colegiohigienistasmadrid.org>

<https://www.higienistasvitis.com>

<https://www.revistamedica.com>

<https://www.gacetadental.com>

Capítulo 335

DEFECOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR

CARMEN JULIA LLERENA LLORET

1 Introducción

La imagen por resonancia magnética nuclear (IRM) se trata de un fenómeno físico que basa sus propiedades mecánico-cuánticas de los núcleos atómicos.

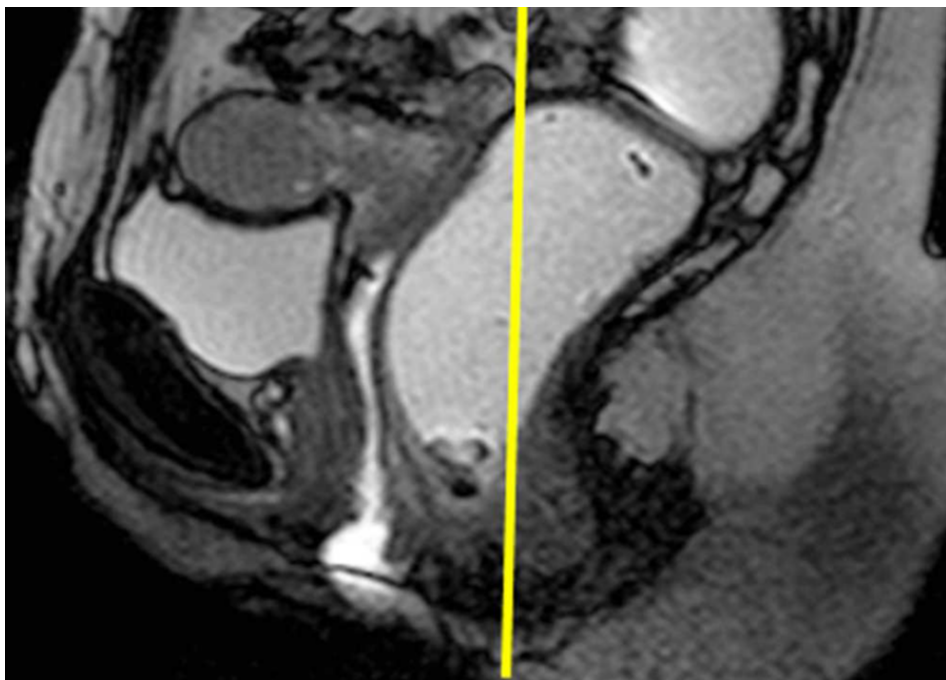
Las imágenes por resonancia se obtienen mediante imanes en un potente campo magnético que obliga a los protones del cuerpo a alinearse, estos protones son estimulados mediante un pulso de corriente liberando su energía y produciendo una imagen que es registrada en un ordenador.

La IRM no emite radiación ionizante que es nociva para la salud por lo que a día de hoy no se ha demostrado que tenga efectos secundarios sobre la salud del paciente. Aunque no exista riesgo para el paciente, al tratarse de un alto campo magnético se debe considerar:

- Personas con implantes como marcapasos, hierro, desfibrilador, bombas de insulina, implante de cóclea, neuroestimuladores y cápsulas endoscópicas no deben proceder a realizarse la prueba.
- Las personas que estén o sospechen que pueden estar embarazadas no deben realizarse la prueba quedando a elección del médico tras valorar beneficio/riesgo.
- Personas con epilepsia, ha de tenerse especialmente en cuenta, ya que debido al exceso de ruido que produce la máquina a veces se produce una sensación de espasmos pudiendo desencadenar en una crisis.

La defecografía por resonancia se utiliza para estudiar daños en músculos y/o tejidos del suelo pélvico obteniendo imágenes en varias etapas de la defecación que nos ayudan a diagnosticar problemas de incontinencia fecal, estreñimiento

y otras patologías como prolapso de los órganos de la pelvis que pueden interferir a la hora de eliminar las heces.



2 Objetivos

Analizar la defecografía por resonancia magnética.

3 Metodología

La elaboración de dicho artículo se ha llevado a cabo recopilando información en buscadores de internet de origen sanitario y artículos de origen científico, principalmente de origen radiológico, basándose en medidas preventivas o diagnósticas de suelo pélvico y función anal.

4 Resultados

La defecografía por resonancia magnética posee la ventaja de que es una prueba no invasiva que no requiere de exposición a la radiación, permitiendo observar de forma muy detallada la musculatura y los órganos de la pelvis, que pueden quedar ocultos por los huesos en otras pruebas de imagen; se podría decir que prácticamente no presenta riesgos para el paciente sin olvidar los daños que pudiera causar el propio aparato por ello nunca debemos olvidar las medidas propias de la resonancia magnética, no obstante encontramos un grupo de riesgo para este tipo de pruebas entre los que se encuentran:

- Pacientes obesos (podemos tener el problema de que no entren en el aparato).
- Pacientes con implantes metálicos que no sean compatibles con el aparato.

El resultado del estudio va a depender en gran parte de la colaboración del paciente, por eso antes de comenzar con la exploración es necesario explicar de forma correcta y sencilla la forma en que se va a realizar el examen asegurándonos que se ha comprendido todo. El estudio se va a dividir en varias partes:

- Fase de reposo.
- Fase de Valsalva sin evacuación.
- Fase de contención.
- Fase de tos.
- Fase de evacuación.

De todo lo anterior va a depender que obtengamos imágenes de alta calidad que no queden movidas y puedan dar lugar a un incorrecto diagnóstico.

Debemos saber que mayoritariamente encontraremos un patrón de paciente en este tipo de pruebas es decir, hay diversos factores que pueden producir anomalías en el suelo pélvico:

- La edad.
- La menopausia.
- La obesidad.
- Embarazo.
- Antecedentes de cirugía pélvica.
- EPOC.

Puede y suele pasar que se den dos o más conjuntamente. Toda información es poca a la hora de realizar un diagnóstico válido, para ello hacer una breve entrevista al paciente nos será de gran utilidad para aportar junto con la información clínica que nos llega del especialista.

5 Discusión-Conclusión

La demanda de estudios por resonancia magnética respecto a la valoración de la defecación va en aumento debido a la buena respuesta de diagnóstico y a su utilidad al hora de valorar el estado de dicha afectación. Pudiendo así el clínico planificar un tratamiento/cirugía preciso y acorde a cada caso.

Las pruebas de imagen siempre se complementan y nunca son un diagnóstico único y último, pero una buena realización puede dar unos resultados óptimos y únicos. No debemos olvidar que a nivel técnico somos los ojos del radiólogo y que de nuestro trabajo depende lo que él va a analizar.

6 Bibliografía

- <https://www.nibib.nih.gov/esdepanol/temas-cientificos/imagen-por-resonancia-magn%C3%A9tica-irm>.
- www.wikipeida.com.
- <https://www.radiologyinfo.org/es/info/dynamic-pelvic-floor-mri>
- <https://ibquaes.com/blog/la-defecografia-por-resonancia-magnetica/>.

Capítulo 336

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN FARMACIA HOSPITALARIA

ESTELA GONZALEZ CUERVO

1 Introducción

La prevención de riesgos laborales en España empieza a notarse a principios del siglo XX, pero su actividad no se acentúa hasta el final de la dictadura franquista y el principio de la democracia.

En España se creó en 1971 el Plan Nacional de Higiene y Seguridad en el trabajo y posteriormente, en 1978 el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Este plan nacional se creó cuando en 1970 se contabilizaban más de 2 millones de accidentes laborales, unos siendo mortales y otros que dejaban a los trabajadores sin poder seguir la vida laboral, por este motivo se creó este plan, para informar a las empresas y crear servicios de seguridad laboral.

Después de la muerte de Franco, existieron cambios en este ámbito, siendo el más importante, la creación del Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo.

En 1978, con la Constitución Española, hubo cambios, siendo este ámbito afectado por ellos, el (INSHT) paso a ser competencia autonómica, el gobierno central legislaba y las comunidades desarrollaban y ejecutaban las mismas. En 1980 se creó el Estatuto de los trabajadores y con ello el derecho de los trabajadores a velar por su integridad física viéndose todo ello refutado en 1995 con la ley de prevención de riesgos laborales.

En la farmacia hospitalaria se dan situaciones que pueden producir problemas en la salud por eso es importante evitarlos, como pueden ser cambiar de postura, mesas a la altura adecuada, pantallas de ordenador situadas como mínimo a 40 centímetros de los ojos.

2 Objetivos

Conocer los riesgos laborales que afectan a los técnicos de farmacia hospitalaria para evitar accidentes laborales que puedan causar daños en la salud de estos mismos.

3 Metodología

Para poder realizar este capítulo, he realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos científicas como Scielo y Medline. Los descriptores utilizados han sido: riesgos laborales en farmacia hospitalaria, distintos tipos de riesgos laborales en farmacia hospitalaria, historia de riesgos laborales.

4 Resultados

Dentro de las labores de un técnico en farmacia hospitalaria hay distintos riesgos laborales:

- Caídas en el mismo nivel de suelo: pueden producirse porque la superficie esté mojada y pueda resbalar ya sea por líquidos, suelos recién fregados, o por algún obstáculo que haga que se tropiece como pueden ser cables, carros... así como también por la poca iluminación de alguna zona.

Las consecuencias pueden ser pequeñas como golpes, esguinces o más graves como rotura de algún hueso.

Por eso las medidas preventivas serán respetar el orden de cualquier utensilio utilizado, señalizar las zonas mojadas y mantener las zonas lo mejor iluminadas que se puedan tener.

- Caídas a niveles diferentes de suelo: las causas de este accidente pueden ser por la utilización de escaleras para ayudarse a llegar a productos que se colocaron en zonas altas.

Las consecuencias pueden llegar a ser graves dependiendo de las zonas afectadas. Para prevenir estos accidentes lo más responsable es usar escaleras que cumplan la seguridad vigente en la ley de prevención de riesgos laborales.

- Caídas por derrumbamiento: las causas más probables son el mal estado de las estanterías o por el abuso del producto, no aguantando el peso correspondiente para estas.

Las consecuencias pueden ser fracturas de hueso o golpes.

Para prevenir este accidente lo recomendable es no sobrepasar el peso indicado para cada estantería, así como controlar el estado de conservación.

- Accidentes por cortes o pinchazos: estos pueden producirse por los utensilios cortantes que son necesarios para el trabajo (lancetas, jeringas...).

Las consecuencias más probables serán cortes en distintas zonas, sobre todo en manos y el mayor riesgo es porque estos utensilios pudiesen estar contaminados. Para prevenirlos, lo mejor es usar contenedores específicos para ello y no bolsas, teniendo más cuidado en el manejo y habiendo recibido una pequeña formación en el uso de los mismos.

- Máquinas que produzcan atrapamientos, golpes: actualmente con la robótica y más maquinaria eléctrica, para facilitar el trabajo pueden producirse este tipo de daños.

Por esto mismo es importante que cada trabajador disponga de una formación de uso y manipulación de estas máquinas y así evitar daños.

- Daños eléctricos: este accidente puede ser electrocuciones por contacto con distintos equipos usados.

Las consecuencias pueden ser quemaduras, así como más graves, la muerte.

Para prevenirlo lo mejor es tener desenchufados los equipos para el mantenimiento de lavado, tener señalizadas las instrucciones para su manipulación y un buen mantenimiento realizado por el personal competente.

- Alcance de partículas y fragmentos: para evitarlos es importante aumentar la precaución en la manipulación de sustancias líquidas, ya que pueden producir irritaciones en la piel o los ojos.

Es importante para evitarlos la utilización de materiales de seguridad como gafas, guantes...

- Accidentes por exposición de productos químicos: la manipulación de productos químicos como disolventes, ácidos, alcoholes, pueden afectar a distintos órganos por las distintas vías de penetración.

Para evitar este daño es importante utilizar equipos de seguridad y tener una buena ventilación.

Las consecuencias son, irritaciones en ojos, piel, mucosas, etc.

- Altas cargas de trabajo: este accidente es común por no tener una correcta postura de trabajo, ya sea por falta de espacio, distancias inapropiadas para realizar el trabajo, cargas manipuladas, trabajo con pantallas.

Las consecuencias son problemas de lumbalgia, circulatorios, etc. Para evitar este accidente, lo más recomendado es cambiar de posturas alternando estar de pie con estar sentado, unas buenas condiciones ergonómicas de silla, altura de mesa y la correcta manipulación de cargas de trabajo con sus correspondientes formación específica.

5 Discusión-Conclusión

Es importante para un técnico en farmacia hospitalaria conocer los riesgos laborales que existen en su puesto de trabajo y evitar daños en la salud para poder continuar con su labor.

Para prevenir los accidentes dentro de la farmacia hospitalaria, así como en otros trabajos, es importante seguir unas recomendaciones como son: realizar reuniones anuales sobre la ley de prevención de riesgos laborales, formar a los trabajadores con profesionales en el sector de la prevención, entregar calzado, uniformes, materiales que eviten los accidentes (E.P.I) protegiéndolos a la hora de trabajar y hacer reconocimientos médicos cada año para saber cuál es el estado de salud, aunque estos no son obligatorios.

6 Bibliografía

- <https://gomezcordoba.com/riesgos-laborales-en-la-farmacia/>
- https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-63432020000200005&script=sci_arttext&tlng=es.
- <http://www.iaprl.org/blog/mas-de-un-siglo-de-prevencion-y-salud-laboral/>.

Capítulo 337

ALERGIAS ALIMENTARIAS EN PEDIATRIA. DIFERENCIA ENTRE ALERGIAS MEDIADAS Y NO MEDIADAS POR IGE Y TECNICAS PARA DETERMINARLAS.

LORENA ABREVAYA GONZÁLEZ

SARA MATILLA IGLESIAS

CELESTINA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

En los últimos años se ha evidenciado un aumento en las alergias a alimentos. En Pediatría es una consulta cada vez común. Aproximadamente entre el 6 y 8% de menores de 4 años presenta alguna alergia alimentaria, en población adulta entre un 1 y 3% es la prevalencia que se tiene.

Estas alergias suelen aparecer en edad temprana cuando se realiza la introducción de alimentos al niño, así la de mayor porcentaje de alergia es la de proteína de leche, seguida de leche, pescados, frutos secos y frutas.

El diagnóstico debe de ser riguroso porque puede tener consecuencias graves el no seguir una dieta estricta y tratar adecuadamente las reacciones alérgicas.

La diferencia fundamental entre las alergias mediadas y las no mediadas es que, en las primeras, existe una reacción de hipersensibilidad a alimentos producida

por mecanismos mediados por la IgE. En cambio, en las no mediadas, si bien se presentan síntomas de alergia no hay un aumento de IgE.

El diagnóstico de una alergia hace que la calidad de vida del niño y su familia se vea alterada de manera significativa dado que, además de retirar el alimento de la dieta, se deben de revisar etiquetados y vivir con el temor de una ingesta accidental.

Es de especial relevancia el conocer si una alergia es mediada o no. Por un lado, tenemos algunas metodologías de sensibilización que se pueden realizar solo cuando las alergias son mediadas. Y, por otro lado, cuando las IgE no se ven alteradas, pero se tiene la sintomatología existe la posibilidad de que los niños superen la alergia con el correr del tiempo.

2 Objetivos

- Diferenciar entre alergia mediada y no mediada por IgE.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Lo primero es entender qué es la IgE, y cómo se analiza en el laboratorio.

Las Ig son anticuerpos, proteínas que influyen de manera muy importante en nuestro sistema inmunitario. Existe 5 tipos diferentes: IgM, IgG, IgA, IgE e IgD. Cada Ig está formada por una unidad básica constituida por dos cadenas polipeptídicas globulares pesadas y dos cadenas livianas unidas entre sí por puentes disulfuros. Los diferentes isotipos de las cadenas pesadas determinar las clases de inmunoglobulinas.

Las IgE se encuentran mayormente en la superficie de mastocitos, eosinófilos y basófilos. Cuando la IgE reconoce un antígeno provoca varias respuestas del sistema inmunológico. Entre ellas destacan la liberación de histamina por parte de los mastocitos o una respuesta inflamatoria por parte de los eosinófilos.

En la prueba de inmunoglobulina E alérgeno-específica (IgE) se mide la concentración de diferentes anticuerpos IgE. Cada uno responde de manera específica para cada alérgeno. Por ejemplo, la IgE producida como respuesta al epitelio de gato es diferente a la de una picadura de avispa.

La prueba de IgE total, mide el número total de anticuerpos IgE en la sangre.

Para la realización de las pruebas basta con tomarle una muestra de sangre al paciente, dado que se realizan sobre el suero de las mismas.

Actualmente contamos con equipos muy avanzados que nos permiten tener los resultados en poco tiempo.

Una de las técnicas utilizadas es el R.A.S.T. (Radio Allergo Sorbent Test). Para este test se utiliza un disco de papel donde se tienen múltiples moléculas del alérgeno a identificar. Se añaden el suero del paciente y se realiza un lavado para eliminar todos los componentes del suero que no se han quedado adheridos al disco. La IgE específica del suero permanecerá unida al disco debido a que esta enlazada con el alérgeno. Luego se añaden anti-IgE marcados radiactivamente para que se enlacen con la IgE específica formando un complejo, se realiza un nuevo lavado para retirar residuos y finalmente se mide la radioactividad del complejo mediante un contador gamma. Las muestras se comparan con valores de referencias y se obtienen 5 clases:

Clase 0 negativo.

Clase 1 dudoso.

Clase 2 positividad moderada.

Clase 3 positividad elevada.

Clase 4 positividad muy elevada.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente las alergias en pediatría son una consulta cada vez más recurrente. El hecho de saber si estas alergias son mediadas o no por IgE, permite a los especialistas evaluar cuales son los tratamientos, los pronósticos ante una ingesta accidental y ayudar a las familias en el cuidado de los niños facilitándole dietas, listados de excipientes que pueden o no consumir etc.

Algunas de los tratamientos que se realizan como la sensibilización a un alérgeno se puede llevar a cabo solamente si se sabe si la alergia es mediada o no. Por ello, es importante luego de la atención inmediata a un niño por una ante un episodio, evaluar qué tipo de alergia tiene y cómo debe tratarse.

6 Bibliografía

- 1- Echeverría Zudaire LA. Novedades en diagnóstico y prevención de la alergia alimentaria. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0;2018, p. 145-157.
- 2- Valdesoiro Navarrete L, Bosque García M, Larramona Carrera H. Manejo del niño con sospecha de alergia a alimentos. *Protoc diagn ter pediatr*. 2013;1:177-84.
- 3- Claver Monzón A, Pinto Fernández C. Alergia alimentaria no mediada por IgE. *Protoc diagn ter pediatr*. 2019;2:195-206.
- 4- Técnicas medición IgE [Internet] [citado 2 de diciembre de 2021]. Disponible: <https://www.thermofisher.com/diagnostic-education/>.

Capítulo 338

EL MANEJO DE CITOSTÁTICOS

BEATRIZ FERNANDEZ MORAN

1 Introducción

Los citostáticos son un tipo de fármacos empleados para el tratamiento del cáncer. Esta enfermedad también se denomina neoplasia y tumor maligno, es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, en 2020 se produjeron casi diez millones de fallecimientos por esta patología .

Los principales tipos de cáncer por sexo son el de mama y cérvix en mujeres y de pulmón y estómago en el sexo masculino . El cáncer se caracteriza por la rápida proliferación de células anormales que se dispersan más allá de sus límites, pudiendo propagarse a otros órganos y provocando metástasis. Estas alteraciones celulares se producen como consecuencia de la interacción de un componente genético y de agentes externos (físicos, químicos y biológicos).

En la mayoría de los casos el tratamiento consiste en la combinación de quimioterapia, cirugía y radioterapia. En el tratamiento con quimioterapia se usan ampliamente los llamados citostáticos que son compuestos citotóxicos que se usan para impedir el crecimiento de células neoplásicas mediante la alteración del metabolismo e interrupción de la reproducción celular. Son fármacos que causan daños tanto a células tumorales como a células sanas.

Además de las consecuencias adversas que provocan en el paciente, ha quedado patente que los citostáticos tienen efectos dañinos a los que tienen que enfrentarse el personal que manejan este tipo de sustancias.

Se conoce como manejo de citostáticos al grupo de procedimientos que engloba la elaboración de la dosis a partir de la presentación comercial, la administración al enfermo, recogida de los residuos originados en las actividades sanitarias, elim-

inación de excretas o cualquier actuación que conlleve un contacto potencial con el fármaco.

2 Objetivos

- Analizar los riesgos provocados por el manejo de citostáticos así como los efectos nocivos que pueda ocasionar y conocer las actuaciones ante un accidente laboral.
- Identificar medidas preventivas en su uso y los mecanismos de actuación en la manipulación de sus residuos.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, ha sido necesario recopilar una serie de bibliografía relacionada con literatura científica existente. Se ha desarrollado una búsqueda de libros y consultado artículos en bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Hay evidencias que la mayoría de los agentes citostáticos son cancerígenos mutagénicos y teratógenos, particularmente son los responsables de la aparición de neoplasias secundarias y provocan lesiones locales en epitelio cutánea y en mucosas provocando irritación y alergias. Es por eso que la utilización de estas sustancias debe hacerse de modo que garantice la seguridad del paciente, del personal encargado de su manipulación y del ambiente.

Así pues cada instalaciones de salud pública o privada debe poseer su protocolo personal de manipulación de citostáticos basados en guías internacionales. Los procedimientos incluidos en el manejo de estos fármacos son:

- Recepción y almacenamiento de los medicamentos.
- Prescripción médica.
- Comprobar y analizar por parte del farmacéutico la indicación médica.
- Elaboración del citostáticos.
- Dispensación y distribución.
- Administración al paciente.
- Eliminación de residuos.

Para proporcionar una mayor seguridad contra los efectos tóxicos de estos compuestos en el proceso de elaboración se utilizan las Unidad Centralizada de Preparación de Citostáticos (UCPC) que deberá contar con cabinas biológicas de flujo laminar vertical clase II tipo B o clase III6 con filtros HEPA para reducir al mínimo la contaminación.

Estos citotóxicos pueden ocasionar quemaduras, alergias, mucositis y dermatitis en el personal que los manipula. La aparición de náuseas, vértigos y cefaleas puede avisar de una posible absorción de partículas durante su manejo.

Los citostáticos son sustancias dañinos que pueden afectar por distintas vías, como es la inhalación de suspensiones que se liberan durante su preparación y en su administración. Por contacto directo por las mucosas y piel, de forma oral por consumo de productos contaminados y por vía parenteral a través cortes y pinchazos cuando se rompen ampollas

El personal afectado por estos citotóxicos pueden ser enfermeros, auxiliares de enfermería, auxiliares de farmacia y personal de limpieza.

Cuando el lugar de trabajo ha sido contaminado debido al vertido del contenido de un envase que se ha roto, se deberá aplicar las siguientes medidas:

- Ponerse un segundo par de guantes y recoger con pinzas y un recogedor desechable los posibles cristales rotos, nunca con la mano.
 - Añadir una solución para neutralizar el citostático.
 - La superficie seca debe desinfectar con paños celulosa impregnado en alcohol 70%.
 - Recoger las gasas y recipiente utilizado para limpiar en una caja de cartón y echarla en un contenedor específico para ellos.
 - Limpiar la zona contaminada con abundante agua y secarla con gasas o papel absorbente que se han de introducir en una bolsa roja de plástico y desecharla al contenedor.
 - Indicar al personal encargado de la limpieza donde eliminar los desechos. Se lavará tres veces meticulosamente la superficie contaminada con agua y jabón.
- Debido a que la actuación cuando se produce un derrame debe ser al instante, se debe tener preparado si esto ocurre fuera de la UCPC, ya que en esta estancia ya se lleva puesto el equipo de protección individual, un equipo para el control de derrame que debe incluir los siguientes elementos: bata impermeable, mascarilla FFP3, dos pares de guantes, gafas con protección lateral desechable, calzas, paños celulosa absorbentes, pinzas, recogedor desechable, bolsas tituladas para residuos citostáticos y señalización de peligro.

En caso de exposición accidental, si el equipo de protección se ha contaminado, se quitará inmediatamente y se lavará la piel. Si hay contacto directo con mucosas y

piel, se lavará rápidamente la zona con agua y jabón durante diez minutos. Si se produce un accidente por ingestión acudir inmediatamente al médico. Si suceden salpicaduras oculares lavar abundantemente con suero fisiológico y consultar con el médico.

Para la prevención en la manipulación es muy importante tener una apropiada información para adoptar buenas prácticas de trabajo, usar los equipos de protección individual y proceder con técnicas seguras como son:

- Comprobar que no queda líquido en la zona superior de las ampollas antes de abrirlas, para evitar la producción de aerosoles colocar una gasa en el cuello de la ampolla en dirección contraria al personal manipulador.
- Utilice jeringas de tamaño grande para que el líquido de la ampolla no llene más de $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad para prevenir derrames.
- Evite clavar más de una vez la aguja en el vial. Para el llenado de la jeringa, el vial y la aguja deben estar siempre vertical, ya que es en esa dirección en la que circula el flujo de la campana.
- Cambiar la aguja y jeringa en cada llenado, no quitar la aguja de la jeringa antes de desechar la y no reencapsular las agujas.
- Para la descontaminación tener quince minutos en marcha la cabina después de haber terminado.

Según las guías de manejo de gestión integral de residuos hospitalarios, un residuo citostático es aquel sobrante de fármaco antineoplásico no apto para uso terapéutico, junto con los materiales sanitarios de un solo uso que hayan entrado en contacto con el citostático, como es el caso de equipo de protección individual, jeringas agujas etc.. y excretas de los pacientes en tratamiento.

Estos desechos deben almacenarse separados del resto de residuos hospitalarios en unos contenedores especiales. Estos recipientes deben estar rotulado indicando la sustancias que contiene, tiene que ser estancó con cierre hermético y resistentes a agentes químicos, fabricados en poliestireno o polietileno para que puedan ser incinerados completamente a 1000°C en hornos con filtros de seguridad HEPA.

Las excretas de pacientes deben ser desechadas, si se puede a través de procedimientos de evacuación diferentes al restos de residuos o que se traten dependiendo del tipo de citostáticos con un neutralizante químico para después sean eliminados muy disueltos en agua por los desagües.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años han aparecido nuevos fármacos antineoplásicos que han aumentado la calidad de vida y la supervivencia de los enfermos de cáncer, por lo que está claro que este tipo de medicamentos supone un beneficio para el paciente, en contraposición a esto, tenemos que considerar el importante riesgo para la salud que conllevan los citostáticos para el personal que los manipula. Por todo esto es fundamental trabajar con prudencia y bioseguridad, que debe estar garantizada por las instituciones sanitarias mediante un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, apropiado y basado en la legislación vigente. Para ello es necesario contar con un personal altamente cualificado e informado, cuya formación debe ser continuada, con protocolos y procedimientos en el uso de citostáticos que deben ser revisados y actualizados periódicamente y aumentar y priorizar las medidas de prevención para asegurar la protección de los trabajadores.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/el-personal-de-enfermeria-y-el-manejo-de-citostaticos/amp/>.
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000200009/.
- <https://www.quimica.es/enciclopedia/Citost%C3%A1tico.html/>.
- <https://previpedia.es/index.php/Citost%C3%A1tico/>.

Capítulo 339

LOS MICROORGANISMOS Y SUS ENFERMEDADES

SARA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

La palabra microorganismo proviene del griego ser vivo diminuto, teniendo en cuenta todo esto podemos considerar que un microorganismo o microbio es un ser vivo que debido a su pequeño tamaño solo es visible al microscopio.

Podemos decir entonces que un microorganismo es cualquier entidad microbiológica capaz de reproducirse o de transferir material genético, en todas las enfermedades infecciosas es importante conseguir la identificación del organismo causante, ya que ello permite establecer un tratamiento específico y también identificar su cadena epidemiológica, de forma que se pueden establecer medidas oportunas para evitar la propagación de la enfermedad, los microorganismos se encuentran en medios que permiten su persistencia y también su multiplicación, estos medios se denominan reservorios y a través de distintas vías de transmisión como puede ser un pinchazo o la inspiración este microorganismo puede entrar en contacto con una persona que se convertirá en su hospedador. Tanto en personas enfermas como en portadoras será de interés conocer el periodo durante el cual la persona puede transmitir la enfermedad y la vía de salida de los microorganismos, como es lógico disponer de la máxima información posible acerca de las fuentes de exposición y las vías de entrada y salida, permite establecer medidas preventivas, evitar contagios y mejorar los tratamientos.

2 Objetivos

Diferenciar tipos de microorganismos que hay:

- según criterios taxonomicos:animales,plantas,hongos,protozoos y algas,bacterias y arqueas
- según criterios clínicos: microorganismos de la microbiota,patógenos y los patógenos oportunistas

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado búsqueda en libros y también se han consultado artículos en pubmed,medline y Scielo,seleccionando los artículos científicos más importantes y más relevantes relacionados con el tema que vamos a tratar en este capítulo,también he mirado libros de microbiología clínica.

4 Resultados

Podemos decir que una vez que el microorganismo entra en nuestro cuerpo se produce la infección,cuando la persona manifiesta síntomas decimos que esta enferma,pero si la persona no manifiesta síntomas a pesar de haber estado con el agente,decimos entonces que la persona es portadora y debemos de tener en cuenta que puede transmitir la información a pesar de no manifestarla.

El hecho de que el hospedador desarrolle o no la enfermedad y la gravedad que esta puede tener si se presenta,depende de varios factores:la virulencia del agente biológico que es diferente en los agentes,la cantidad de agente biológico, ya que a mayor cantidad es mayor gravedad,la situación personal del hospedador aquí podemos observar el nivel de resistencia al agente y estado de salud previo,por ejemplo,si ya ha sufrido la enfermedad,si su sistema inmunitario funciona correctamente,si ya ha sido inmunizado por vacunación,si presenta algún tipo de déficit,la vía de entrada,esta se refiere a que un microorganismo que no ocasiona problemas de salud cuando entra por una vía puede causarlos cuando lo hace por otra o puede tener distintos efectos según la vía,no es lo mismo ingerir un microorganismo que recibirlo directamente en el torrente sanguíneo o aspirarlo. Tanto en personas enfermas como en portadoras será de interés conocer el periodo durante el cual la persona puede transmitir la enfermedad y la vía de salida de los microorganismos,como es lógico disponer de la máxima información posible acerca de las fuentes de exposición,las vías de entrada y salida,la actividad

del microorganismo dentro del hospedador, permite establecer medidas preventivas, evitar contagios y mejorar los tratamientos.

Otra reacción que podemos encontrarnos es reacciones alérgicas, estas pueden deberse a partes de microorganismos o sustancias producidos por ellos que desencadenan una respuesta exacerbada en el sistema inmunitario.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, podemos decir que la manera de acabar con los microorganismos es a través de medicamentos antiinfecciosos o antimicrobianos, que reciben diferente nombre según el tipo de agente contra el que actúan, los antimicrobianos suelen considerarse fármacos sociales debido a que su uso tiene consecuencias más allá de la persona que los toma, ya que su uso provoca un aumento de los microorganismos resistentes, su eficacia varía según los países en que se usen y disminuye con el tiempo y su uso inapropiado pone en peligro la posibilidad de disponer de cierto medicamento en generaciones sucesivas.

Y para finalizar podemos decir que el consumo abusivo de antibióticos y medicamentos pone en riesgo la aparición de cepas resistentes.

6 Bibliografía

1-libro de microbiología clínica

2-medline

3-pubmed

4-scielo

Capítulo 340

LA RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DENTAL U ORTOPANTOMOGRFÍA. UTILIZACIÓN DE LOS RAYOS X PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES EN LA CAVIDAD ORAL

PALOMA ALONSO OREJUDO

1 Introducción

Las radiografías dentales son unas pruebas que utilizan radiaciones ionizantes y que al atravesar los tejidos del cuerpo humano son absorbidos en mayor o menor medida por dichos tejidos, dejando impresa la imagen en una película radiográfica o, en el caso de la ortopantomografía digital descargando la imagen al software del ordenador.

La ortopantomografía es un examen dental denominado Radiografía panorámica dental, utiliza RX bidimensionales (2 D) capturando imágenes de la boca entera en una sola toma, incluye dientes, mandíbulas inferior y superior y las estructuras y tejidos circundantes. También proporciona detalle de hueso y dientes. El primer ortopantomógrafo conocida data de 1959 y su creador es Yrjö Veli Paatero.

La ortopantomografía es un examen médico no invasivo, de uso común utilizado por dentistas y cirujanos orales constituyendo una importante herramienta diagnóstica. Cubre un área más extensa que los rayos X intraorales convencionales

proporcionando información invaluable sobre senos maxilares, posición de los dientes y anomalías del hueso.

Se utiliza principalmente para el tratamiento de dentaduras parciales y totales, aparatos de ortodoncia, extracciones e implantes.

Detecta varios tipos de problemas: enfermedad periodontal avanzada, quistes en huesos de mandíbula, tumores y cáncer oral, dientes impactados, incluyendo muelas del juicio, enfermedades en las mandíbulas como enfermedad articular temporomandibular, sinusitis...

El examen no requiere preparación y podemos utilizar un delantal plomado para la protección.

2 Objetivos

- Conocer que es la ortopantomografía, así como para qué se utiliza.
- Describir el procedimiento de esta técnica.
- Enumerar los beneficios y limitaciones de la ortopantomografía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos relacionados con el tema a través de diversos buscadores como google y google académico, y también se ha consultado otras bases de datos como Medline y pubmed seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Durante el examen, el tubo de rayos X rota en semicírculo alrededor de la cabeza del paciente comenzando en un lado de la mandíbula y terminando del otro lado. En lugar de basarse en una placa intraoral la panorámica de RX proyecta un haz a través del paciente sobre la placa o detector que está rotando en forma opuesta al tubo de RX.

La mayoría de las imágenes son archivos digitales que se almacenan electrónicamente. Este formato digital permite ajustar y cambiar el contraste, brillo y sombra de la imagen para una mejor visualización entre ciertas estructuras y tejidos.

Entre sus beneficios se encuentra el corto tiempo de exposición, ya que en los ortopantomógrafos modernos es de 15 a 20 sg. Es rápido, indoloro y fácil, cubre una amplia cobertura anatómica, no deja radiación en el cuerpo tras el examen, no tiene efectos secundarios, la dosis de radiación utilizada es muy pequeña y puede utilizarse en niños jóvenes sin riesgo de que se trague o atragante con la placa utilizada en la intraoral.

Entre sus riesgos, como en cualquier otra exposición radiológica, se encuentra el embarazo.

Sus limitaciones están basadas en que los RX panorámicos no proveen información detallada sobre cada diente en particular o tejidos blandos como músculos, es más bien utilizada como evaluación inicial en hueso y dientes. Debido a que la cavidad oral es curva, las panorámicas pueden crear imágenes borrosas o en algunos casos en los que no sea posible retirar algún objeto metálico de la cavidad oral pueden aparecer artefactos, distorsionando la imagen y dificultando hacer mediciones precisas sobre dientes o mandíbulas. En caso de necesitar más información el dentista podrá solicitarnos un tac o una resonancia magnética específica de esta parte del cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

Cada vez se le da más importancia a la salud oral, recientes estudios muestran que los problemas orales no resueltos o una mala salud dental puede provocar la aparición a largo plazo de otro tipo de enfermedades más graves. Antiguamente, esta especialidad se limitaba a la extracción de las partes o piezas dañadas con la consecuencia de la pérdida de la capacidad para masticar y digerir correctamente los alimentos por lo que en ocasiones los pacientes se veían obligados a cambiar sus costumbres alimenticias y su dieta. Gracias al desarrollo de la medicina y de la tecnología cada vez disponemos de mejores técnicas para evitar una mala salud oral y descubrir enfermedades que pueden ser graves y tener consecuencias letales. La ortopantomografía es un método rápido, indoloro y que apenas emite radiación al paciente por lo que no tiene efectos secundarios ayudando así de manera eficaz a mejorar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes.

6 Bibliografía

1. www.radiodogyinfo.org/es/info/panoramic-xray
www.pubmed.ncbi.nlm.gov/8971997/.
2. www.dentaly.org/es/odontologia-general/ortopantomografia.

Capítulo 341

LA UTILIZACIÓN DE LA RADIACIÓN Y LA MEDICINA NUCLEAR PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES, USOS Y APLICACIONES DE LA PET

PALOMA ALONSO OREJUDO

1 Introducción

La medicina nuclear utiliza pequeñas cantidades de materiales radioactivos llamados radiosondas que pueden ser inyectados en el torrente sanguíneo, inhalados o tragados; esta radiosonda viaja a través del área examinada entregando energía en forma de rayos gamma, siendo esta detectada por un tomógrafo y un ordenador, al que denominamos tomógrafo por emisión de positrones, creando imágenes interiores del cuerpo. La medicina nuclear nos permite la obtención de imágenes que ningún otro método hasta el momento era capaz de proporcionar. La tomografía por emisión de positrones (PET) es la técnica de diagnóstico por imagen más moderna, fundamentándose en los estudios de la medicina nuclear. En 1953 se crea el primer dispositivo clínico de imagen por positrones, pero el primer tomógrafo no aparecerá hasta finales de los años 60/70. El PET es una técnica de imagen molecular no invasiva en la que es posible captar imágenes en vivo de procesos biológicos y bioquímicos del cuerpo a lo largo del tiempo y con gran resolución, utilizando la radiación transmitida a través del cuerpo del paciente para la detección de enfermedades.

Sus aplicaciones clínicas están basadas en el diagnóstico y valoración de enfermedades de alta prevalencia y muy agresivas, siendo su principal campo de aplicación la oncología, ya que nos permite valorar la extensión de los tumores en todos los tejidos del cuerpo en un solo estudio, discriminando a su vez entre tumores malignos y benignos, estableciendo el estadio de la tumoración, su valor pronóstico y respuesta al tratamiento, así como la valoración de posibles recidivas.

2 Objetivos

- Conocer que es la Medicina nuclear.
- Describir para que se utiliza el PET.
- Citar las posibles aplicaciones de la medicina nuclear en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos relacionados con el tema a través de diversos buscadores como google y google académico, y también se han consultado otras bases de datos como Meline plus y scielo, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La medicina nuclear utiliza sustancias radioactivas para buscar patologías en el cuerpo. En el caso del PET, a esta sustancia radioactiva a la que se le añade un marcador que suele ser la fluordesoxilucosa o FDG que es un análogo de la glucosa y en este sentido, la captación de esta es muy elevada en lesiones malignas. Este marcador se depositará en ciertas partes del cuerpo donde existan elevados niveles de actividad química, pudiendo también medir el flujo sanguíneo, el uso de oxígeno y los cambios metabólicos. Esto es de gran importancia ya que en ocasiones los cambios en el cuerpo a nivel químico pueden aparecer antes que los síntomas de la propia enfermedad siendo el PET una herramienta muy útil en la detección temprana.

Los métodos comunes de diagnóstico por imagen, como la tomografía axial computada (TAC), los rayos X, la resonancia magnética (RM) y la ecografía por ultrasonido tienen bastantes problemas a la hora de establecer diferenciaciones entre lesiones malignas y benignas. En el caso del PET, la mayor parte de las exploraciones se llevan a cabo junto con una tomografía computarizada, combinación que se denomina TEP/TC ya que la tomografía por emisión de positrones es muy sensible y específica, pero no nos indicará la posición exacta del tumor.

Entre las principales aplicaciones de la medicina nuclear, además de la oncológica, se encuentran las neurológicas (pacientes con Alzheimer, Parkinson u otro tipo de demencias, y la epilepsia entre otras); las aplicaciones en medicina cardíaca, entre las que se distingue la visualización del flujo sanguíneo, el funcionamiento de arterias coronarias, el posible daño tras un ataque cardíaco y la evaluación de un tratamiento o el posible rechazo tras un trasplante; en el caso de los pulmones, nos puede revelar posibles problemas respiratorios y de circulación permitiéndonos también evaluar su estado en caso de cirugía o de trasplante. Con respecto a el sistema óseo podemos visualizar fracturas, infecciones, casos de artritis, metástasis, evaluar problemas en prótesis o tumoraciones. Su amplio campo de aplicaciones engloba otros sistemas como el renal, el digestivo y la evaluación de problemas en la glándula tiroidea como es el caso del hipo e hiper tiroidismo. Gracias a la medicina nuclear disponemos de ciertos procedimientos terapéuticos innovadores, no invasivos, que evitarían la cirugía y que cada día son más utilizados siendo sus resultados muy positivos. Algunos ejemplos de estos son la radio inmunoterapia (RIT) que es una combinación entre la radioterapia y la inmunoterapia, en esta una molécula que se produce en el laboratorio, llama anticuerpo monoclonal, es diseñada para que reconozca y se una a la superficie de las células cancerosas. Los anticuerpos monoclonales imitan a los anticuerpos que son producidos de manera natural por nuestro sistema inmune, atacando a las sustancias invasoras; una vez introducido en sangre, el anticuerpo viajará hasta las células malignas y se unirá a ellas. Otro de los procedimientos revolucionarios que engloba la medicina nuclear es la terapia con Iodo radioactivo (I-131), gracias a su aplicación el cáncer tiroideo puede ser tratado de manera eficaz y no invasivo administrando el radiofármaco por vía oral, el cáncer de próstata también es susceptible de ser tratado con este tipo de terapias a través del isótopo radioactivo del radio: radium-223.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a las nuevas tecnologías, que también son aplicadas al campo de la medicina, son posibles los avances en los métodos diagnósticos y en los tratamientos de enfermedades con altos índices de morbilidad, posibilitando así la supervivencia y evitando ciertas secuelas como consecuencia de un diagnóstico tardío. La medicina nuclear ha abierto un campo importante en aplicación de la radiación no solo en diagnóstico, sino también en el tratamiento de estas enfermedades. El uso de la tecnología PET está demostrando ser uno de los mejores métodos para el diagnóstico precoz de diversas patologías de carácter grave y que otros métodos de diagnóstico no consiguen detectar debido a la falta de sintomatología en estadios iniciales. En cuanto a la medicina con radiofármacos supone un ahorro de las intervenciones quirúrgicas invasivas, evitando así posibles efectos postoperatorios indeseables.

Es importante que no olvidemos que estamos trabajando con radiación, ya que del mismo modo que puede ser beneficiosa en ciertos casos, hay que recordar el daño que puede producir a nivel celular, por ello es importante tener buenas nociones de su uso y aplicación. Como siempre que se habla de radiaciones ionizantes, debemos de tener en cuenta que no se debe de aplicar a embarazadas, y en este caso es importante tener en cuenta que en la etapa de lactancia esta radiación puede ser transmitida al bebé a través de la leche materna, con lo que este tipo de tecnología y tratamiento no debería de ser aplicado a estas pacientes, al igual que deberemos de informar al resto de usuarios, los cuales suelen sentir inquietud ante la utilización de este tipo de técnicas, que tras una prueba en la que se utiliza un radionucleido habrá un proceso natural a través del cual se producirá su descomposición radioactiva, en un corto periodo de tiempo y será expulsado a través de la orina y las heces de manera natural, de este modo los pacientes podrán irse a casa tranquilos tomando unas pequeñas precauciones.

6 Bibliografía

www.scielo.isciii.es/scielo.php?scrip=sci-arttext&pid=so365-669120000400001
www.medlineplus.gov/spanish/ency/article/003827.htm
www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2005/am053c.pdf
www.radiodogyinfo.prg/info/gennuclear

Capítulo 342

TEST DE SCHILING. DETERMINACIÓN DE LA ABSORCIÓN DE LA VITAMINA B12 (COBALAMINA)

LORENA ABREVAYA GONZÁLEZ

SARA MATILLA IGLESIAS

CELESTINA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

Una de las anemias megaloblásticas más frecuente es la anemia perniciosa. Esta anemia es provocada por un déficit de vitamina B12 debido a la ausencia o disminución del factor intrínseco (FI). Esto puede suceder por una reacción autoinmune de nuestro cuerpo que elimina las células productoras del factor intrínseco o por una atrofia de la mucosa gástrica.

La prueba de Schilling nos permite evaluar la absorción de vitamina B12 en íleon terminal. Dado que la absorción de esta vitamina es un proceso complejo, esta prueba resulta determinante para diagnosticar qué enfermedad provoca el déficit. La vitamina B12 se encuentra mayoritariamente en fuentes animales, por ello, cuando se lleva una dieta vegetariana o vegana deben de realizarse controles que determinen los niveles de ésta para evitar tener anemia. Con una dieta rica en carne se ingieren unos 10 o 20 µg por día, de éstos, 1 o 2 µg son los que utilizamos para satisfacer nuestras necesidades básicas.

Tras la ingestión de comida, el jugo gástrico rompe las proteínas a las que la vitamina está asociada y la libera, ésta es captada por la proteína R (presente en saliva)

y viaja con ella hasta llegar al duodeno donde es hidrolizada y se une al factor intrínseco. El complejo cobalamina – factor intrínseco avanza a lo largo del intestino hasta llegar al íleon terminal donde existen unos receptores que absorben la vitamina. Inmediatamente después, la vitamina B12 libre es transportada por la transcobalamina a la circulación portal.

El déficit de esta vitamina evidencia los siguientes síntomas:

- Palpitaciones
- Mareos
- Insuficiencia cardíaca
- Anorexia
- Diarrea
- Glositis de Hunter

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa el TEST DE SCHILING. DETERMINACIÓN DE LA ABSORCIÓN DE LA VITAMINA B12 (COBALAMINA)

3 Metodología

Para la presentación de este capítulo se ha hecho una revisión bibliográfica de varios artículos académicos encontrados en Google Scholar, guías de salud, etc. Las palabras claves utilizadas han sido: “test de Schilling”, “anemia perniciosa”. “causas de déficit de vitamina B12”, etc.

4 Resultados

El proceso para realizar el Test de Schilling consta de dos fases.

En una primera parte se administra de manera oral cobalamina radiomarcada con Cobalto (^{57}Co y ^{58}Co). Luego de transcurrida una hora se inyecta al paciente una dosis de vitamina B12 no marcada. Esto se hace con el fin de saturar los receptores y así asegurarse de que la vitamina B12 radiomarcada es absorbida y que ésta pase a la orina, la cual se recoge durante las 24 horas siguientes para certificar que la vitamina ha sido absorbida. Normalmente, las pruebas en la orina recogida, muestran una absorción de al menos el 10% de la vitamina radiomarcada ingerida

por vía oral. Si el paciente tiene una alteración en la absorción o presenta anemia perniciosa, no se va a llegar a ese 10% de vitamina B12 radiomarcada en orina. Al estar los receptores del hígado saturados por la vitamina inyectada, la cobalamina radiomarcada pasa directamente a la orina para ser eliminada, pero cuando la absorción es anormal, la vitamina permanece en el intestino y es eliminada en las heces.

Si tras esta primera fase, el resultado es anormal, se pasa a la segunda fase para poder evaluar si el problema radica en el factor intrínseco.

La segunda fase debe de llevarse a cabo entre 3 y 7 días pasados de la fase 1. En esta etapa además de la cobalamina radiomarcada se administra factor intrínseco. El factor intrínseco es una proteína que los intestinos utilizan para absorben eficientemente la vitamina B12. Si ésta pasa a orina en cantidades normales, esto significa que se padece de un problema de mala absorción.

Otras pruebas que se realizan al obtener resultados anormales en ambas fases, en administrar antibióticos durante un par de semanas para evaluar si un problema bacteriano puede ser el causante de los niveles bajo de vitamina. También, se realiza la administración de enzimas pancreáticas durante 3 días seguidos para evaluar si el problema radica en el páncreas. En ambos casos, se repiten los estudios de la fase 1 y 2 para evaluar si hay cambios comparado con los primeros resultados.

Resumiendo, cuando la fase 1 es anormal y la 2 normal, el problema se encuentra en la capacidad del estómago para producir el factor intrínseco. Sin embargo, cuando ambas etapas son anormales, los pacientes tienen problemas de absorción de vitamina B12 y el factor intrínseco en el intestino delgado.

5 Discusión-Conclusión

La absorción de vitamina B12 es fundamental para la formación de glóbulos rojos y el buen funcionamiento del sistema nervioso central.

Esta vitamina se encuentra mayoritariamente en proteínas animales, y lleva un complejo proceso desde que es ingerida hasta que es absorbida en el íleon. En una de las últimas partes del proceso, la vitamina B12 se une al factor intrínseco para que el complejo cobalamina – factor intrínseco llegue al intestino donde existen unos receptores a los que se une la vitamina para finalmente ser absorbida.

La falta de vitamina B12 es la causa es la causa de una de las anemias megaloblásticas, la anemia perniciosa.

Para su determinación se utiliza el Test de Schilling, el cual nos deja descifrar entre un problema en la producción de factor intrínseco, o problemas de absorción

de la vitamina.

6 Bibliografía

- 1- S. Santolaria, Piedrafilta J.A. Ducóns, García M.A. Montoro Huguet. Indicaciones e interpretación de la prueba de Schilling. Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Volume 8, Issue 4, 2000, Pages 205-207.
- 2- R. de Paz y F. Hernández Navarro. Manejo, prevención y control de la anemia perniciosa. Hosp, vol. 20 no. 6 Madrid nov/dic 2005.
- 3- Anemia megaloblástica. [Internet]. Disponible: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/anemia-megaloblastica/5/>.

Capítulo 343

SALUD ORAL EN EL EMBARAZO

VANESA FERNANDEZ VILLAR

1 Introducción

El embarazo es un estado que conlleva una serie de cambios hormonales, fisiológicos y de hábitos que afectan a la salud oral de las futuras madres, haciéndolas más vulnerables a padecer determinadas patologías bucodentales como caries o gingivitis.

Los cambios hormonales que se producen durante el embarazo son los responsables de la modificación del cuerpo de la madre y la cavidad oral no es una excepción. Por ello resulta esencial el conocimiento de estos cambios, su implicación en la salud bucodental y los efectos que las posibles intervenciones diagnósticas y terapéuticas pueden tener durante la gestación y la lactancia.

Los dientes, los tejidos de soporte y sostén y la mucosa oral pueden verse afectados por los cambios producidos durante el embarazo, lo que hace necesario un especial cuidado bucodental en la mujer embarazada.

En este sentido la visita al dentista debe formar parte del cuidado integral durante el embarazo, aconsejándose revisiones cada 3 meses. En estas visitas, odontólogo e higienista informarán y aconsejarán a la mujer embarazada acerca de los hábitos de higiene oral que se debe seguir, cambios en la dieta que debe realizar y responderán a todas las dudas y preocupaciones lógicas que la gestante pueda tener.

Un cuidado adecuado y el refuerzo de los hábitos de higiene bucodental contribuyen a prevenir todos los posibles efectos que pueden provocar en la salud oral los cambios hormonales y fisiológicos que suceden durante el embarazo

2 Objetivos

Concienciar a las mujeres embarazadas sobre la importancia de su salud bucal durante esta etapa, puesto que la salud bucodental de las madres puede repercutir en el feto provocando preeclampsia, partos prematuros o bajo peso al nacer.

Desterrar mitos y creencias sobre el embarazo y la atención odontológica.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de estudios y artículos científicos en las principales bases de datos como Google académico, Scielo, Pubmed y Medline, seleccionando los estudios procedentes de investigaciones académicas revisadas. Se ha utilizado como palabras clave: embarazo, salud bucodental, tratamientos dentales.

4 Resultados

El embarazo es un período en el que se producen cambios hormonales que pueden afectar a la salud bucodental de las mujeres. Por ello es importante prestar atención a dientes y encías, llevando a cabo las pertinentes visitas al dentista.

Durante el embarazo hay que extremar la higiene oral y vigilar la salud de los dientes y encías porque los cambios hormonales alteran la producción y el Ph de la saliva, lo que facilita la acumulación de sarro en las encías, aumentando el riesgo de gingivitis y caries.

Lo ideal es iniciar el embarazo con una boca sana, por ello conviene visitar al dentista antes de buscar el embarazo para realizar un examen bucal y los tratamientos que sean necesarios, y durante la gestación es conveniente hacer revisiones periódicas, al menos cada 3 meses y acudir a consulta en cuanto aparezca un problema.

Entre las alteraciones más frecuentes que se producen en la cavidad oral durante el embarazo se pueden destacar las siguientes:

- Gingivitis gravídica: inflamación de las encías que ocurre más frecuentemente en el segundo trimestre del embarazo. Se relaciona con mala higiene oral, dieta respuesta inmune, así como con las alteraciones hormonales y vasculares propias del embarazo. Las náuseas también pueden influir ya que las gestantes tienden a cepillarse menos para evitarlas.

-Granuloma del embarazo: se conoce también como “épulis gravídico” o “tumor del embarazo”. Es una tumoración benigna localizada en una zona con gingivitis en el vestíbulo del maxilar superior. Suele remitir después del parto. Es habitual en los primeros embarazos y durante el primer y segundo trimestre.

-Caries dental: el embarazo no debe ser considerado en sí mismo como causa de la caries. Sin embargo, los cambios en la composición salival y la flora oral que facilitan xerostomía fisiológica facilitan la aparición de la caries. También influyen los ácidos gástricos presentes en los vómitos que suelen ser frecuentes durante el primer trimestre, ya que erosionan el esmalte.

-Enfermedad periodontal: durante el embarazo se produce la hormona relaxina, cuya función es relajar las articulaciones para facilitar el parto, pudiendo actuar también en el ligamento periodontal provocando una ligera movilidad dental que tiende a desaparecer tras el parto. Si existe enfermedad periodontal previa, ésta se verá agravada.

A pesar de que los cambios fisiológicos ocurren en todas las embarazadas, no todas presentan estas alteraciones.

Los objetivos de un programa de salud bucodental para embarazadas son:

- motivar a las pacientes sobre la importancia del cuidado de su salud oral.
- fomentar hábitos higiénicos y dietéticos saludables.
- aplicar medidas preventivas específicas.
- detectar patologías actuales y realizar el tratamiento, al menos de aquellos procesos que puedan provocar patología oral aguda durante el embarazo.
- formar a los padres en cuanto a cuidados orales de su futuro hijo.

Tras la primera consulta con la matrona, ésta remitirá a la gestante a la consulta odontológica, donde odontólogo e higienista deberán hacer especial énfasis en quitarle a la paciente los miedos y creencias existentes sobre el embarazo y los tratamientos odontológicos. También se debe advertir a la paciente de acudir a la consulta si detecta alguna alteración en su boca.

En la primera consulta con el dentista se realiza una exploración de la cavidad oral para detectar posibles lesiones en la mucosa oral, dientes y periodonto.

El primer trimestre (1-12 semanas) es el más peligroso y con mayores riesgos para el feto ya que es el período de organogénesis. Por ello los tratamientos deben ser sencillos como las higienes dentales, o urgentes y que no se puedan aplazar. Se deben evitar todo tipo de medicamentos y la realización de radiografías.

El segundo trimestre (13-24 semanas) es el más seguro y se pueden realizar tratamientos necesarios y urgentes que no se puedan aplazar hasta después del parto. Si es totalmente necesario e imprescindible se pueden realizar radiografías,

utilizando siempre delantal plomado.

Durante el tercer trimestre (25-40 semanas) sólo se realizarán tratamientos urgentes que no se puedan aplazar ya que existe riesgo de inducción al parto y la madre se encuentra ya muy pesada e incómoda por lo que las citas deben ser lo más cortas posibles.

5 Discusión-Conclusión

El embarazo puede tener repercusiones en la salud oral y del mismo modo una salud oral deficiente puede originar problemas durante el embarazo.

Conociendo unas medidas básicas y sencillas de higiene dental y dieta adecuada, las mujeres embarazadas pueden conseguir una salud oral óptima, por ello es importante acudir a la consulta dental en el momento en que se conoce el embarazo para que odontólogo e higienista puedan aconsejar a las gestantes sobre tales medidas.

Aún existen mucho mitos y creencias erróneas sobre la conveniencia de acudir al dentista durante el embarazo pero lo cierto es que es muy aconsejable para prevenir, como se ha dicho a lo largo de este capítulo, problemas frecuentes como la gingivitis, y tratarlos de manera adecuada para que no se compliquen e incluso puedan derivar en un perjuicio para el bebé como puede ser niños con bajo peso al nacer, o partos prematuros, ya que los patógenos presentes en la cavidad oral, si no se tratan a tiempo pueden llegar a la placenta a través del torrente sanguíneo. Cabe señalar sobre este aspecto que las consultas odontológicas están preparadas con protocolos específicos para la atención a mujeres embarazadas, los tratamientos complejos, radiografías, anestésicos, medicación para el dolor y antibióticos no suelen prescribirse durante el primer trimestre si no son urgentes y necesarios.

Según la “Guía de salud oral y embarazo”, publicada por el Consejo general de dentistas de España, la Fundación dental española y la Federación de asociaciones de matronas de España, si la mujer embarazada presenta dolor, infección o urgencia debe ser tratada de inmediato pues las consecuencias de la demora en el tratamiento de una infección activa conllevan mayor riesgo que el propio tratamiento, pero siempre que se haya superado el primer trimestre.

6 Bibliografía

1.<https://revistamedica.com>

“Importancia de la higiene bucal en el embarazo”.

2.<https://www.federación-matronas.org>. “La salud bucodental en el embarazo y sus cambios.

3.<https://www.consejodentistas.es>

“Salud oral y embarazo”-Consejo General de Dentistas de España.

4.<https://scielo.isciii.es> “Embarazo y salud oral”.

Capítulo 344

LOS VIRUS. ESTRUCTURA Y MÉTODOS DE IDENTIFICACIÓN

SARA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

Los virus se definen como aquellos microorganismos compuestos de material genético protegido por un envoltorio proteico, que causa diversas enfermedades introduciéndose como parásito en las células vivas para reproducirse en ellas. Es decir, un organismo perjudicial para cualquier ser vivo que se propaga por todo el cuerpo a no ser que los medicamentos adecuados consigan pararlo.

Los virus pueden infectar cualquier tipo de organismo y son extremadamente difíciles de localizar debido a su ínfimo tamaño. Podemos encontrar este tipo de microorganismos en cualquier lugar del planeta, por muy extremas que sean sus condiciones.

La propagación de los virus depende mucho del ser vivo al que afecten. Por ejemplo en las plantas estas partículas se transmiten a través de los insectos que se alimentan del polen. En el reino animal, las formas de contagio se basan en las picaduras de los insectos o el contacto de fluidos. Mientras que en las personas, la propagación más frecuente se argumenta en la mala manipulación de los alimentos y el agua.

2 Objetivos

El objetivo que persigue este capítulo es analizar la forma de los virus y los métodos utilizados para su identificación.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se han realizado búsquedas tanto en tratados de microbiología como en Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos de publicaciones académicas revisadas, así como libros relacionados con la microbiología clínica y libros de medicina y de biología respectivamente.

4 Resultados

Podemos tener virus de dos tipos:

- Virus de ADN en el que la estructura del ácido nucleico es de doble hélice
- Virus de ARN en el que la estructura del ácido nucleico es monocatenaria.

Los virus se componen de dos o tres partes según las características de los mismos: una capa proteica que los protege de posibles antivirales, un material genético basado en el ADN o ARN y una cubierta de lípidos que se encuentra rodeando la célula. Cabe destacar que esta estructura ha ido evolucionando con el paso de los años y que tienen origen en los plásmidos (fragmentos de ADN que se desplazan entre las células).

Los métodos utilizados para reconocer las infecciones por virus humanos pueden clasificarse en DIRECTOS e INDIRECTOS, según persigan demostrar la presencia del virus o de alguno de sus constituyentes (antígeno o genoma viral) o bien la respuesta de anticuerpos específicos por parte del huésped en el curso de la infección.

Gran parte de las técnicas utilizadas en el diagnóstico clínico se basan en pruebas serológicas que identifican anticuerpos específicos frente a diversas proteínas antigénicas. Sin embargo, existen circunstancias en las cuales son necesarias pruebas que detecten precozmente la infección viral (tratamientos específicos, medidas profilácticas, etc.).

En algunas infecciones virales es posible detectar la presencia de antígenos virales previamente al desarrollo de la seroconversión, siendo esta prueba la única evidencia de la exposición al virus cuando no existe aumento de los niveles de anticuerpos circulantes (pacientes inmunodeprimidos).

Igualmente, la detección del genoma viral puede favorecer la precocidad del diagnóstico viral y su confirmación. En la última década, se han desarrollado una serie de técnicas para el diagnóstico viral basadas en la detección de ácidos nucleicos. De ellas la Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es la más utilizada.

En el momento actual, la tendencia en el diagnóstico virológico consiste en emplear nuevas y más sensibles tecnologías de detección de antígenos y de inves-

tigación de ácidos nucleicos con el propósito de lograr un diagnóstico viral más rápido. El desarrollo de quimioterapia antiviral efectiva es responsable de esta tendencia que hace de la identificación rápida, sensible y específica de los virus, una necesidad.

METODOS DIRECTOS

Son aquellos que detectan:

- El virus como agente infeccioso (aislamiento viral).
- La presencia de antígenos virales (técnicas inmunológicas): Inmunofluorescencia (IF), Enzimoimmunoanálisis (EIA), Test de Aglutinación.
- La presencia de ácidos nucleicos virales (PCR, etc.).
- El virus como partícula viral (microscopía electrónica).

Todo virus se combate con fármacos ya disponibles en nuestro mercado. La obtención de fármacos antivirales siempre ha sido mucho más difícil que la de los antibióticos (antibacterianos), ya que los virus dependen obligatoriamente para vivir y multiplicarse ("replicarse") del metabolismo de la propia célula que infectan.

Por lo tanto, los fármacos que bloquean la replicación vírica alteran también el funcionamiento de las células normales, y los límites entre las dosis terapéuticas y las dosis tóxicas son muy estrechos. Por lo general, los antivirales existentes inhiben de alguna forma la síntesis de los ácidos nucleicos (DNA o RNA) y/o de las proteínas del virus. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana ha impulsado en los últimos años la investigación en fármacos antivirales.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental la correcta formación del profesional sobre la estructura de los virus, así como tener conocimiento de los que existen para poder identificarlos, diagnosticar e instaurar el mejor tratamiento posible que se adapte a la patología del paciente.

Además, es muy necesario la continua formación por parte del profesional sobre los nuevos virus emergentes para saber las medidas necesarias a instaurar para evitar su propagación, así como su posible tratamiento.

6 Bibliografía

- Libro de microbiología clínica.
- Medline.
- Pubmed.

- Scielo.

Capítulo 345

ESTRUCTURA BACTERIANA

SARA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

La bacteria, a pesar de su simplicidad, contiene una estructura celular bien desarrollada que es responsable de algunas de sus estructuras biológicas únicas y su patogenicidad. Muchas características estructurales son exclusivas de las bacterias y no se encuentran entre arqueas o eucariotas. Debido a la simplicidad de las bacterias en relación con los organismos más grandes y la facilidad con que pueden manipularse experimentalmente, la estructura celular de las bacterias ha sido bien estudiada, revelando muchos principios bioquímicos que se han aplicado posteriormente a otros organismos.

Son tan ajenos a los seres humanos como lo pueden ser los seres vivos, pero las bacterias son esenciales para la vida humana y la vida en el planeta Tierra. Aunque son notorios por su papel en causar enfermedades humanas, desde la caries dental hasta la Plaga Negra, hay especies beneficiosas que son esenciales para la buena salud.

Por ejemplo, una especie que vive simbióticamente en el intestino grueso produce vitamina K, un factor esencial de coagulación de la sangre. Otras especies son beneficiosas indirectamente. Las bacterias le dan al yogur su sabor ácido y al pan amargo su sabor agrio. Permiten que los animales rumiantes (vacas, ovejas, cabras) digieran la celulosa de la planta y que algunas plantas (soya, guisantes, alfalfa) conviertan el nitrógeno a una forma más utilizable.

2 Objetivos

Describir la estructura bacteriana

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado la búsqueda en varios tratados de microbiología clínica y también se han consultado artículos de ciertas bases de datos como pubmed, scielo y medline seleccionando los artículos científicos más importantes y relevantes ya revisados.

4 Resultados

La mayoría de las bacterias se clasifican en dos categorías amplias: Gram positivas y Gram negativas. Estas categorías se basan en la composición de la pared celular y la reacción a la prueba de tinción de Gram. El método de tinción de Gram, desarrollado por Hans Christian Gram, identifica las bacterias basándose en la reacción de sus paredes celulares a ciertos tintes y productos químicos.

Las diferencias entre las bacterias Gram positivas y Gram negativas están relacionadas principalmente con la composición de su pared celular. Las bacterias gram positivas tienen paredes celulares compuestas principalmente por una sustancia exclusiva de las bacterias conocida como peptidoglicano o mureína. Estas bacterias se tiñen de púrpura después de la tinción de Gram. Las bacterias Gram negativas tienen paredes celulares con solo una capa delgada de peptidoglicano y una membrana externa con un componente lipopolisacárido que no se encuentra en las bacterias Gram positivas. Las bacterias Gram negativas se tiñen de rojo o rosa después de la tinción de Gram. Las paredes celulares de las bacterias Gram positivas difieren estructuralmente de las paredes celulares de las bacterias Gram negativas. El componente principal de las paredes celulares bacterianas es el peptidoglicano. El peptidoglicano es una macromolécula compuesta de azúcares y aminoácidos que se ensamblan estructuralmente como material tejido. El componente de amino azúcar consiste en moléculas alternas de N-acetilglucosamina (NAG) y ácido N-acetilmurámico (NAM). Estas moléculas están reticuladas entre sí por péptidos cortos que ayudan a dar fuerza y estructura al peptidoglicano. El peptidoglicano protege las bacterias y define su forma.

La pared celular Gram positiva tiene varias capas de peptidoglicano. Las gruesas capas de peptidoglicano ayudan a sostener la membrana celular y proporcionan un lugar de unión para otras moléculas. Las capas gruesas también permiten que las bacterias Gram positivas retengan la mayor parte del tinte cristal violeta durante la tinción de Gram, lo que las hace aparecer de color púrpura. Las paredes de las células gram positivas también contienen cadenas de ácido teicoico que se extienden desde la membrana plasmática a través de la pared celular del pep-

tidoglicano. Estos polímeros que contienen azúcar ayudan a mantener la forma celular y juegan un papel en la división celular adecuada. El ácido teicoico ayuda a algunas bacterias Gram positivas a infectar células y causar enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión podemos decir que las bacterias se combaten con fármacos. Los antibióticos son los fármacos utilizados para tratar las infecciones causadas por bacterias. Actúan contra las infecciones matando las bacterias o dificultando su desarrollo y reproducción, pero hay que recordar que no son eficaces contra virus, hongos ni parásitos. Por lo tanto, no debes utilizarlos para tratar infecciones comunes causadas por virus, como son el resfriado, la gripe, la mayoría de casos de dolor de garganta, de tos y bronquitis, muchas infecciones de los senos paranasales (sinusitis) y muchas infecciones de oído. Existe una amplia variedad de antibióticos de diferentes familias para combatir las enfermedades bacterianas. Además de la familia de las penicilinas, existen otras clases, como las cefalosporinas, las fluoroquinolonas, los macrólidos, los aminoglucósidos, los carbapenémicos, etc.

6 Bibliografía

- Libro de microbiología clínica
- Medline
- Pubmed
- Scielo

Capítulo 346

PRUEBAS HEMATOLÓGICAS

SARA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

La hematología es una especialidad de la medicina que se encarga del estudio morfológico de las enfermedades de la sangre. Esto incluye los componentes celulares que se encuentran en ella como coagulación, formación de células y todos los trastornos relacionados con esta.

Si sabes un poco sobre cuáles son las pruebas de hematología sabrás que su propósito es evaluar determinados aspectos sanguíneos. Gracias a estas pruebas podemos mencionar la cantidad de glóbulos rojos, leucocitos y plaquetas que se encuentran en la sangre de una persona, así como determinar si la misma padece de infecciones, exceso de hierro o se encuentra anémico. La hematología identifica dichos desequilibrios.

A través de las pruebas hematológicas es posible visualizar y diagnosticar diferentes enfermedades, trastornos o padecimientos relacionados con la sangre y las células que contienen esta. Esto incluye enfermedades que pueden ser sencillas o no muy graves hasta otras que pueden ser mortales o mucho más complicadas. Un claro ejemplo de esto son las enfermedades oncológicas tales como la leucemia, linfomas y miomas. También es posible captar otras enfermedades como la trombosis, anemia, síndrome mielodisplásico, enfermedades hemorrágicas como la hemofilia, neutropenia, entre otras muchas enfermedades que pueden afectar a la sangre y provocar complicaciones.

2 Objetivos

- Informar sobre las pruebas hematológicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los rangos normales para los recuentos de sangre periférica varían mucho con la edad. Los recién nacidos normales tienen un hematocrito de 45%–65%. El recuento de reticulocitos al nacer es relativamente alto, ya que alcanza 2%–8%. Dentro de los primeros días de vida, la producción de eritrocitos disminuye, y los valores de hemoglobina y hematocrito caen a un punto mínimo a las 6–8 semanas. Durante este periodo, conocido como anemia fisiológica de la infancia, los lactantes normales tienen valores de hemoglobina tan bajos como 10 g/dL y hematocritos tan bajos como 30%. Después, los valores normales de hemoglobina y hematocrito aumentan de manera gradual hasta que se alcanzan los valores adultos después de la pubertad. Los lactantes prematuros pueden alcanzar un nivel de hemoglobina en el punto más bajo de 7–8 g/dL a las 8–10 semanas. La anemia se define como una concentración de hemoglobina dos desviaciones estándar por debajo de la media para una población normal del mismo sexo y edad. Los recién nacidos tienen eritrocitos más grandes que los niños y los adultos, con un volumen corpuscular medio al nacer de más de 94 fL que, más tarde, cae a un nadir de 70–84 fL para los seis meses de edad. A partir de entonces, el volumen corpuscular medio normal aumenta en forma gradual hasta alcanzar los valores adultos después de la pubertad. El número normal de leucocitos es mayor en la infancia y en la primera infancia que más tarde en la vida. Los neutrófilos predominan en el recuento diferencial de leucocitos al nacer y en el niño mayor, por su parte, los linfocitos predominan (hasta 80%) entre las edades de un mes y seis años.

Los valores normales para el recuento de plaquetas son 150 000–400 000/ μ L y varían poco con la edad.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión podemos decir que para tratar las enfermedades hematológicas podemos realizar una serie de pruebas.

El tratamiento para corregir anemia de deficiencia de hierro implica el uso de las tablillas del hierro o en casos graves, las inyecciones compuestas del hierro. Las mujeres embarazadas son en un riesgo creciente de anemia de deficiencia de hierro y pueden ser píldoras prescritas del hierro durante su embarazo para cubrir las demandas del feto creciente.

La anemia se puede también causar por la baja de sangre excesiva o ciertas enfermedades que analizan los glóbulos y la hemoglobina rojos (anemias hemolíticas). Algunos ejemplos de los diversos tratamientos que se pueden utilizar en desórdenes hematológicos incluyen:

Cambios de la dieta.

Preparaciones orales del hierro que se pueden tomar como las tablillas o líquidos. Los desórdenes de sangre tales como anemia megaloblástica se tratan con las inyecciones de la vitamina B12 y las píldoras del ácido fólico.

Terapia de la anticoagulación para prevenir exceso de la coagulación de sangre. La sangría terapéutica se aplica en casos raros del polycythemia o de la sobrecarga del hierro. Una droga que es de uso general para la sobrecarga del hierro es desferrioxamine.

Las diversas quimioterapias del cáncer de sangre se ofrecen al cuidado de hematólogos.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 347

MARCADORES TUMORALES

SARA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

Los marcadores tumorales son sustancias que las células cancerosas o las células normales producen en respuesta al cáncer en el cuerpo. Algunos marcadores tumorales son específicos de un tipo de cáncer. Otros se pueden encontrar en varios tipos de cáncer.

Como los marcadores tumorales también pueden aparecer en afecciones que no son cáncer, las pruebas de marcadores tumorales no se suelen usar para diagnosticar cáncer ni como pruebas de detección en personas con bajo riesgo de esta enfermedad. Estas pruebas generalmente se hacen en personas que ya tienen un diagnóstico de cáncer. Las pruebas de marcadores tumorales permiten averiguar si un cáncer se ha diseminado, si un tratamiento está dando resultado o si el cáncer ha reaparecido después de haber terminado el tratamiento.

Las pruebas de marcadores tumorales se suelen usar para:

Planificar el tratamiento. Si los niveles de los marcadores tumorales disminuyen, eso generalmente significa que el tratamiento está dando resultado

Averiguar si un cáncer se ha diseminado a otros tejidos

Predecir el resultado o la evolución probable de una enfermedad

Averiguar si un cáncer ha reaparecido después de un tratamiento exitoso

Hacerles pruebas de detección a las personas con alto riesgo de cáncer. Algunos de los factores de riesgo son tener antecedentes familiares o un diagnóstico previo de otro tipo de cáncer

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Ayudar a diagnosticar el tipo de cáncer y su estadio

Objetivos secundarios:

-Mostrar si el tratamiento de cáncer está dando resultado.

-Ayudar a planificar el tratamiento futuro

-Mostrar si el cáncer ha reaparecido después de haber terminado el tratamiento

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado la búsqueda en libros y luego en diferentes bases de datos como Pubmed, medline y otros en donde se han cogido aquellos artículos científicos que nos han resultado más importantes relacionados con el tema.

4 Resultados

Existen numerosos marcadores tumorales y cada vez se van incorporando nuevos marcadores a la práctica clínica. Entre ellos los más utilizados son:

PSA (Antígeno Prostático Específico). Es de los más sensibles y específicos, lo que ha llevado a su utilización como prueba para descartar cáncer de próstata en varones por encima de una determinada edad. Sin embargo, no está clara su utilidad dado que muchos pacientes con un resultado positivo son sometidos a diferentes pruebas más o menos molestas y con diversos efectos adversos para concluir que en realidad no existía un cáncer (falso positivo). Además, no se ha demostrado que una estrategia basada en la solicitud sistemática de esta prueba a varones aumente la supervivencia.

CA 125. Se utiliza para detectar el cáncer de ovario si bien, de nuevo debido a su baja sensibilidad y especificidad, no se recomienda su determinación sistemática en todas las mujeres. Suele usarse para evaluar si un cáncer de ovario ha respondido al tratamiento o para observar si vuelve a reaparecer tras el tratamiento.

El CA 125 puede estar aumentado en otras enfermedades ginecológicas benignas, como los miomas o la endometriosis, en múltiples enfermedades no ginecológicas o en cánceres localizados fuera del ovario.

CA 19-9. Se observa en algunos pacientes con cánceres del aparato digestivo, fundamentalmente cáncer de páncreas y cáncer de colon. Puede también estar

aumentado en personas con enfermedades del tiroides, pancreatitis, enfermedad inflamatoria intestinal u otras enfermedades no malignas.

Antígeno carcinoembrionario (CEA). Se observa elevado en algunos pacientes con cáncer de colon. También puede estar aumentado en pacientes con cáncer de mama, cáncer de ovario, cáncer de pulmón y cáncer de páncreas. En el cáncer de colon el pronóstico es peor cuanto mayor sea su concentración. Puede también estar aumentado en otras enfermedades no tumorales como en las hepatitis, EPOC, colitis, pancreatitis o en fumadores sanos.

CA 15-3. Se solicita en el cáncer de mama. Sin embargo, solo está aumentado en 1 de cada 10 mujeres con cáncer de mama en estadio temprano. Puede estar aumentado en mujeres que no tienen cáncer o que tienen cáncer de ovario o cáncer de pulmón.

CA 27.29. Detecta lo mismo que el CA 15-3 aunque es más específico, es decir si sale positivo es más posible que se deba a un cáncer que a otra causa. Sin embargo, también puede elevarse en otros cánceres distintos del cáncer de mama y puede dar positivo en personas sin enfermedad tumoral.

CA 72-4. Se puede observar elevado en cánceres del aparato digestivo, sobre todo en el cáncer de estómago.

HER-2. Es un marcador que identifica determinados cánceres de mama o cánceres de estómago que pueden responder satisfactoriamente a un determinado tipo de tratamiento. Su determinación no se hace sobre un análisis de sangre sino sobre la biopsia del tejido tumoral.

HER-1 o EGFR (Receptor del factor de crecimiento epidérmico). Es un marcador que identifica a cánceres de pulmón de células pequeñas y a los cánceres de cabeza y cuello, cáncer de colon, cáncer de mama o cáncer de páncreas que son más resistentes a la quimioterapia, pero que pueden responder mejor a un tratamiento específico. Su determinación no se hace sobre un análisis de sangre sino sobre la biopsia del tejido tumoral.

Alfa-fetoproteína. Se encuentra elevada en algunos pacientes con cáncer de hígado (hepatocarcinoma). Sin embargo, puede estar elevada en otras muchas enfermedades del hígado no cancerosas, como en las hepatitis agudas y crónicas. Sirve también para controlar la respuesta al tratamiento del cáncer de hígado. Otros tumores más raros, como ciertos cánceres de testículo o cánceres de ovario, pueden también cursar con aumento de esta sustancia en sangre.

HCG (Gonadotropina coriónica humana). Está aumentada en algunos cánceres de ovario y de testículo y en la mola hidatidiforme y el coriocarcinoma.

Bcr-abl. Se puede ver en pacientes con leucemia mieloide crónica.

Beta-2-microglobulina (B2M). Está aumentada en varios tumores de la sangre

como leucemias, linfomas y mieloma múltiple. También puede aumentar en enfermedades no cancerosas del riñón y del hígado. Los cánceres con valores muy altos de B2M tienen peor pronóstico.

BTA (Antígeno Tumoral de Vejiga). Se mide en orina. Es un marcador de cáncer de vejiga, pero también puede aumentar en personas con piedras en los riñones o infecciones de orina.

Calcitonina. Aumentado en un tipo especial de cáncer de tiroides.

Cromogranina A. Aumentada en tumores carcinoides y en el carcinoma de pulmón de células pequeñas.

NSE (Enolasa neuro específica). Es un marcador de tumores carcinoides, al igual que la cromogranina A. Se puede utilizar para valorar la respuesta al tratamiento.

NMP22. Se eleva en la orina de algunos pacientes con cáncer de vejiga. No se usa para detectar tumores, sino para valorar recaídas tras tratar a enfermos con este tipo de cáncer.

KRAS. Se trata de una mutación que se observa en algunos cánceres de colon que los hace resistentes al tratamiento con cetuximab y el panitutumab, medicamentos ocasionalmente empleados para tratar estos tumores. Los cánceres de pulmón con esta mutación tampoco responden al tratamiento con erlotinib y gefitinib.

S-100. Es un marcador del melanoma cuando está extendido.

5 Discusión-Conclusión

En resumidas cuentas podemos decir que con los marcadores tumorales lo que se busca es:

Estudiar la posibilidad de que exista un cáncer oculto en personas sanas. En general apenas se utilizan para esta función dado que, como se ha comentado anteriormente, tienen muchos falsos positivos (el resultado sale positivo, pero no hay tumor) y falsos negativos (el resultado es normal, pero sí existe un cáncer que no ha sido detectado con la prueba). La determinación de PSA para el cáncer de próstata sería un ejemplo de este uso.

También se usan para buscar un cáncer cuando existe una sospecha clínica de que puede existir un tumor oculto (por ejemplo en el estudio de una pérdida inexplicada de peso).

Para determinar la extensión del tumor.

Para determinar el pronóstico de un cáncer y el tipo de tratamiento que es recomendable aplicar.

Para evaluar la respuesta al tratamiento. Por ejemplo, después de un determinado tratamiento la cantidad del marcador en sangre puede reducirse mucho o desa-

parecer y su elevación posterior puede indicar que existe una recaída. En general, más que para diagnosticar la presencia de cáncer, suelen emplearse para valorar la respuesta del cáncer al tratamiento aplicado.

6 Bibliografía

1. MADIGAM M. BROCK. Biología de los microorganismos,12ªedicion. Addison-Wesley,2009
2. JAWETZ,MELNICK,ADELBERG. Microbiología médica,25ªedicion. McGraw-Hill,2014.
- 3-Pubmed
- 4-Medline

Capítulo 348

LA TINCIÓN DE PAS EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

JUDITH ALVAREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La reacción PAS (Periodic Acid-Schiff) es uno de los métodos químicos de más frecuente aplicación en la histología y se utiliza para evidenciar la presencia de grupos aldehídos formados por oxidación previa de los hidratos de carbono.

La tinción de PAS (Periodic Acid-Schiff) para la detección de aldehídos y mucosustancias es utilizado para el diagnóstico celular en la medicina humana y se emplea en el examen histológico de muestras de origen humano.

Hace evaluables determinadas para el diagnóstico estructuras de destino en material de examen histológico, como pueden ser cortes histológicos p.ej del intestino, del estómago o del hígado.

En la reacción PAS (Periodic Acid-Schiff), el material histológico primero es tratado con ácido periódico oxidándose durante este proceso los 1,2-glicoles a grupo aldehído. A través de la adición del reactivo de Schiff en el segundo paso, los aldehídos reaccionan en una intensa reacción cromática de color rojo. La reacción PAS (Periodic Acid-Schiff) tiene como resultado una reacción cromática específica con polisacáridos no sustituidos, mucopolisacáridos neutros, mucos y glicoproteínas así como glicos y fosfolípidos.

El Kit de PAS (Periodic Acid-Schiff) se compone de todos los reactivos que intervienen en esta tinción.

+Ácido peryódico

- +Reactivo de Schiff
- +Potasio meta-Bisulfito solución fijadora
- +Hematoxilina de Mayer

2 Objetivos

Describir la técnica de realización de la tinción de PAS (Periodic Acid-Schiff) en la sección del Laboratorio de Anatomía Patológica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

1. Deben usarse instrumentos adecuados para la toma de muestras y en la preparación, y deben seguirse las instrucciones del fabricante para la aplicación / el empleo.
2. Desparafrinar de forma habitual los preparados histológicos y rehidratar en serie descendente de alcohol.
3. Los portaobjetos deberían ser escurridos bien por goteo después de los diferentes pasos de tinción, de esta manera se podrá evitar el innecesario arrastre de soluciones.

Pasos a seguir en la tinción de PAS:

- I. Una vez los cortes hayan sido desparafrinados y rehidratados, enjuagar con agua destilada.
- II. Depositar sobre el corte 10 gotas de (SOLUCIÓN DE ÁCIDO PERYÓDICO) . Dejar reaccionar durante 5 minutos.
- III. Lavar con agua corriente del grifo durante 3 minutos.
- IV. Enjuagamos con agua destilada.
- V. Depositar sobre el corte 10 gotas de (REACTIVO DE SHIFF). Dejar reaccionar durante 15 minutos.
- VI. Lavar con agua corriente del grifo durante 3 minutos.

- VII. Enjuagamos con agua destilada.
- VIII. Depositar sobre el corte 10 gotas de (Solución de hematoxilina modificada según Gill II) durante 2 minutos.
- IX. Lavar con agua corriente del grifo durante 3 minutos.
- X. Sumergimos en Etanol 70% durante 1 minuto.
- XI. Sumergimos en Etanol 96% durante 1 minuto.
- XII. Sumergimos en Etanol 100% durante 1 minuto.
- XIII. Sumergimos en Xileno durante 5 minutos.
- XIV. Montamos con Entellan y cubreobjetos los preparados humedecidos.
- El microscopio usado debería corresponder a los requisitos de un laboratorio de diagnóstico clínico.
- Todas las muestras deben estar rotuladas inequívocamente.
- Los diagnósticos deberán ser establecidos solamente por personas autorizadas y cualificadas.
- La solución de tinción debe almacenarse a temperatura entre +2 y +8 oC.
- El producto debe estar almacenado a la temperatura indicada y en envase bien cerrado, es utilizable hasta la fecha de caducidad indicada en el envase.
- Para evitar errores, la tinción ha de ser realizada por personal especializado.
- Núcleos celulares: Se tiñen de color AZUL.
- Polisacáridos, glicógeno, mucopolisacáridos neutros, muco y glicoproteínas, glico y fosfolípidos, membrana basal, colágeno: Se tiñen de color PÚRPURA.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad los laboratorios de Anatomía Patológica que se encuentran en los Hospitales son muy demandadas estas pruebas especiales de tinción para poder examinar correctamente los tejidos histológicos, ya que a los laboratorios de Anatomía Patológica llega cualquier tipo de muestra o tejido. La tinción PAS (Periodic Acid-Schiff) , la segunda técnica de tinción más utilizada después de HE.

Se utiliza para valorar la degeneración fibrinoide y facilita la visualización de agentes infecciosos que incluyen hongos, parásitos y bacterias.

Es una técnica más comúnmente utilizada en dermatopatología aun así su uso no es rutinario. Aún así si debe de estar disponible en cualquier hospital que cuente con un servicio de patología.

6 Bibliografía

1. Microscopía (KIT de Tinción PAS) (Propio Hospital).
2. <https://dcmq.com.mx/edicion-enero-marzo-2013-volumen-11-número-1/121-utilidad-de-la-tincion-pas-para-el-diagnostico-histopatologico>
https://www.itwreagents.com/download_file/ce_ivd_instructions/CEIVD15/es/CEIVD15_es.pdf.

Capítulo 349

ACOSO PSICOLÓGICO EN EL ENTORNO SANITARIO (MOBBING)

CARLA PEREZ VALDES

1 Introducción

Cuando hablamos de acoso psicológico nos referimos a situaciones de agresión hacia una persona dentro del ámbito laboral con un único objetivo: conseguir su desgaste y destrucción psicológica hasta el sometimiento y/o la exclusión de su puesto de trabajo.

En la actualidad se calcula que afecta a un porcentaje de entre el 12-14% de la población trabajadora y su incidencia es más frecuente en las mujeres.

Algunos de los tipos de conducta de acoso pueden ser psicológicos con las siguientes características: restricción de la comunicación con los compañeros, aislamiento en el trabajo, ordenar tareas degradantes o sin relación con el puesto de trabajo, criticar la vida privada, amenazar, ridiculizar y/o difundir rumores falsos de la persona acosada, etc. o sexuales caracterizadas por incluir proposiciones o acoso sexual, etc.

Pero también, dentro del ámbito laboral aunque de manera menos frecuente, nos podemos encontrar otro tipo de acoso físico mediante el empleo de violencia o amenazas.

Entre los factores de riesgo para ser objeto de acoso cabe destacar algunos perfiles de entre los más comunes: trabajadores competentes que causan desconfianza y recelo de sus superiores, personas de menos de 30 años sin trabajo fijo, y trabajadores altamente cualificados en la última década de la vida.

2 Objetivos

- Identificar y reconocer situaciones de acoso psicológico o Mobbing.
- Exponer cómo reconocer a un acosador con sus características principales.
- Explicar pautas a seguir ante una situación de acoso laboral.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una exhaustiva investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre el tema a través de páginas web especializadas como Scielo, Pubmed, Medline así como la consulta de diversos textos y revistas especializadas en el tema a través de la página ClinicalKey.

4 Resultados

Las personas acosadoras suelen ser personas sin sentido de culpabilidad, ambiciosas, agresivas, mentirosas, manipuladoras y mediocres profesionalmente, con complejo de inferioridad a menudo y que se siente bien humillando a alguien que en el fondo consideran superior en alguna faceta tanto personal como profesional.

Estudios realizados señalan que 3 de cada 4 personas empleadas en el sector sanitario refieren haber sufrido alguna situación de acoso psicológico y más del 10% reconocen haber sufrido directamente limitaciones en la capacidad de comunicación, del contacto social y desprestigio personal y/o profesional.

Algunas medidas para superar el acoso son: identificar y conocer el problema, documentar y registrar las agresiones, hacer públicas las agresiones que se reciben sin testigos, hacer frente al acoso respondiendo con asertividad, evitar el aislamiento social y la autoinculpación y solicitar ayuda médica o psicológica cuando sea preciso.

Abordar un problema de este tipo ha de consistir en una acción global y coordinada entre todas las organizaciones que intervienen en el mismo como empresas, servicios de prevención de riesgos laborales etc., ya que ellos son los principales responsables de la prevención de las conductas de acoso, así como de su detección y abordaje.

Otro de los factores favorecedores de una situación de acoso laboral es el nivel de estrés al que se encuentran sometidos los profesionales sanitarios.

Algunas características del empleo o el ambiente físico, como la dificultad del ámbito de trabajo para generar buenas relaciones entre compañeros, contribuyen

negativamente y favorecen un entorno laboral estresante y que facilita el acoso. Cuando una persona acosada acude a la consulta de un profesional sanitario debido a las consecuencias en su salud de situaciones mantenidas de acoso supone el fracaso de la prevención aunque el profesional sanitario siempre debe estar preparado para detectar y ofrecer la atención adecuada.

5 Discusión-Conclusión

El acoso psicológico consiste en un tipo de agresión perversa, premeditada y continuada en el tiempo, y cuyas consecuencias resultan devastadoras sobre la salud física y mental de las víctimas.

Algunas de estas consecuencias pueden ser psicológicas, como por ejemplo: baja autoestima, inseguridad, culpabilidad, sentimiento de fracaso, frustración, impotencia, miedo, crisis de ansiedad generalizada, trastornos del sueño, alteraciones cognitivas (concentración, atención), indefensión, depresión y mayor frecuencia de suicidios...o físicas como cefaleas, somatizaciones, cardiopatías, dolores torácicos, problemas gastrointestinales, etc.

Durante largos periodos de la vida laboral, las víctimas de acoso (aunque la situación llegue a cambiar) siguen sufriendo efectos psicológicos negativos en muchos casos, de forma permanente

6 Bibliografía

- R. Ciurana Misol, C. Brotons Cuixart y M. M. Marzo Castillejo
Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia
- M.C. Fernández Alonso y S. Herrero Velázquez
Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia
- Antonio Ares Camerino y Manuel María Ortega Marlasca
Medicina Clínica, Copyright © 2017 Elsevier España,

Capítulo 350

COMUNICACIÓN CON LOS NIÑOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANDREA DÍAZ GARCÍA

NOEL PAINO MARTÍNEZ

1 Introducción

La comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes, es de gran importancia y complejidad cuando se trata de pacientes pediátricos. Cuando hablamos de pacientes en edad pediátrica, englobamos un amplio rango de edad; desde pacientes recién nacidos hasta adolescentes. Por lo tanto, esta población está formada por pacientes que se encuentran en diferentes etapas de desarrollo emocional y con diferentes habilidades cognitivas.

El hecho de que sean niños y adolescentes los destinatarios de la información, a los que se les debe hacer comprender y asimilar dicha información, hace que se tengan que tener en cuenta una serie de consideraciones especiales.

La incorporación de los niños y adolescentes al proceso de toma de decisiones hace necesaria la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes pediátricos, aunque dicha comunicación no siempre es efectiva. Además de detectar las barreras e impedimentos que pueden entorpecer la comunicación, los profesionales deben de ser capaces de adaptar la información a la edad del niño. Los niños no son “adultos pequeños” por lo que conectar y empatizar con ellos y sus familias es una situación compleja y requiere un acercamiento y un enfoque diferente a los utilizados con pacientes adultos.

Además, los conceptos de funcionamiento corporal, la salud y la enfermedad cambian con la edad del niño. La comunicación se asocia con la edad de un niño, pero

también puede estar influenciada por el género y los antecedentes familiares de este. Los profesionales sanitarios pueden tener dificultades para juzgar lo que entienden los niños.

Las características especiales que tiene la población pediátrica hacen que sea necesario proporcionarles las herramientas y las competencias necesarias para lograr una comunicación efectiva.

2 Objetivos

Revisar y explicar la importancia de la comunicación con los niños, además de las herramientas y estrategias encaminadas a informar a estos pacientes sobre aspectos que tienen relación con su salud en los centros sanitarios tanto de atención primaria como hospitalaria.

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 mundo infantil requiere especial atención por las características inherentes a este momento de la vida. Enfermar en la etapa infantil es una situación que se presenta con frecuencia. Los menores se sienten especialmente vulnerables durante el proceso de enfermedad y la posterior hospitalización. Este hecho puede iniciar un proceso de crisis en el niño, especialmente durante los primeros años, dado que se produce una modificación del estado de normalidad en su entorno cotidiano.

Durante el proceso de enfermedad es esencial para el profesional de la salud disponer de habilidades con las que interactuar con los pacientes y familiares en momentos de crisis. Cada profesional establece una relación con el niño y su familia según las habilidades y estrategias que ha desarrollado a través de su práctica clínica para la comunicación con los pacientes.

La comunicación implica una relación o unión entre dos partes que se conectan o se corresponden entre sí de algún modo. Puede definirse como “un proceso de transmisión y recepción de señales (ideas, mensajes, datos) mediante un código (un sistema de signos y reglas) que es común tanto para el emisor como para el receptor”.

La atención sanitaria se centra en el paciente, y pone de manifiesto la necesidad de que éste reciba y comprenda toda aquella información correspondiente a su problema de salud así como a los cuidados sanitarios que requiere.

Algo de especial importancia en el proceso de la comunicación, es la comprensión por parte del paciente de su condición médica y de las distintas opciones terapéuticas disponibles. Para facilitar esta comprensión es muy importante cómo debe realizarse la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente, principalmente en aquellos casos donde el paciente es de edad pediátrica ya que hay que tener en consideración sus capacidades o limitaciones a la hora de comprender ciertos conceptos.

Cuando la enfermedad afecta a la vida cotidiana de los niños, tanto si son ellos los que padecen la enfermedad como si es un familiar el afectado, la comunicación y por lo tanto, la comprensión de la información que reciban de los profesionales sanitarios, va a contribuir en gran manera a estos niños a entender, manejar y afrontar su condición médica y ayudarles en su vida cotidiana. Una buena comunicación podría ayudar a la adherencia terapéutica y a incrementar la satisfacción del niño.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación es fundamental para tener un buen desarrollo de la práctica clínica. Es fundamental desde la relación del profesional sanitario con el paciente y, es fundamental también dentro del equipo de profesionales con los que se trabaja.

La evidencia sobre la utilidad de las intervenciones de comunicación con pacientes pediátricos en el ámbito de atención primaria y hospitalaria es muy limitada, aunque podrían mejorar la salud y el bienestar del niño de forma global, además de lograr una mayor satisfacción y mejores resultados clínicos.

La comunicación es algo más que un diálogo. El lenguaje no verbal, como la expresión corporal están siempre presentes. Deben valorarse especialmente en la etapa infantil, puesto que en ocasiones tienen dificultades en expresar sus pensamientos y sentimientos mediante el empleo de las palabras.

Una relación positiva entre el profesional sanitario y el paciente infantil, así como

la participación de éste último en su propio proceso, son dos componentes esenciales para que los cuidados sean más efectivos.

6 Bibliografía

- Carballado, M. P. & Manrique, M. C. (2011). Promoción de la salud. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España S.L.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). Estrategias de comunicación para la salud integral en la infancia: guía metodológica para su desarrollo. Washington, D.C: OPS.
- Femenías, A.J., "Comunicación y habilidades sociales para profesionales sanitarios". Ed.: Nexus Médica Editores, S.L.

Capítulo 351

ACCIDENTES LABORALES IN ITINERE

CARLA PEREZ VALDES

1 Introducción

Un accidente de trabajo es toda lesión corporal que la persona sufra con ocasión o a consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena y se considera un accidente laboral in itinere al accidente que sufre el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo.

Para que se considere como tal deben darse estos cuatro requisitos:

- Teleológico: El fin del desplazamiento ha ser ir o volver al lugar de trabajo.
- Topográfico: El camino utilizado para el desplazamiento debe ser el habitual y normal.
- Mecánico: El medio de transporte utilizado debe ser el habitual y adecuado para salvar la distancia a recorrer.
- Cronológico: El tiempo utilizado debe ser el normal, sin interrupciones por motivos particulares que puedan romper la relación de causalidad y teniendo en cuenta la distancia a recorrer, el medio de transporte utilizado, etc.

En cambio, no hay accidente in itinere, entre otras posibles, en situaciones como las siguientes:

- Si no se ha iniciado el desplazamiento.
- Cuando ya se ha finalizado el desplazamiento.
- En el caso de que el trayecto no sea adecuado.
- Cuando se sufre el daño dentro del domicilio privado.
- Si hay modificaciones injustificadas del recorrido.
- Cuando hay alteraciones de tiempo que no son normales.
- Cuando el medio de transporte entraña riesgo grave e inminente.
- Si el desplazamiento se realiza con imprudencia temeraria.

2 Objetivos

- Conocer qué es un accidente In Itinere
- Identificar qué son accidentes In Itinere
- Exponer los factores que deben concurrir para que se considere un accidente In Itinere
- Describir las causas que los provocan y proponer soluciones

3 Metodología

Se lleva a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, así como artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y actualizadas.

4 Resultados

Un accidente laboral In Itinere puede producirse por:

- Exceso de velocidad
- Conducir con sueño o bajo los efectos del alcohol, drogas o ciertos medicamentos.
- No guardar la distancia de seguridad adecuada o viajar con el vehículo con fallos de mantenimiento o mecánicos.
- Conducir sin cinturón de seguridad o sin casco en motocicleta.
- Conducir cansado o distraído y/o no respetar las normas de seguridad
- Como peatón, distraerse o no respetar los semáforos u otras normas de circulación.

Según datos obtenidos del Ministerio de Trabajo y Economía Social, y a pesar del descenso de la actividad laboral, la implantación del teletrabajo y las limitaciones a la movilidad que ha traído consigo la pandemia, los accidentes in itinere aumentaron un 8,5% en los dos primeros meses del año hasta tal punto que en enero y febrero de 2020, los accidentes de trabajo in itinere que causaron baja laboral fueron un total de 12.675.

De este aumento de accidentes en el trayecto de ida y vuelta al trabajo hay que destacar que, en su mayoría, los han sufrido más las mujeres ya que en este período se han llegado a disparar un 17,4%.

Estos datos están relacionados con la vuelta a la presencialidad en algunos sectores y los problemas a la hora de conciliar horarios de trabajo con los escolares. La doble y, en algunos casos, triple jornada a la que se ven expuestas las mujeres, que genera estrés y prisas son un factor decisivo en muchos de estos accidentes. A efectos legales, los accidentes laborales y los accidentes in itinere son iguales y garantizan los mismos derechos a los trabajadores de modo que aquellos que tengan un accidente con su coche mientras van a trabajar tendrán la misma protección que los que tengan un accidente en el entorno de la empresa.

5 Discusión-Conclusión

Los accidentes de trabajo In Itinere, anteriormente a la pandemia, eran producidos más por hombres que por mujeres y dentro de un rango de edad más acusado de entre 35 y 39 años (aunque en la última década han descendido).

Algunas posibles soluciones a estos accidentes pasarían por:

- Revisar correctamente el medio de transporte y no utilizar el teléfono en los desplazamientos
- Descanso adecuado, salir con tiempo de casa y evitar distracciones.

La baja por lesiones temporales se empieza a contar desde el mismo día del accidente in itinere pero no se sabe cuándo termina, puesto que cada lesión necesita su tiempo de recuperación, rehabilitación y descanso, y este varía mucho de unas lesiones a otras

Durante el tiempo que dure esta baja, además de la correspondiente indemnización, el empleado tendrá derecho a una prestación por incapacidad temporal durante la cual se recibirá el 100% de la base reguladora

6 Bibliografía

- <https://www.asepeyo.es/duda/accidente-in-itinere>
- <https://www.uso.es/aumentan-los-accidentes-in-itinere-pandemia>
- <https://factorialhr.es/blog/accidente-laboral-in-itinere>

Capítulo 352

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN LA VALORACIÓN DE LA PRÓSTATA

SILVIA SOUSA SÁNCHEZ

1 Introducción

La próstata es una Glándula del órgano sexual masculino, localizada en la cara inferior de la pared vesical rodeando la primera porción de la uretra. Su forma es redondeada, sus paredes lisas y su ecoestructura normal es homogénea, sin imágenes en su interior.

La función primordial es producir el líquido seminal para transportar los espermatozoides y también producir sustancias de defensa contra las infecciones urinarias.

La próstata al aumentar de tamaño puede hacerlo de forma homogénea, adoptando un aspecto redondeado o bien adoptar una forma triangular al crecer el lóbulo medio en sentido intravesical (Figura 1). La protrusión del lóbulo medio prostático intravesical condiciona que algunas próstatas sean obstructivas a pesar de no tener un gran tamaño. Por otro lado, es importante no confundir el lóbulo medio hipertrofiado con un tumor vesical. El signo ecográfico más precoz de la hipertrofia benigna de próstata es el aumento de los diámetros AP y CC de la próstata. Los diferentes grados de hipertrofia prostática se clasifican según su distancia AP y su volumen

En la próstata se pueden presentar patologías benignas o malignas.

. PATOLOGÍAS BENIGNAS:

- Hiperplasia benigna de próstata
- Prostatitis aguda bacteriana
- Prostatitis crónica inflamatoria o bacteriana

PATOLOGIA MALIGNA:

- Cáncer de próstata

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa la UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN LA VALORACIÓN DE LA PRÓSTATA

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

ECOGRAFÍA SUPRA-PÚBICA

No tiene “ninguna” indicación en la valoración o diagnóstico del carcinoma de próstata, solo nos sirve para valorar volumen prostático y residuo miccional.

Adicionalmente permite valorar la pared vesical (Fig.2) Engrosamiento, pseudo-divertículos, divertículos (Fig. 3) y la posible repercusión renal de la patología obstructiva prostática.

Para un buen estudio ‘prostático se requiere que la vejiga esté a media repleción con el paciente en decúbito supino.

Deberá hacerse un estudio post-miccional para valorar el volumen de orina residual.

Se harán barridos en planos axiales y sagitales de la próstata, vejiga y de las vesículas seminales.

ECOGRAFIA TRANSRECTAL

Mediante esta técnica obtendremos mayor información que en la ecografía suprapúbica, fundamentalmente en la sospecha del cáncer prostático, siendo estos hallazgos los mas característicos:

NÓDULOS :

- Hipoecogénicos (60-70%).
- Isoecogénicos (20-25 %).

- Mixtos (5 %).

ASIMETRÍAS :

- De la ecogenicidad.

- Del tamaño.

- Alteraciones de la cápsula con abombamiento, irregularidad, erosiones desaparición.

- Desaparición de la grasa periprostática.

- Alteraciones de las vesículas seminales con aumento de diámetro AP, asimetrías, desaparición del ángulo graso vesical

La ecografía transrectal se usa en casos de PSA y Tacto rectal negativo a pesar de alta sospecha clínica.

La biopsia con aguja, con o sin guía ecográfica transrectal, es el método más frecuentemente utilizado para hacer el diagnóstico histológico del cáncer de próstata.

Éste está basado en el índice de Gleason que determina el grado de diferenciación glandular del tumor considerando para ello 5 patrones celulares (1 al 5) desde bien diferenciadas hasta muy indiferenciadas. El puntaje de Gleason final resulta de la suma de dos de dichas muestras. Entre 6 y 7 existe riesgo intermedio de cáncer de próstata y se considera riesgo elevado entre 8 y 10.

5 Discusión-Conclusión

La ecografía suprapubica y la transrectal no son una herramienta altamente sensible, ni específica para diagnosticar el cancer de próstata

Nos sirve para valorar volumen prostático y residuo miccional.

Adicionalmente permite valorar la pared vesical (Fig.2) Engrosamiento, pseudo-divertículos, divertículos (Fig. 3) y la posible repercusión renal de la patología obstructiva prostática.

Puede ser útil para la biopsia dirigida, especialmente en pacientes con niveles de PSA indicativos de cáncer.

En el momento actual la RM no se utiliza como una primera aproximación al diagnóstico del cáncer de próstata, ya que no es suficientemente accesible para formar parte del screening. y se ha convertido en la mejor prueba de imagen para la estadificación del cáncer de próstata, además de la imagen anatómica, nos aportará información funcional mediante secuencias de difusión, espectroscopia y estudio dinámico.

Probablemente se convertirá en un futuro en una herramienta activa fundamental en el screening del Ca de próstata y en herramienta clave para el manejo

terapéutico.

6 Bibliografía

1. García Navas R, Sanz Mayayo E, Arias Fúnez F, Rodríguez-Patrón R, Mayayo Dehesa T. Diagnóstico y seguimiento de la hipertrofia prostática benigna mediante ecografía. Arch Esp Urol. 2006;59:353-60.
2. Mayayo Dehesa, T. Estudio ultrasonográfico del aparato urogenital. Jiménez Cruz, J.F., Rioja Sanz, L.A., Proas, J.R. (eds). Tratado de Urología. Barcelona, 213, 1993.
3. Segura Grau A, Herzog R, Díaz Rodríguez N, Segura Cabral JM. Ecografía del aparato urinario. Semergen. 2016;42(6):388-394 [
4. Passas Martínez J, Rodríguez Antolín A, de la Rosa S. Ecografía en urología. Actas Urol Esp. 2002;26:650-65.
5. ABAD MENOR, F.; ZULUAGA GÓMEZ, A.; ESPUELA ORGAZ, R.: "Estado actual de la ecografía prostática". Urol. Integ. Invest., 1: 257, 1996.

Capítulo 353

QUISTE DE BACKER

SILVIA SOUSA SÁNCHEZ

1 Introducción

El quiste de Backer es una bolsa de líquido que se forma en la cara posterointerna de la rodilla y que contiene líquido sinovial , que procede de la articulación de la rodilla , situado entre el tendón del músculo gemelo interno y del semimembranoso..

También se le llama quiste poplíteo porque está ubicado en el hueco poplíteo, área posterior de la rodilla.

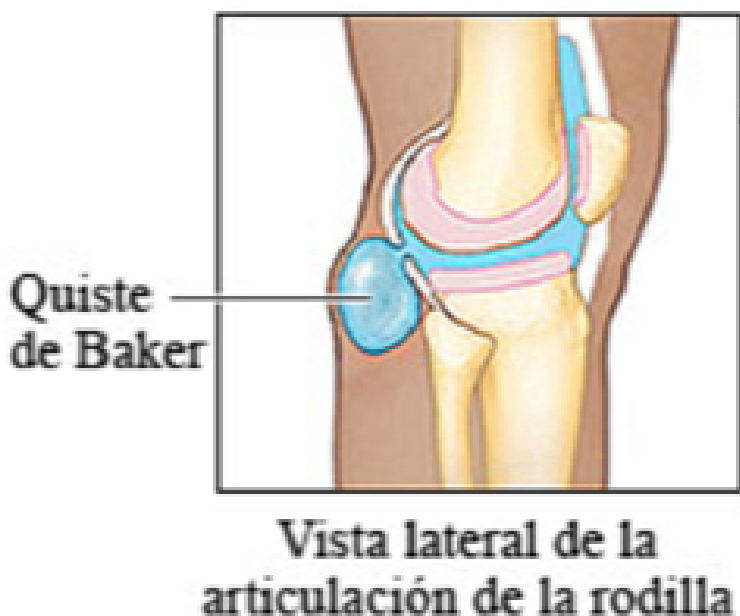
Puede ser asintomático si es pequeño, ya que aparecen gradualmente. A medida que van aumentando de tamaño pueden dar síntomas de compresión en la zona posterior de la rodilla.

Solo cuando el quiste alcanza un tamaño determinado se palpará y se visualizará como un bulto en dicha región..

Por lo general, los quistes de Backer se producen en aquellos procesos en los que la articulación se defiende produciendo líquido, bien en traumatismos como por ejemplo en roturas meniscales o en procesos inflamatorios, aunque en muchos casos no se conoce la causa.

El quiste puede desaparecer espontáneamente, crecer o incluso complicarse con rotura y salida de contenido sinovial y sangre a los tejidos adyacentes. En quistes de tiempo de evolución se pueden formar calcificaciones.

La clínica del quiste de backer puede simular una trombosis sinovial profunda, siendo necesario un correcto diagnostico diferencial.



2 Objetivos

Describir el correcto diagnóstico de quiste de backer, diferenciándolo de la trombosis venosa profunda que podría presentar clínica similar.

Exponer el tratamiento del Quiste de Backer

3 Metodología

El estudio se realiza con el paciente en posición de cubito prono, con los pies colgando y localizando el borde posterointerno de la rodilla. Se utilizan sondas de alta frecuencia.

Es importante localizar el cuello del quiste así como vasos, músculos y nervios adyacentes.

4 Resultados

En las radiografías convencionales no se diagnostica habitualmente, a no ser que presente calcificaciones, en cuyo caso se puede sospechar, siendo necesario realizar otras técnicas para su confirmación.

La técnica más utilizada para su diagnóstico es la ecografía, en la que se ve una imagen anecogénica en la región posterointerna de la rodilla, de borde bien definido, entre el tendón del gemelo interno y del semimembranoso, que adopta una forma bastante típica cuando no está complicado. En caso de rotura se verá una imagen de predominio quístico, con áreas hiperecogénicas irregulares que traducen fibrina y hematoma, así como bandas de sangre y líquido en partes blandas adyacentes, incluso disecando fibras musculares.

Por resonancia magnética (MRI) también se diagnostica el quiste de Baker, aunque se trata de una técnica más costosa y para la que se necesita más tiempo. Nos permite realizar una valoración global de la rodilla y valorar posibles causas de la formación del quiste.

Las causas más frecuentes son los traumatismos (sobre todo los microtraumatismo de repetición asociados a determinados deportes y profesiones, como roturas de meniscos) y al estar comunicado con la articulación, todas las patologías que producen un aumento de la presión intrarticular y alteraciones de la biomecánica de la articulación, como la osteoartrosis, se asocian con más frecuencia a esta lesión quística. En niños se puede formar sin causa aparente y es bastante común.

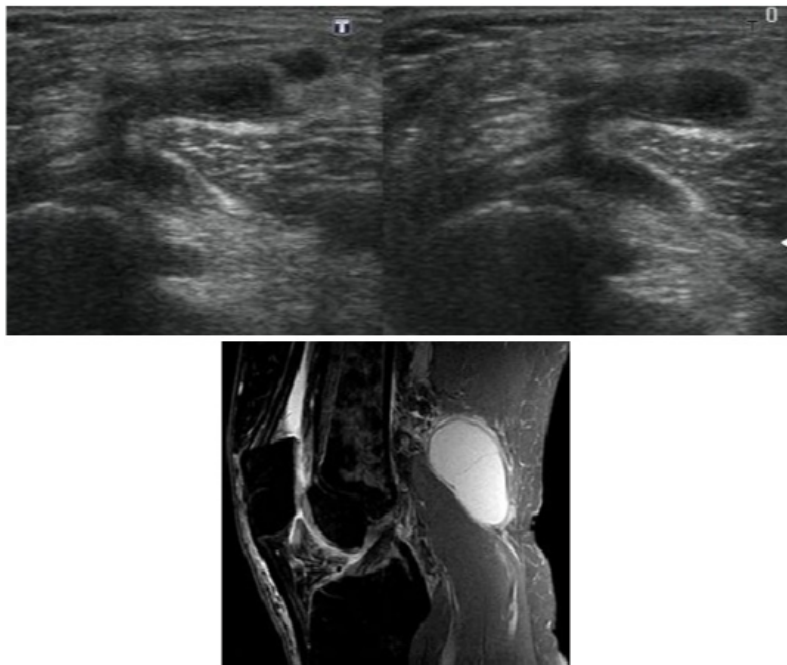
En respuesta, la rodilla produce líquido sinovial en exceso, que se traslada hacia la región posterior de la rodilla y se acumula en la bursa poplítea. En consecuencia, la bursa se hincha y se abulta, y forma un quiste de Baker.

Los Quistes de Baker, van a ser asintomáticos y solamente darán clínica cuando se complican (infección, rotura, hemorragia). La clínica va a depender del tamaño y de la localización de las lesiones, siendo las manifestaciones más frecuentes el dolor y la inflamación.

Cuando existe un quiste de Baker grande, éste puede llegar a causar molestia o rigidez, dificultad para flexionar la rodilla, o bien comprimir venas o nervios, originando sintomatología más intensa.

Es muy importante saber si el dolor o la hinchazón es causada por un quiste de Baker o por trombosis venosa profunda ya que podría presentar una similitud

clínica. Esto hay que tenerlo muy presente ya que nos puede llevar a un diagnóstico erróneo y en consecuencia una falta del tratamiento adecuado.



5 Discusión-Conclusión

La ecografía y la resonancia han sido fundamentales para el diagnóstico.

Si se confirma una causa del quiste, el tratamiento consistirá en eliminar dicha causa, resolviendo el problema principal. Para ello existen diferentes métodos.

Intentar drenarlo no suele ser eficaz y suele reproducirse. Debería hacerse siempre ecoguiado para no dañar estructuras vecinas como la arteria poplítea y el nervio ciático.

En muy raras ocasiones y solo si el quiste de Baker es tan grande que comprima estructuras importantes causando sintomatología relevante, se podría plantear la cirugía, la cual se haría por un amplio abordaje en la parte posterior de la rodilla para poder controlar a esas importantes estructuras que están en el hueco poplíteo.

La utilización de rodilleras no evita la aparición del quiste ni su recidiva, aunque a veces el refuerzo y la presión que ejercen pueden ejercer una cierta sensación de alivio.

Asimismo la fisioterapia no va encaminada a tratar el quiste pero puede ayudar a mejorar las molestias derivadas de la irritación que produce el contacto del quiste con los músculos y tendones de la zona.

Los quistes de Baker en los pacientes más jóvenes, a menudo, no tienen una causa conocida.

6 Bibliografía

[h_ps://traumatologomadrid.es/quiste-de-baker/](https://traumatologomadrid.es/quiste-de-baker/) [h_ps://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bakers-cyst/diagnosis-treatment/drc-20369955](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bakers-cyst/diagnosis-treatment/drc-20369955) [h_ps://orthoinfo.aaos.org/es/diseases-conditions/quiste-de-baker-quiste-popliteo-baker-s-cyst-popliteal-cyst/](https://orthoinfo.aaos.org/es/diseases-conditions/quiste-de-baker-quiste-popliteo-baker-s-cyst-popliteal-cyst/)

Capítulo 354

EL TÉCNICO EN DOCUMENTACIÓN SANITARIA Y SU FUNCIONES RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLÍNICA

ANA DANIELA MATEI CARP

1 Introducción

La historia clínica viene regulada en el capítulo V de la Ley 41/2002 (Autonomía del Paciente y los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica), artículos 14 a 19.

Se puede definir la misma como el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones relacionados con la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo de su proceso asistencial.

Con ella se pretende garantizar una asistencia adecuada al paciente, aunque también puede utilizarse con fines epidemiológicos, de salud pública, judiciales, de investigación y de docencia, así como en las funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación.

La cumplimentación de la historia clínica será responsabilidad de los profesionales que intervengan en la asistencia sanitaria con independencia de la titularidad pública o privada del centro, servicio o establecimiento donde se preste.

Es el Técnico en Documentación Sanitaria el profesional que suele encargarse de la actividad administrativa y de la atención al paciente en los distintos centros sanitarios, definiendo y organizando los procesos de tratamiento de información y documentación clínica.

Solo podrán acceder a ella los profesionales sanitarios que estén implicados directamente en el diagnóstico y tratamiento del paciente, además de que cada centro establecerá distintos niveles de acceso para cada uno de ellos con el fin de asegurar la confidencialidad de sus datos.

2 Objetivos

Conocer algunas cuestiones básicas relacionadas con la historia clínica, analizando la utilidad que tiene para pacientes y personal del ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente y legislación publicada. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se ha consultado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Las palabras claves que se han utilizado han sido: historia clínica, documentación sanitaria.

4 Resultados

La historia clínica garantiza a los profesionales asistenciales del centro para que realicen una asistencia adecuada al paciente, quedando limitado el acceso a sus datos y documentos estrictamente a los fines de cada caso o cuando las Administraciones sanitarias crean que existen razones epidemiológicas o de protección de la salud pública que lo estimen oportuno.

El personal de administración y gestión de los centros sanitarios (caso de los Técnicos en Documentación y Administración Sanitaria) sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones, quedando sujetos al deber de secreto.

A continuación se presenta el contenido mínimo que debe incluir la historia clínica de un paciente: a) Documentación relativa a la hoja clínico-estadística. b) Autorización de ingreso (solo exigible caso de hospitalización o cuando así se disponga). c) Informe de urgencia (solo exigible caso de hospitalización o cuando así se disponga). d) Anamnesis y exploración física. e) Evolución. f) Órdenes médicas. g) Hoja de interconsulta. h) Informes de exploraciones complementarias. i)

Consentimiento informado (solo exigible caso de hospitalización o cuando así se disponga). j) Informe de anestesia (solo exigible caso de hospitalización o cuando así se disponga). k) Informe de quirófano o de registro del parto(solo exigible caso de hospitalización o cuando así se disponga). l) Informe de anatomía patológica (solo exigible caso de hospitalización o cuando así se disponga). m) Evolución y planificación de cuidados de enfermería. n) Aplicación terapéutica de enfermería. ñ) Gráfico de constantes (solo exigible caso de hospitalización o cuando así se disponga). o) Informe clínico de alta (solo exigible caso de hospitalización o cuando así se disponga).

Son los centros sanitarios los que están obligados a conservar la documentación clínica en correcto mantenimiento y seguridad, no es necesario en su soporte original, como mínimo cinco años desde la fecha del alta de cada proceso asistencial, aunque también se podrá conservar a efectos judiciales o por razones epidemiológicas, de investigación o para la mejora en la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Son los profesionales sanitarios los que están obligados a cooperar en la creación y mantenimiento de la documentación clínica para que esta sea ordenada y secuencial. Su gestión se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, que se encargará de integrar en un solo archivo las historias clínicas quedando su custodia bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario. Será de aplicación las medidas técnicas de seguridad que se establecen en la legislación reguladora de la conservación de ficheros que contienen datos de carácter personal y por establecido en la Ley Orgánica 15/1999 (Protección de Datos de Carácter Personal).

El paciente tiene el derecho para acceder a la documentación de la historia clínica y de obtener copia de los datos que figuran en ella además de que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las mismas que permita la recogida, integración, recuperación y comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad.

Según recoge el artículo 5 del Real Decreto 768/2014 (Título de Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitarias y se fijan sus enseñanzas mínimas.

Artículo 5. Competencias profesionales, personales y sociales. e) Gestionar el archivo de historias clínicas y otra documentación, atendiendo a criterios, procesos y procedimientos establecidos.

5 Discusión-Conclusión

La historia clínica favorece la atención sanitaria, consiguiendo que el personal sanitario conozca los antecedentes sobre el paciente para así llegar a tener una visión completa y global del mismo para una correcta asistencia.

Además, ha demostrado ser un documento de importancia para la elaboración de estudios epidemiológicos o de salud pública, pudiendo usarse también en el ámbito docente, siendo en estos casos incluidos los datos de forma anónima en la historia clínica.

Por otro lado, no sólo tiene importancia desde el punto de vista sanitario, ya que se trata de un documento médico legal sirviendo como prueba de la atención recibida.

6 Bibliografía

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
2. Real Decreto 768/2014, de 12 de septiembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitarias y se fijan sus enseñanzas mínimas.

Capítulo 355

DEFICIENCIA DE GLUCOSA 6-FOSFATO DESHIDROGENASA Y SU IMPLICACIÓN EN LA ANEMIA HEMOLÍTICA INDUCIDA POR ANTIBIÓTICOS

ÁNGELA JORGE ÁLVAREZ

1 Introducción

La hemoglobina es una proteína que se encuentra en el interior de los glóbulos rojos de la sangre y que tiene como misión principal el transporte adecuado de oxígeno desde el pulmón para liberarlo en todas las células de los tejidos del organismo y de estos recoger el dióxido de carbono para expulsarlo al exterior.

La hemoglobina varía en función del sexo y de la edad, siendo un valor normal de 12 mg/dl en mujeres y 13 mg/dl en hombres. Cuando este nivel desciende aparece lo que llamamos anemia y esta es la razón por la que se dificulta el transporte de oxígeno a los tejidos.

La anemia nunca se considera el descenso del número eritrocitos de la sangre, ya que puede haber un número normal de estos pero con escaso contenido de hemoglobina, por ello, hablamos de anemia cuando desciende el valor normal del contenido de hemoglobina en los glóbulos rojos.

La anemia se instaura de forma temporal o crónica siendo los síntomas diferentes en función de una o de la otra y también con la velocidad de instauración.

Si es lenta el organismo adapta sus sistemas produciendo una menor agresividad al organismo con mecanismos compensadores para mantener en buen funcionamiento los principales órganos como el cerebro, corazón, pulmón. Uno de los síntomas principales son el cansancio, debilidad, dificultad respiratoria, aumento frecuencia cardiaca con palpitaciones, náuseas, piel y mucosas pálidas, irritabilidad, extremidades frías o dolor de cabeza.

Existen diferentes causas por las cuales aparece anemia como el déficit de hierro, vitamina B12 y ácido fólico, enfermedades crónicas, genéticas o adquiridas o efecto secundario a medicamentos. Esta última provoca hemólisis intravascular e isquemia en los órganos desencadenado por un agente exógeno como los antibióticos.

2 Objetivos

- Estudiar la causa de la hemólisis intravascular asociada a antibióticos que pueden causar anemia y cómo evitar una crisis hemolítica aguda.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se lleva a cabo revisión, investigación y una búsqueda bibliográfica exhaustiva sobre publicación de literatura científica existente tanto en base de datos nacionales como internacionales. De entre ellos se seleccionaron y consultaron los artículos, revistas y estudios científicos más relevantes de los últimos años para el estudio que hemos escogido.

4 Resultados

La anemia hemolítica inducida por fármacos y entre ellos los antibióticos, pues son los que con mayor frecuencia activan al sistema inmunitario mediado por inmunocomplejos, atacando los propios glóbulos rojos y provocando una hemólisis intravascular que los destruye antes de tiempo con liberación de la hemoglobina en el plasma. Es una causa poco frecuente y esto lleva al retraso en el diagnóstico de esta afección pues los signos y síntomas son parecidos a otras formas de anemia hemolítica.

Si no se identifica pronto puede llevar a consecuencias severas como hemólisis intravascular y lesiones de órganos.

Existe un defecto genético hereditario ligado al cromosoma X que provoca deficiencia de la enzima glucosa-6-fosfato deshidrogenasa en los glóbulos rojos aumentando la vulnerabilidad de estos y un mayor potencial a la destrucción de estas células al estar expuesto a ciertos antibióticos que pueden hemolizar y causar anemia en el paciente. Se trata de una enzima que protege esta célula frente al estrés oxidativo

Los fármacos-antibióticos que con mayor frecuencia tienen esta reacción adversa y provocan anemia hemolítica son las cefalosporinas con el 50% de los casos y las penicilinas con el 16%.

El diagnóstico de anemia hemolítica inducida por antibióticos se basa en la presencia de signos clínicos y de laboratorio. Este último comienza con un estudio completo de:

- Hemograma con resultados bajos de: hemoglobina y hematocrito
- Bioquímica: se encuentran cifras elevadas de bilirrubina total y la fraccionada a causa de la destrucción de los glóbulos rojos y de LDH
- En el frotis de sangre periférica se encuentran parte de estas células fragmentadas o rotas llamados esquistocitos.
- En la orina se encuentra hemoglobinuria y urobilinógeno alto.
- Bajo estas circunstancias de destrucción celular acelerada aparece un incremento de producción de reticulocitos y la médula ósea es estimulada por la hormona eritropoyetina para liberar los reticulocitos en sangre.

5 Discusión-Conclusión

- Existe una relación significativa entre deficiencia de la enzima glucosa -6- fosfato deshidrogenasa y la anemia hemolítica inducida por antibióticos.
- Evitar fármacos oxidativos en pacientes con déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa que provoca hemólisis intravascular y que se administran en infecciones.
- Preguntar o detectar si el paciente está tomando antibióticos y suspender la administración de inmediato. Esto conlleva a una total mejora.
- Transfusión de concentrado de hematíes cuando la cifra de hemoglobina sea inferior a 7g/dl
- Los pacientes que no presenten cuadros graves pueden hacer vida normal pero deben estar informados sobre su enfermedad.
- El pronóstico de este tipo de anemias hemolíticas es favorable y es suficiente eliminar el agente exógeno involucrado.

6 Bibliografía

1. anemia-dr. Ramón Lecumberri Villamediana codirector. Servicio de hematología y hemoterapia-Clínica Universitaria de Navarra <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/anemia>
2. Miramontes González JP, Puerto Pérez E, Corbacho Cambero I, Mateos Polo L, Sánchez Rodríguez A. Anemia hemolítica inducida por amoxicilina-clavulánico. http://mgfyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/revista_130/566-567.pdf
3. Sociedad española de medicina interna. anemia <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/anemia>
4. Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/anemias-hemoliticas>
5. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-anemias-13061904>
6. SALVADOR GIMÉNEZ SERRANO-Anemias <https://www.riojasalud.es/servicios/hematologia/articulos/anemias-en-la-poblacion-general-que-podemos-hacer-para-evitarlas>
7. Brigham and Women's Hospital-Descripción General de la Anemia <https://healthlibrary.brighamandwomens.org/spanish/Encyclopedia/85,P03201>
8. Pedro Carrión López , Laura Librán García , Jesús Martínez Ruiz , Esperanza Martínez Fernández-Anemia hemolítica aguda por Ciprofloxacino. https://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201608/caso_clinico_anemia_hemolitica.pdf
9. Hernández Martínez, Alejandro, Roldán Tabares, Mabel Dahiana, Herrera Almanza, Laura Martínez Sánchez, Lina María Hemolytic anemia associated with antimicrobial drugs<https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2018/ei183d.pdf>

Capítulo 356

TSID: ¿ES ESENCIAL EL USO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA COMO TÉCNICA RADIOLÓGICA DE PRIMERA ELECCIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS MÚSCULO-TENDINOSAS FRENTE A LA ECOGRAFÍA?

MARIA DEL VALLE PANZUELA LÓPEZ

FLORA JOSEFINA MOUZO SUÁREZ

COVADONGA ESMERALDA LORENZO LONGEDO

1 Introducción

Las patologías relacionadas con el aparato locomotor han aumentado en las últimas décadas, sobre todo en individuos físicamente muy activos como deportistas (tanto de alto nivel como aficionados), aunque también en el entorno laboral, donde son el problema de salud relacionado con el trabajo más común.

Estos trastornos musculo-esqueléticos afectan de forma principal a las siguientes estructuras anatómicas: las articulaciones, los huesos, los músculos, la columna vertebral y los tendones.

Algunas de las patologías musculo-esqueléticas más comunes son: la tendinitis, la epicondilitis, el síndrome del túnel carpiano, la lumbalgia, la artrosis, la artritis, la sarcopenia, la osteoporosis, la gota, la espondilitis...

Para este tipo de patologías de forma habitual se diagnostica y trata en base a los signos y síntomas que presenta el paciente, pero en muchas ocasiones es necesario realizar un diagnóstico más preciso, por lo que se recurre a la imagen radiológica.

La exploración física es realizada fundamentalmente mediante palpación directa de las estructuras anatómicas, distinguiendo si el paciente presenta dolor o no, espasmos musculares, variabilidad en el tono muscular o hinchazón.

Habitualmente se utilizan como mecanismos complementarios de imagen diagnóstica: la radiología simple, el TAC, la ecografía y la resonancia magnética, siendo estas dos últimas las más utilizadas.

2 Objetivos

El objetivo principal del trabajo es reflexionar como técnicos en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear acerca de la importancia y si es necesario o no el uso de la resonancia magnética para el diagnóstico de las patologías relacionadas con el aparato locomotor como técnica de primera elección ante la ecografía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como decíamos, la ecografía y la resonancia magnética son las tecnologías de imagen radiológica más comunmente utilizadas para el diagnóstico de las patologías musculo-esqueléticas.

La resonancia magnética es la técnica de elección predilecta, ya que es ampliamente conocida por su capacidad de resaltar los contrastes en los tejidos blandos, lo que facilita la visualización de estructuras como articulaciones, ligamentos, tendones y cartílagos.

Vamos a intentar demostrar el uso de la ecografía frente a la resonancia, ya que es escogida por los profesionales en mucha menor medida y creemos que deberían de ser técnicas que se usasen de forma igualitaria y combinada para obtener un diagnóstico más preciso.

Como decíamos el diagnóstico de este tipo de patologías se basa muchas veces en métodos no tan específicos como la exploración clínica y su tratamiento a su vez se realiza de forma también inespecífica con reposo, anti-inflamatorios y rehabilitación fisioterapéutica.

Únicamente se requiere de un diagnóstico más preciso en lesiones más graves, deportistas de alto nivel o cuando el tratamiento no ofrece una respuesta satisfactoria.

Como decíamos la Resonancia magnética permite una alta discriminación entre tejidos además de que es una técnica muy objetiva ya que el resultado obtenido no depende en gran medida de la valía del operador, por lo que rápidamente se colocó como técnica de elección predilecta ante estos casos.

Por contra nos encontramos la ecografía, que ha sufrido grandes avances en las últimas décadas, con la aparición de nuevos y mejores transductores que permiten una resolución espacial mucho más precisa que la de la resonancia magnética. Su alta resolución está generada por las diferencias en la impedancia acústica de los tejidos, lo que permite detectar de forma muy precisa pequeñas anomalías o calcificaciones, identificando fácilmente tendones y ligamentos por su patrón fibrilar. Su capacidad de resolución es mayor en estructuras más superficiales pero también es suficiente para valorar estructuras más internas.

La ecografía está algo limitada en la observación de estructuras óseas, aunque sí que es posible realizar valoraciones de la cortical ósea o capa externa del hueso, formada por tejido compacto.

Además de esto, permite visualizar las estructuras anatómicas de forma directa por el operador, lo que permite un diagnóstico directo siendo una prueba mucho más rápida y que la resonancia magnética, evitando las largas listas de espera que existen hoy día para la realización de una RM.

Durante la ecografía existe la posibilidad de interactuar con el paciente, de comprimir las estructuras diferenciando entre lesiones de origen quístico o sólido,

emplear complementos como el Doppler para mejorar el diagnóstico, la comparación bilateral de estructuras anatómicas para detectar lesiones, permite valorar lesiones en pacientes con prótesis ya que no tenemos el gran inconveniente de la RM de la susceptibilidad magnética y además cabe destacar que el equipo ecográfico es sustancialmente más barato y requiere de una infraestructura mucho menor que la de la RM.

Además la técnica es muy poco invasiva y no supone riesgos notables para el paciente.

Entonces, ¿Por qué no es la técnica más utilizada frente a la resonancia magnética, si su resolución es mejor y es una técnica más rápida, barata, que requiere de una menor infraestructura y que permite un diagnóstico directo?

La respuesta reside en que la ecografía es una técnica en cuyo resultado influye de forma directa la experiencia que tenga el operador por lo que muchos médicos deciden no elegirla, además de que muchos radiólogos no eligen esta técnica ya que les resulta complicado valorar las imágenes por la menor representación anatómica frente a la RM e infravaloran las posibilidades que ofrece la técnica ecográfica frente a la resonancia magnética, que eligen como método principal y seguro ya que es el que siempre han utilizado.

5 Discusión-Conclusión

Principalmente la única y gran desventaja que presenta la ecografía frente al uso de la RM en el diagnóstico por imagen de lesiones en el aparato locomotor es su elevada dependencia del operador, lo que requiere de un aprendizaje y una formación específica del TSID, por lo que creemos que la solución reside en una formación exhaustiva del personal en la realización de la técnica y mejorar la percepción del personal médico frente a la elección de la ecografía como método fiable, rápido y eficaz, así como también la formación específica del radiólogo en la interpretación de las imágenes obtenidas.

Creemos después de realizar esta investigación que el uso de la ecografía no debe ser sustitutivo a la de la resonancia magnética, si no que ambas técnicas deben combinarse con la finalidad de ofrecer un diagnóstico más preciso y su uso o elección debería estar basada en el tipo de lesión y las necesidades del individuo. Llegamos a la conclusión de que la ecografía es también un complemento fantástico a la exploración física de la lesión, ya que ambas técnicas podrían realizarse de forma conjunta, ya que la ecografía es una técnica directa que permite la palpación de las estructuras.

Llegamos a la conclusión de que la ecografía es una técnica infravalorada, con grandes posibilidades y que presenta un grado de satisfacción para el paciente mayor ya que es rápida y puede obtenerse una valoración diagnóstica en la propia consulta, por lo que destacamos la importancia de la formación y motivación hacia los profesionales TSID en este campo.

6 Bibliografía

- 1 - Elena de la Puente Castillo - Diplomada en Fisioterapia - Madrid - Diagnóstico y tratamiento de las lesiones tendinosas -Revista NPunto Vol.II Nº10 Enero 2019 - disponible en <https://www.npunto.es/revista/10/diagnostico-y-tratamiento-de-las-lesiones-tendinosas>.
- 2- Resonancia magnética o ecografía - FISIOMED- 21 Enero 2016 - disponible en <http://www.fisio-med.es/resonancia-magnetica-o-ecografia/>.
- 3- Resonancia magnética o ecografía - Fisio Vital Ubeda - disponible en <https://fisiovitalubeda.es/resonancia-magnetica-o-ecografia/>.
- 4- Recomendaciones para el uso de la ecografía y la resonancia magnética en pacientes con artritis reumatoide - Vol. 14. Núm. 1. - páginas 9-19 (Enero - Febrero 2018) - Reumatología clínica - disponible en <https://www.reumatologiaclinica.org/es-recomendaciones-el-uso-ecografia-resonancia-articulo-S1699258X16301061>.

Capítulo 357

TÉCNICAS DE INMOVILIZACIÓN EN PEDIATRÍA

SUSANA DIAZ REVUELTA

LAURA DIEZ GONZALEZ

1 Introducción

En general las exploraciones que se utilizan tanto en radiodiagnóstico como en medicina nuclear, así como los tratamientos usados en radioterapia son análogos tanto en los adultos como en los niños; siendo de mayor interés la protección radiológica en los niños, por su mayor radiosensibilidad a las radiaciones ionizantes. El hecho de que en estas técnicas donde se emplean radiaciones ionizantes se falle es fundamentalmente por la movilidad del sujeto de estudio durante la realización de la misma, ya que generarían artefactos cinéticos en las imágenes médicas obtenidas o se irradiaría una zona no terapéutica o de nulo interés, y por desgracia los niños son más propensos a los movimientos que los adultos.

El niño tiende a no ser colaborativo por su desconocimiento de lo que se le va a hacer y por asociar todos los temas de salud al dolor, si además se le introduce en un habitáculo no muy agradable como a veces es la sala de exploración, telemando, tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) o tomografía por emisión de positrones (PET), generará en el enfermo pediátrico una mayor incertidumbre.

Es por ello que el técnico que se encargue de la prueba se gane al pequeño con tranquilidad, ya que la mayoría de niños se adapta al entorno de forma razonable si se les informa adecuadamente de todo y de forma progresiva (poco a poco).

En general se debe emplear el tiempo necesario para esta fase de adaptación al medio que generalmente se consigue en escaso tiempo, excepto en determinados casos que es casi imposible y se deben de utilizar otros medios más extremos como la sedación, o en ocasiones basta simplemente con la presencia de los propios padres para generar confianza en el pequeño y así llevar a cabo el estudio. Los padres suelen ser de gran ayuda para sujetar al pequeño si fuese necesario durante la exploración, sólo en aquellos casos que se precise, y teniendo en cuenta si es la madre del niño quien lo va a inmovilizar que no esté embarazada.

Los métodos de inmovilización se usan en pediatría para :

-Evitar fallos en el estudio, generalmente por la presencia de artefactos cinéticos, evitando con ello que este se repita, pero no conlleva la obligatoriedad de su uso en todos los casos básicamente si el niño colabora y su aplicación debe ser cuidadosa en los casos donde se utilicen ya que siempre existe un riesgo ligero de ocasionar daño.

2 Objetivos

Conocer las técnicas de inmovilización en pediatría.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos; Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los métodos de inmovilización más empleados en nuestro medio y por orden de frecuencia son los que a continuación se expresan:

- 1- Inmovilización por los padres del usuario pediátrico.
- 2- Bandas de inmovilización.
- 3- Sedación del paciente.
- 4- Otros: generalmente son los ingenios o artilugios que se aplican para la inmovilización del niño, de ellos cabe mencionar;
 - Sacos arena.
 - Almohadillas.

Otros como son:

-La mordaza: que es un dispositivo generalmente metálico o plástico que sujetan la cabeza del niño para el estudio generalmente neurológico, e inmovilizan la misma en forma de pinza con almohadillado en sus extremos y así no lesionar al paciente.

-La teja: artefacto de escaso uso en la actualidad, donde en su interior se sitúa al niño pequeño con sábana a su alrededor, y se fija con velcro. Puede estar hecho de diferentes materiales y se emplea esencialmente para estudios de tórax en lactantes, bien posición bípeda (se ayuda con gancho superior que inmoviliza manos y mantiene extendida las extremidades) o bien en decúbito supino o lateral sobre la camilla.

-Otros: como las ruedas, en telemando (para escopias), el pigg-o-stat, en estudios de tórax en niños de más edad no colaborativos (postlactantes)...

Durante su crecimiento, los niños son más sensibles a los efectos nocivos de la radiación. Su protección es más importante que la de los adultos, por varios motivos: son más radiosensibles, tienen más años para que se manifiesten los daños -siempre tardíos- de la radiación y transportan el material genético a las siguientes generaciones.

La dosis recibida se reduce con estrategias simples, como:

- No hacer la prueba: solo las imprescindibles.
- No hacer las pruebas con radiación ionizante (rayos X): evitar las radiografías y la tomografía computarizada; usar ecografía (ultrasonidos) o resonancia magnética (radiación electromagnética no ionizante).
- No hacer más proyecciones que las imprescindibles.
- Reducir la superficie/volumen irradiado al mínimo imprescindible.
- Evitar las repeticiones por movimiento: inmovilizar.
- Reducir los parámetros para emitir menos radiación por segundo (kVp y mAs bajos).
- Usar medios de protección: delantales plomados.
- Reducir el número de controles o espaciarlos en pacientes crónicos.

5 Discusión-Conclusión

El empleo de utensilios o de dispositivos para inmovilizar al paciente pediátrico no es muy frecuente en nuestro medio y a veces para impedir que una placa radiográfica esté movida se consigue con una exposición rápida (mAxs), es decir, aumentando el miliamperaje (mA) y reduciendo el tiempo(s).

Aunque con una buena inmovilización se consigue que el haz de rayos x esté bien centrado, la colimación sea correcta, evitar repeticiones por movimiento y la protección con protectores gonadales cumpla su función y este bien colocada. Las prácticas de inmovilización tanto en prematuros como en niños colaboradores rara vez se necesitan, y cuando son necesarias en prematuros se deben efectuar con máxima rapidez, aplicando para ello un método suave y simple.

6 Bibliografía

Técnico Especialista en Radiodiagnóstico MAD.

Técnico Especialista en Radiodiagnóstico CEP.

SciELO (radioprotección en pediatría)

Capítulo 358

EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN EL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO

MARÍA ISABEL MARTÍN CASTAÑO

NOELIA VILLACORTA FLOREZ

1 Introducción

En el laboratorio de diagnóstico clínico se realizan operaciones muy variadas en las que se manipulan una gran variedad de productos con diferentes características de peligrosidad.

Por eso se deben utilizar equipos de protección individual en el laboratorio, que deben ser los adecuados frente a los riesgos frente a los que se quiere obtener protección.

Según el Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de los equipos de protección individual, los Equipos de Protección Individual (EPI) se definen como “cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos, que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin”

Y la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) establece un criterio de utilización de los EPI: “los Equipos de Protección Individual deberán utilizarse cuando los riesgos no se puedan evitar o limitarse su-

ficientemente por medios técnicos de protección colectiva o mediante medidas, métodos o procedimientos de organización del trabajo”.

Así, el técnico de laboratorio debe conocer los riesgos frente a los que está expuesto y debe saber utilizar los equipos de protección individual.

2 Objetivos

Conocer los equipos de protección individual en el laboratorio de diagnóstico clínico

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los equipos de protección individual más utilizados en el laboratorio de diagnóstico clínico son los protectores de los ojos, de la piel, de las vías respiratorias y de las manos y brazos.

A veces pueden ser necesarios los protectores auditivos (en un laboratorio con riesgo de trauma sonoro) o de todo el cuerpo (en un laboratorio de seguridad biológica nivel 4).

1. Protectores de la cara y los ojos

Protegen frente a los riesgos causados por proyecciones de partículas sólidas, proyecciones de líquidos (corrosivos, irritantes) y exposición a radiaciones ópticas (infrarrojo, ultravioleta, láser).

Podemos encontrar:

-Gafas: protegen los ojos del trabajador.

Pueden ser:

Gafas tipo universal.

Gafas tipo copa o cazoleta: cubren cada ojo aisladamente.

Gafas integrales: la protección adicional está incluida en la misma montura

-Pantallas faciales: protegen la cara del usuario.

2.Protectores de la piel

Impiden el contacto y penetración de sustancias tóxicas, corrosivas o irritantes a través de la piel, especialmente a través de las manos que es la parte del cuerpo que más probablemente puede entrar en contacto con los productos biológicos o químicos.

Los guantes de seguridad se fabrican en diferentes materiales (PVC, PVA, nitrilo, látex, neopreno, etc.) en función del riesgo que se pretende proteger. Para su uso en el laboratorio, además de la necesaria resistencia mecánica a la tracción y a la perforación, es fundamental la impermeabilidad frente a los distintos productos químicos y biológicos.

3.Protectores de las vías respiratorias.

Tratan de impedir que el contaminante penetre en el organismo a través de esta vía.

Pueden ser: a)Dependientes del medio ambiente: utilizan el aire del ambiente y lo purifican, es decir retienen o transforman los contaminantes presentes en él para que sea respirable.

Tienen dos partes:

-Adaptador facial: crea un espacio herméticamente cerrado alrededor de las vías respiratorias, de manera que el único acceso a ellas sea a través del filtro.

Máscara: cubre la boca, la nariz y los ojos. Debe utilizarse cuando el contaminante es un Mascarilla: cubre la nariz y la boca exclusivamente.

Boquilla: tiene una conexión entre la boca y el filtro y dispone de un sistema que impide la entrada de aire no filtrado por la nariz (pinza).

-Filtro: purifican el aire y eliminan la contaminación.

Mecánicos: retienen el contaminante, impidiendo el paso por mecanismos físicos.

Químicos: realizan su misión filtrante disponiendo en su interior de alguna sustancia química que retiene el contaminante, adsorbiéndolo, o reaccionando con él.

Mixtos: realizan combinadamente la acción de los filtros mecánicos y de los químicos.

La mascarilla autofiltrante es un tipo especial de protector respiratorio que reúne en un solo cuerpo inseparable el adaptador facial y el filtro. b)Independientes del medio ambiente: el aire que respira el usuario no es el del ambiente de trabajo.

Semiautónomos: utilizan el aire de otro ambiente diferente al de trabajo, no contaminado y transportado a través de una canalización (manguera) o proveniente de recipientes a presión no portátiles. Disponen de un adaptador facial, generalmente tipo máscara, y una manguera.

Autónomos: el sistema de aporte de aire es transportado por el usuario.

5 Discusión-Conclusión

Los equipos de protección individual tienen una elevada importancia durante el trabajo en el laboratorio de diagnóstico clínico, ya que muchas operaciones son de corta duración pero con sustancias y agentes de alto riesgo.

El tipo de Equipo de Protección Individual que el técnico de laboratorio va a necesitar depende de la vía de entrada del agente peligroso (vía respiratoria, vía cutánea, vía digestiva o vía parenteral).

Es importante que el técnico de laboratorio conozca los riesgos que existen en su trabajo y sepa utilizar los equipos de protección adecuados para el tipo de trabajo que desempeña ya que esos equipos le van a proteger en su trabajo diario.

6 Bibliografía

- 1.Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo (BOE 12.6.1997), sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual.
- 2.Real Decreto 1407/1992, de 20 de noviembre (BOE 28.12.1992), por el que se regula las condiciones para la comercialización y libre circulación intracomunitaria de los equipos de protección individual.
- 3.NTP 517: Prevención del riesgo en el laboratorio. Utilización de equipos de protección individual (I): aspectos generales
- 4.Ley de Prevención de riesgos laborales.
- 5.<https://www.unirioja.es/servicios/sprl/pdf/curso.epis-lab.pdf>
- 6.<https://www.ciencias.uca.es/wp-content/uploads/2017/03/protección.pdf?u>

Capítulo 359

COLONO TAC O COLONOSCOPIA VIRTUAL

LAURA DIEZ GONZALEZ

SUSANA DIAZ REVUELTA

1 Introducción

El colono TAC nos permite visualizar el interior del colon o del intestino grueso , también nos permite ver otras partes del abdomen, no solo el intestino grueso, por lo cual en muchas ocasiones podemos visualizar alteraciones en otros órganos (hígado, bazo, riñones, ...)

Para la realización del colono TAC se utiliza un equipo de TAC helicoidal multicorte, también llamado Scanner. El TAC tiene un emisor de rayos x que gira rápidamente alrededor del paciente al estudiar mientras este se desliza tumbado sobre una camilla a través del Gantry (orificio del TAC de unos 70 cm de diámetro por 30 de profundidad, “como una gran rosquilla”).

Cuando los rayos x atraviesan el cuerpo del paciente, son desviados y atenuados por la propia materia del paciente, estas alteraciones son recogidas por los detectores y que mediante un ordenador de gran capacidad serán interpretadas para formar las imágenes tomográficas. El técnico superior en imagen para el diagnóstico es el encargado de realizar esta prueba .

El colono TAC como prueba diagnóstica es muy sencilla y cómoda para el paciente, no suele durar mas de 30 minutos entre que el paciente entra en la sala y el técnico especialista en radiodiagnóstico le explica como va a ser la prueba , colocación de la cánula y realización de la prueba. El paciente puede retomar su vida normal sin ninguna atención en especial una vez finalizada.

2 Objetivos

Describir el uso del Colono TAC, también llamado colonoscopia virtual, para visualizar el interior del colon o intestino grueso y así poder determinar si presenta alguna malformación, pólipos, divertículos o incluso tumores.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de varios libros y también se han consultado diferentes artículos en las principales bases de datos:

Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El colono TAC es una prueba diagnóstica que está indicada para todos los pacientes a los que su médico considere oportuno realizársela y en especial para aquellos pacientes en los que existan factores personales de riesgo de cáncer de colon y a quienes por diferentes motivos no sea posible realizarles una colonoscopia convencional.

Al igual que otras pruebas diagnósticas el colono TAC necesita una preparación por el paciente para su realización.

Tres días antes deberá guardar una dieta pobre en residuos, bebiendo la mayor cantidad de líquidos posible para ayudar a la limpieza del intestino. Desde la noche anterior el paciente no deberá comer y el mismo día de la prueba por la mañana deberá ponerse un enema de limpieza para eliminar los restos de heces que puedan quedar en el interior de su intestino.

El paciente que se le va a realizar la prueba antes de entrar a la sala de exploración se tendrá que desvestir y ponerse un camisón para estar más cómodo para la realización del estudio.

Una vez dentro de la sala el paciente se tumbará en la mesa de exploración del TAC en decúbito lateral y se le coloca una fina cánula flexible a través del ano (medio centímetro de diámetro) por la cual se le va introduciendo aire lentamente para desplegar el intestino y así poder ver su interior.

El paciente para empezar la exploración se colocará en decúbito supino para realizar un tac de abdomen y luego se pedirá al paciente con nuestra ayuda, que se coloque en decúbito prono para la realización de otro tac de abdomen .

Durante el tiempo que dure la exploración el paciente deberá mantenerse lo mas quieto posible y mantener la respiración durante unos pocos segundos para evitar el movimiento del abdomen y de este modo asegurar una buena definición de la imagen.

Esta prueba diagnóstica en principio no necesita la administración de ningún tipo de contraste ni oral ni intravenoso.

La prueba diagnóstica no suele durar mas de 30 minutos, la colocación de la cánula no causa molestias y la introducción del aire en el intestino las molestias que puede causar son como retortijones al tener mucho gas en el intestino, pero al terminar la prueba se eliminan fácilmente al retirar la cánula.

5 Discusión-Conclusión

El colono TAC, es una prueba diagnóstica muy sencilla y cómoda para el paciente, ya que no requiere ingreso ni hay que introducir ninguna sonda de visualización a través del colon, con las posibles molestias que eso conlleva.

También hay que tener en cuenta, que como la herramienta empleada son los rayos x no se nos presentan límites a la hora de alcanzar los últimos tramos del intestino grueso, por muy difícil que sea su recorrido o incluso aunque existan zonas de gran estenosis (estrechez), motivo por el cual no suele ser posible introducir la sonda del colonoscopio convencional.

El colono TAC también nos permite ver otras partes del abdomen, no solo el intestino grueso, por lo que en muchas ocasiones podemos visualizar alteraciones en otros órganos (hígado, bazo, riñones, ...).

6 Bibliografía

1. Artículos en red.
2. Colono Tac. <https://www.radiologyinfo.org>
3. Colonoscopia virtual. <https://cun.es>
4. Colonoscopia virtual. <https://medlineplus.gov>
5. Colonoscopia virtual. <https://saludigestivo.es>

Capítulo 360

TINCION DE ZIEHL-NEELSEN

SARA SÁNCHEZ DEL VALLE

1 Introducción

El nombre de la tinción se debe a dos médicos alemanes, al bacteriólogo Franz Ziehl y al patólogo Friedrich Neelsen. Ambos en 1883 realizaron modificaciones en tinciones creadas previamente y desarrollaron la tinción.

Es un tipo de tinción diferencial, que permite la identificación de bacilos alcohol-resistentes (BAAR). Entre los bacilos alcohol-resistentes se encuentran las micobacterias, agentes etiológicos de enfermedades como la tuberculosis y la lepra, con una relevante morbilidad y mortalidad, la nocardia (por ejemplo *Nocardia* sp.) y algunos parásitos unicelulares (por ejemplo *Cryptosporidium parvum*).

La tuberculosis es una de las enfermedades ampliamente distribuidas y más devastadoras en todo el mundo debido a su alta prevalencia, morbilidad y mortalidad, además de su facilidad de propagación.

Es un método que permite un rápido y presuntivo diagnóstico de la infección tuberculosa.

El diagnóstico precoz de la tuberculosis sigue recayendo en el examen microscópico de las muestras clínicas y/o cultivo celular, mediante el uso de esta técnica de tinción ya que es un procedimiento rápido, simple y económico en comparación con otras técnicas de identificación que son más complejas y de un elevado coste para los hospitales. Es la más apropiada para ser utilizada en los laboratorios, recomendada por la Organización Mundial de la Salud.

2 Objetivos

- Definir la metodología de la tinción Ziehl-Neelsen , realizada de manera manual a partir de muestras clínicas como por ejemplo esputo o colonias aisladas en cultivos, en el laboratorio de Microbiología, con el fin de observar de los forma directa los bacilos alcohol-resistentes.
- Describir en que consiste la tinción diferencial Ziehl-Neelsen.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo he realizado una revisión bibliográfica de literatura científico sanitaria en bases de datos como Scielo, Elsevier y MedlinePlus, así como páginas web de organismos oficiales tales como la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas (SEIMC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

4 Resultados

Primero se obtiene una muestra, siendo las de origen respiratorio las más representativas como por ejemplo el esputo, que es la más frecuentemente examinada. Se deben de recoger tres muestras de esputo por las mañanas, ya que es cuando tienen una mayor concentración bacilar, durante tres días consecutivos, para aumentar la sensibilidad, ya que la emisión de bacilos puede ser irregular. El técnico extenderá en forma de círculos una porción significativa de la muestra en el portaobjetos, con la ayuda de una asa bacteriológica y fijará el material bien dejando secar al aire durante unos minutos la preparación o pasándola por la llama.

El fundamento de esta tinción se basa en las propiedades de la pared celular. La pared celular está formada por un tipo de ácidos grasos llamados ácidos micólicos. En la tinción Ziehl-Neelsen se utiliza el compuesto fenólico carbol fucsina, que tiene la capacidad de interactuar con los ácidos micólicos de la pared celular. La tinción con fucsina es mejorada en presencia de calor, ya que permite que las moléculas de colorante se muevan con mayor rapidez hacia el interior de la pared celular, por lo tanto flameamos por el reverso del portaobjetos hasta conseguir emisiones de vapores, pero evitando la desecación y su ebullición. Posteriormente se utiliza alcohol-clorhídrico que sirve para decolorar las células que no fueron teñidas. Las células que resisten a esta decoloración se llaman ácido resistentes. El colorante de contraste utilizado es el azul de metileno que tiñe el material de fondo y en consecuencia crea contraste a las estructuras que fueron

teñidas en el primer paso. Las células decoloradas absorben este segundo colorante (contra-tinción), mientras que las células ácido resistentes se mantienen de color rojo.

Utilizaremos un microscopio óptico con objetivo de inmersión (x100), añadiendo una gota de aceite en la extensión. Los microorganismos aparecen de color rojo si son ácido alcohol resistente positivo, en cambio si aparecen de color azul son ácido alcohol resistente negativo.

5 Discusión-Conclusión

La Organización Mundial de la Salud tiene como objetivo para el 2030, dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, acabar con esta pandemia mundial. En el año 2019, 10 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,4 millones fallecieron por esta causa.

El diagnóstico precoz de la tuberculosis sigue recayendo en el examen microscópico de muestras clínicas, mediante el uso de esta tinción que es un método rápido y económico, con una sensibilidad del 74% y una especificidad del 98%.

Desde el laboratorio de Microbiología tanto el facultativo como el técnico de laboratorio tienen una gran responsabilidad frente a la realización de esta técnica, como su visualización al microscopio y su interpretación.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud Informe Mundial sobre la Tuberculosis;2020. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Granados Pérez R. Villaverde Peris MC. Microbiología 1ª ed. 2003; Tomo I: 235-237
3. Organización Mundial de la Salud. Nota Descriptiva 2016. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>.

Capítulo 361

LABORATORIO DE HISTOLOGÍA. EL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL PROCESO DE FIJACIÓN E INCLUSIÓN DE LOS TEJIDOS

FRANCISCO JAVIER HONRUBIA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Al laboratorio de Anatomía Patológica llegan varios tipos de muestras:

- Biopsias
- Tejido procedente de cirugías
- Autopsias
- Citologías
- Punciones

El material recibido debe pasar por diferentes tratamientos para una correcta fijación del mismo, entendiendo por fijación el proceso por el cual evitamos la autólisis y putrefacción del tejido, conservándolo así lo más parecido posible a su estado vivo previo.

En los últimos años, han aparecido nuevas mejoras técnicas para facilitar estos procesos a los técnicos especialistas, no solo automatizando ciertos pasos sino también mejorando el resultado final de todo el proceso que hay que llevar a cabo.

En esta automatización de los procesos, no aparece la inclusión del tejido en bloques de parafina, el cual sigue siendo totalmente manual ya que no todas las muestras pueden ser incluidas de la misma forma. No es lo mismo incluir un fragmento de piel en el que se puedan distinguir todas sus capas, que un cilindro de próstata, el cual debe ir bien estirado para una correcta visión completa del mismo.

Una buena fijación y una correcta inclusión del tejido es fundamental primero, para la obtención de un buen corte, segundo, para conseguir una buena tinción, y en última estancia, un diagnóstico correcto por parte del equipo médico del servicio.

2 Objetivos

-Explicar la labor del técnico especialista en los procesos de fijación e inclusión de tejidos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

Para la búsqueda se han utilizado palabras clave como “laboratorio”, “histología”, “anatomía patológica” o “procesado”.

4 Resultados

El proceso de fijación comienza en la sala de tallado.

Es cierto que algunas muestras se reciben ya en una solución de formaldehído o alcohólica, con lo que el proceso de fijación ya ha comenzado, pero otras pueden llegar en fresco.

Tras la recepción y registro de las muestras, es hora del tallado de las mismas. En las grandes piezas quirúrgicas, seleccionaremos las zonas más importantes y las introduciremos en casetes correctamente numerados. Las biopsias menos voluminosas se incluirán en su totalidad.

Mientras vamos recopilando los casetes, los iremos introduciendo en cestillas bañadas en formol. Por todas estas acciones decimos que la fijación comienza en la sala de tallado.

Una vez tenemos todos los casetes, procederemos a introducir las cestillas en el procesador, el cual pasará las muestras por varios ciclos de las siguientes soluciones:

*Formaldehído

*Xyleno

*Alcohol absoluto

*Parafina líquida

Estas soluciones deberán ser cambiadas periódicamente tras varios ciclos para que el resultado de la fijación sea siempre el óptimo.

Este proceso dura unas cuantas horas, variando según la marca del procesador. Ciertamente algunos de ellos nos permiten adecuar el tiempo de cada paso a las necesidades del servicio.

Una vez concluido el procesado, procederemos a la inclusión del tejido en bloques de parafina. Para una correcta inclusión, debemos tener en cuenta qué tipo de muestra es, su tamaño y su orientación.

Material necesario para la inclusión en parafina.

-Estación de montaje(incluye dispensador de parafina).

-Placa fría.

-Pinzas.

-Mechero para deshacer la parafina que nos queda en las pinzas.

-Moldes de diferentes tamaños.

-Pesa para que el tejido nos quede en primer plano.

Un ejemplo sería si vamos a incluir un fragmento de arteria, debemos elegir un molde pequeño y orientarla por la luz para que al realizar posteriormente el corte, se puedan observar todas las capas de la arteria.

Posteriormente, lo pasaremos a la placa fría para conseguir que la parafina endurezca y así obtener un bloque adecuado para su corte al microtomo.

5 Discusión-Conclusión

Debemos destacar como puntos básicos de estos procesos los siguientes puntos:

- Una correcta fijación del tejido permitirá facilitar el corte de los mismos, lo cual conlleva que se obtendrá una mejor tinción y observación del tejido a través del microscopio.

- Cambio periódico de las soluciones que forman parte del proceso de fijación de los tejidos.
- Conocer el tejido que tenemos entre manos para su correcta inclusión en la elaboración de los bloques.
- La labor del técnico especialista en todo el proceso, desde su recepción, su correcto registro, el tallado de la pieza, la fijación y la inclusión del tejido en el molde de parafina.

6 Bibliografía

1. Procesado de biopsias en el laboratorio de Anatomía Patológica(internet) en www.revista médica.com
2. Conocimiento sobre la técnica de fijación de muestras anatomopatológicas(internet) en www.repositorio.fucsalud.edu.co
3. Técnica histológica(internet) en www.facmed.unam.mx

Capítulo 362

TÉCNICA DE LA MAMOGRAFIA

SORAYA ÁLVAREZ GARCÍA

BEATRIZ GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La mamografía es un tipo de exploración que se realiza en la mama para obtener imágenes mediante dosis muy bajas de rayos X. Es imprescindible para la detección y manejo de las patologías relacionadas con la mama, ya que el cáncer de mama es muy frecuente dentro de la población femenina.

En este tipo de estudios nos encontramos el screening o cribado en el que se le hace a mujeres asintomáticas que comprenden en edades entre 40 y 50 años, paciente con antecedentes familiares de entre 30 y 40 años, pacientes con alto riesgo personal que hayan estado expuestas a radioterapia o pacientes con tratamientos hormonales. Por otro lado están las pacientes sintomáticas que son pacientes con sintomatología o ya diagnosticadas de cáncer de mama.

Existen tres métodos diferentes para la obtención de imágenes de la mama:

- Mamografía convencional o analógica, en esta tenemos el haz de rayos X y el chasis que posteriormente será revelado y nos dará la imagen.
- Mamografía digital donde nos encontramos la radiografía computarizada (CR) y luego sistemas con detector integrado (DR)
- Tomosíntesis es el mayor avance dentro de la mamografía ya que obtenemos imágenes de alta resolución desde varios ángulos y en tres dimensiones.

Con este método no solo podemos encontrarnos con tumores también con diferentes anomalías de la mama sin llegar a ser cancer.

2 Objetivos

- Conocer el mamógrafo y sus componentes.
- Saber los riesgos que conlleva esta prueba.
- Tener en cuenta las diferentes posiciones a la hora de realizar una mamografía.
- Describir las tareas que desempeña el TSID en la prueba de mamografía.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda en diferentes libros y paginas web de literatura científica ya existente.

Las bases de datos utilizadas han sido radiologyinfo, medlineplus y libros de formación para el curso de TSID.

4 Resultados

En este trabajo se pretende dar a conocer un poco el estudio de la mamografía.

Los componentes del mamógrafo son:

- Un generador de corriente.
- El tubo de rayos X.
- Diana anódica.
- Punto focal de 0.3 mm.
- Compresor.
- Parrilla antidifusora.
- Control de exposición automático o semiautomático.
- Consola de mandos.

Los riesgos que conlleva esta prueba son los mismos que cualquier estudio que lleven radiación ionizante, si la mujer esta embarazada o cree estarlo se debe valorar el riesgo/beneficio, en caso de ser imprescindible la prueba y tener que hacerla siempre se utilizaran los protectores plomados.

En caso de que la paciente lleve prótesis mamarias hay que tener en cuenta el tipo de implante que tiene ya que dependiendo de el habrá que hacer el estudio de una manera o de otra y con cuidado de no romper la prótesis, ya que esto es un riesgo grave para la paciente.

Para la realización de esta prueba no se necesita consentimiento informado, solo será necesario en caso de que la prueba conlleve un procedimiento intervencionista.

Las proyecciones mas utilizadas en esta prueba son:

- Oblicua mediolateral (OML)
- Craneocaudal.

Las proyecciones adicionales que nos encontramos son:

- Craneocaudal (CC) muy lateralmente, visualizar tejido mamario axilar.
 - Oblicua mediolateral (OML) con prolongación axilar, visualizar microcalcificaciones.
 - Surco intermamario que incluye tejidos mediales.
 - Caudocraneal con gantry rotado 180° para tejidos superiores, determinar si una lesión es real.
 - Localizada o focalizada para ver un área menor de la mama y ver características de la lesión
 - Proyección magnificada ver microcalcificaciones y márgenes de la lesión.
- El papel que desempeña el Técnico en esta prueba es la realización del estudio, controlar la unidad de la mamografía, y limpieza del cuarto y de sus componentes, explicarle al paciente la técnica y en que consiste la prueba.
- Proyecciones tangenciales.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico debe de conocer a fondo la unidad de mamografía al igual que sus componentes, saber las diferentes proyecciones que hay para los diferentes tipos de estudios o lo que el radiólogo le pueda pedir en un momento determinado dependiendo de la patología de este mismo.

Saber desenvolverse en la unidad y conocer a fondo los riesgos que esta prueba conlleva para poder ejecutar correctamente el estudio dependiendo del tipo de paciente que llegue para hacerse el estudio.

El técnico debe de mostrar empatía y debe saber desenvolverse en ciertas situaciones ya que este tipo de estudios generan nerviosismo en los pacientes.

6 Bibliografía

<https://www.radiologyinfo.org/es/info/mammo>

<https://medlineplus.gov/spanish/mammography.html>

Técnicas de radiología especial. Editorial ARAN.2014. C. González Hernando

Capítulo 363

EFECTOS DEL ABUSO DE IBUPROFENO

ANDREA PERUYERO MARTINEZ

AIDA GONZALEZ BLANCO

1 Introducción

En la actualidad el abuso de ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS también llamados AINES es uno de los más comunes. El dolor es un enemigo de nuestra salud y lo que buscamos es aliviarlo, el problema en ello es que las personas a menudo cuando tienen un pequeño dolor no aguantan sino que directamente se toman un Ibuprofeno lo que hace que cuando realmente tenga un dolor más fuerte la toma de este fármacos no hará el efecto deseado ya que el organismo se acostumbra a él y necesitará una dosis mayor o en otro caso un fármaco más potente.

Han aparecido varios fármacos que reducen el dolor, el más conocido es el Ibuprofeno el cual es un antiinflamatorio formulado para acabar con el dolor como puede ser: dolor de cabeza, dolor muscular, dolor de articulaciones... Hace unos años este medicamento era de venta libre por lo que cualquier persona podía comprar una caja de cuarenta comprimidos sin tener ninguna vigilancia de cuántos comprimidos se tomaba, con qué frecuencia... por ello hace unos años dejó de ser de venta libre para poder controlarlo mejor y a día de hoy puede adquirirse en una farmacia cajas de diez o veinte comprimidos a un precio más alto

2 Objetivos

Describir los efectos del abuso del ibuprofeno

Concienciar a la población de estos efectos secundarios

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La sociedad Española ha publicado una serie de conclusiones debido al creciente consumo de este medicamento ya que para muchas personas es habitual su toma. Este dice que mas de ocho millones de personas toman diariamente muchas más dosis de la recomendada para el consumo humano, lo cual conllevara a la larga una serie de consecuencias.

El ibuprofeno se puede encontrar en diferentes presentaciones como es vía oral o parenteral y también en diferentes dosis, de 400 mg o 600 mg, está última a es la más vendida y se tomaría tres veces al dia, lo cual ya supera la dosis máxima recomendado que sería de 400 mg en un día. Su efecto en el organismo es el mismo pero los efectos secundarios de tomar más dosis de la recomendada no tendrán nada que ver.

Alguno de los daños que puede provocar son:

- daños en el corazon: el uso habitual de este medicamento no es recomendable en personas con problemas circulatorios ya que puede acabar causando enfermedades cardíacas o puede tener un efecto directo con un infarto cardiaco
- daños en el aparato digestivo: algunos de los problemas que puede conllevar es la irritación del estómago e intestinos, así como la creación de úlceras o pequeñas hemorragias, a su vez el uso prologando puede provocar tanto diarrea como estreñimiento. Por ello es recomendable recurrir a otro tipo de medicamentos a la hora de controlar un dolor y sobretudo no automedicarnos ya que puede conllevar a variedad de problemas como hemos visto, una visita al facultativo te puede ahorrar muchas complicaciones.

-cefaleas: puede conllevar problemas del sistema nervioso lo cual derive en cefaleas o lo que es lo mismo fuertes dolores de cabeza, por lo que el medicamento que usamos para curarnos nos puede empeorar

5 Discusión-Conclusión

El ibuprofeno es uno de los AINES que más problemas presenta, se usa muy a menudo por su versatilidad ya que se usa tanto para el dolor de cabeza, como para un esguince o la artritis y por ello la gente recurre a él con tanta frecuencia. Aunque para dolores leves, resfriados o incluso dolores premenstruales lo más recomendable es tomar otro tipo de AINES como puede ser el paracetamol que no es antiinflamatorio sino que es analgésico y antipirético. Esto es una recomendación desde el propio Colegio de Farmacéuticos donde alertan de los efectos secundarios del uso abusivo de este medicamento

6 Bibliografía

<https://www.vitonica-com.%2Fprevencion2%FEfectos-del-abuso-de-ibuprofeno>
www.lne-es.dcn.ampproject.org

Capítulo 364

DETERMINACIÓN DE OXIUROS MEDIANTE METODO DE GRAHAM

LUCIA CASTILLA FERNANDEZ

BEATRIZ RUIZ RINCÓN

1 Introducción

Enterobius vermicularis es un parásito intestinal de la familia de los nematodos. La infección provocada por este parásito es mas común en niños pequeños.

Los parásitos adultos son blanquecinos, viven en el colon, el ciego y el apéndice. Cada hembra pone unos 10 000 huevecillos, incoloros y transparentes. Cuando los huevos son ingeridos, los embriones eclosionan al llegar al duodeno y las formas juveniles se trasladan al intestino grueso, donde alcanzan su madurez sexual. En la noche, las hembras adultas migran y depositan sus huevos en la parte exterior del recto o en el área anal.

El parásito produce una clínica frecuentemente asintomática, aunque es muy común que también pueda causar prurito anal, irritabilidad, dolor abdominal o pélvico, ocasionalmente vulvovaginitis y simular apendicitis aguda. A su vez la sintomatología más característica que causa su infección es prurito anal.

El paciente, al rascarse, puede recoger larvas o huevos de oxiuros bajo las uñas y también puede causar que se desprendan quedándose adheridas a la piel y a la ropa , favoreciendo la reinoculación y la dispersión del parásito en el entorno familiar y escolar.

Para su determinación se utiliza el Test de Graham, con el que podemos visualizar los huevos depositados por las hembras en la zona peri-anal.

2 Objetivos

Dar a conocer el test de Graham para poder determinar la existencia de parásitos intestinales en el cuerpo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Una forma de detectar los oxiuros es alumbrar con una linterna el área anal. Los gusanos son muy pequeños, blancos y filiformes. Si no se ve ninguno, inspeccione durante 2 o 3 noches más.

La mejor manera para diagnosticar esta infección es hacer la prueba de la cinta o Test de Graham. El mejor momento para hacer esto es en la mañana antes del baño, ya que los oxiuros ponen sus huevos en la noche.

Para realizar el Test de Graham se recogen muestras del ano de la persona a primera hora de la mañana con ayuda de una cinta adhesiva transparente que se extiende sobre un portaobjetos.

Se aplicará la parte engomada de la cinta adhesiva firmemente sobre el ano y se pega la cinta sobre el portaobjetos cuidando que quede bien extendida. Se debe tomar la muestra sin previo aseo, en la mañana.

Se deben tomar tres muestras en días consecutivos. Utilizar una cinta y su portaobjetos diferente para cada día.

Las muestras recogidas se observan en el microscopio y, si aparecen huevos en la misma, indica que el cuerpo está infestado y es necesario poner en marcha un protocolo de eliminación de los parásitos.

La cinta adhesiva recoge los huevos que deposita el parásito adulto en la piel perianal. El aspecto de los huevos de Oxiuros bajo microscopio es inconfundible. Un resultado positivo indica la presencia del parásito. Si el resultado es negativo probablemente el parásito no esté realmente en el intestino.

Ante un resultado negativo, es necesario examinar muestras adicionales, ya que los parásitos pueden excretarse en forma intermitente y en número variable de

un día a otro.

Tres muestras consecutivas detectan el 90% de los casos, cinco muestras el 99% y siete muestras el 100%

5 Discusión-Conclusión

Ante un resultado positivo deberemos avisar al facultativo para que se recete el tratamiento oportuno para expulsar los parásitos del intestino.

Por el contrario si nos encontramos ante un resultado negativo debemos solicitar el seguimiento consecutivo durante 3 días para confirmar que existen parásitos en el intestino. Si el facultativo sigue con sospechas tras los 3 días sin detectar los huevos o algún adulto del parásito debemos alargarlo hasta los 7 días.

Los huevos son muy resistentes si persiste un cierto nivel de humedad, por lo que puede permanecer largo tiempo en la ropa. Es necesario extremar las medidas de higiene de inodoros, manos y uñas y lavar con agua caliente y lejía la ropa de cama, pijamas y toallas. Es necesario el tratamiento de todos los miembros de la familia ante la posibilidad de perpetuación de la infección.

6 Bibliografía

1. BAEZ LOPEZ, N.; PEREIRA BOAN, J.; RUIZ ALIENDE, S. y MARNE TRAPERO, C.. Prueba de Graham y enterobiasis: resultados de 11 años. Rev Pediatr Aten Primaria [online]. 2013, vol.15, n.57 [citado 2021-12-20], pp.53e1-53e3. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1139-7632. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000100005>
2. A.F. Medina Claros, M.J. Mellado Peña*, M. García López Hortelano*, R. Piñeiro Pérez**, P. Martín Fontelos*. Parasitosis intestinales. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/parasitosis_0.pdf
3. Durviz. Test de Graham: Qué es y Para qué se utiliza. <https://durviz.com/test-graham-se-utiliza/>
4. MedlinePlus. Examen para oxiuros. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003452.htm>

Capítulo 365

TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO (TSID): INVESTIGANDO OTRAS APLICACIONES DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA: APOYO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO

FLORA JOSEFINA MOUZO SUÁREZ

COVADONGA ESMERALDA LORENZO LONGEDO

MARIA DEL VALLE PANZUELA LÓPEZ

1 Introducción

Se calcula que alrededor de un 10% de la población total de mujeres tiene el riesgo de sufrir en algún momento de su vida algún tipo de disfunción en el suelo pélvico que requiere de una intervención quirúrgica.

Dado su elevado ratio de afectación, los procedimientos relacionados con la imagen radiológica son de vital importancia, especialmente juegan un papel fundamental en el diagnóstico y también en el preoperatorio de la patología.

El desarrollo y los avances sufridos en las últimas décadas en materia de resonancia magnética han permitido a día de hoy la adquisición de secuencias de imágenes de resonancia magnética rápidas, al tratarse de una técnica no invasiva y además libre de radiación, rápida y con una elevada capacidad de resolución cada vez se buscan nuevas aplicaciones .

Además de servir como herramienta diagnóstica en pacientes con disfunción del suelo pélvico con indicación o diagnóstico de origen quirúrgico, la resonancia magnética tiene también un enorme potencial para ser utilizado como una herramienta de investigación para tratar de comprender el proceso fisiopatológico de estos complejos trastornos.

El prolapso de órganos pélvicos consiste en la protrusión anormal de un órgano pélvico, debido a fallos en el apoyo de las estructuras anatómicas y el debilitamiento del hiato o suelo pélvico.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en técnico en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear algunas cuestiones básicas relacionadas con nuevas aplicaciones de técnicas radiológicas para detectar patologías, en este caso el uso de la RM para el diagnóstico de la disfunción del suelo pélvico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La anatomía pélvica a menudo se deteriora como consecuencia de una cirugía previa, como la histerectomía o un fallo en una intervención quirúrgica en la compartimentación de la pelvis.

La pelvis femenina está estructurada en tres partes o compartimentos sostenidos por tres componentes:

- El compartimento anterior (vejiga y uretra)
- El compartimento medio (vagina, cuello uterino, útero y anexos)
- El compartimento posterior (ano y recto)

El suelo pélvico es una estructura anatómica formada por capas y que consta de músculos y tejido conectivo en tres capas: la capa fascial (fascia endopélvica), la diadema pélvica intermedia y el diafragma urogenital.

Cuando alguna de estas estructuras se ve dañada, puede producirse una disfunción en el suelo pélvico.

Como decíamos la resonancia magnética tiene las siguientes ventajas: Carece de radiación ionizante, no es invasivo y proporciona una imagen rápida, completa, de alta resolución, que permite la evaluación y diferenciación de las estructuras gracias al alto contraste de toda la pelvis, incluyendo órganos y estructuras de soporte.

La resonancia magnética permite la evaluación del comportamiento y relación de los órganos pélvicos y el suelo pélvico estáticamente (en reposo) y dinámicamente (durante la contracción activa o la maniobra de Valsalva), proporcionando una clasificación objetiva del prolapso y relajación del suelo pélvico.

Esto es especialmente útil para la evaluación de trastornos multicompartimentales.

A la vez también permite la detección de patógenos incidentales, pólipos endometriales, lesiones malignas, fibromas y lesiones anexas,

El uso de la resonancia magnética resulta por tanto especialmente relevante en la planificación operativa de reparaciones complejas en pacientes con reparaciones quirúrgicas previas fallidas.

Una posible desventaja del uso de la resonancia magnética es que normalmente no se utilizan en estos protocolos contrastes para opacificar la vagina o el recto, lo que produce cierta dificultad en la visualización de pequeños rectoceles.

En cuanto a la realización de la resonancia esta se realiza con el paciente en posición de decúbito supino utilizando bobinas phased-array pélvicas o del torso en una RM 1,5 T.

Es importante centrarla bobina baja en la pelvis para asegurar la visualización de órganos prolapsados.

Para que este examen sea fiable y resulte exitosa, el paciente debe sentirse cómodo en el entorno intimidante de una unidad de radiología.

Pediremos en la medida de lo posible la cooperación del paciente para que no se mueva.

5 Discusión-Conclusión

El uso de la resonancia magnética en la disfunción del suelo pélvico es una herramienta muy útil para la planificación del tratamiento del paciente así como también para el diagnóstico de ciertas disfunciones en su correcto funcionamiento y patologías.

Creemos que además es una técnica muy interesante en cuanto a la protección radiológica de la paciente, ya que la radiación en las gónadas femeninas puede ocasionar esterilidad, por lo que al ser una técnica que no usa radiación ionizante y que no supone un método invasivo en la intimidad de la paciente puede tener grandes aplicaciones y usos en el campo diagnóstico.

6 Bibliografía

1- <https://www.elsevier.es>

› es-revista-i... estudio anatómico y funcional del suelo pélvico | Imagen Diagnóstica - Elsevier

2- <https://www.radiologyinfo.org>

› info

Resonancia magnética nuclear (RMN) dinámica del piso pelviano

3- <http://www.redalyc.org>

› pdfPDF

Redalyc.RESONANCIA MAGNÉTICA DINÁMICA DEL PISO PELVIANO ...

Capítulo 366

EL HIGIENISTA BUCODENTAL. LA ERGONOMÍA EN EL TRABAJO

SARAMA DELTELL MONTORO

1 Introducción

Podremos definir a la ergonomía como aquella disciplina la cual se encargará del diseño del trabajo, las herramientas y las tareas de tal modo que, todas coincidan tanto con las características como con las capacidades de los trabajadores que realizan o desarrollan la labor en su puesto de trabajo, en este caso en la consulta dental bien en atención primaria o a nivel privado. También, se podrá definir como el estudio óptimo de adaptación entre el hombre y la máquina. Podremos encontrar distintos tipos de ergonomía entre las que están: física, cognitiva, necesidades específicas así como micro y macro ergonomía. Entre los múltiples beneficios que aporta esta disciplina al trabajador o trabajadora distinguiremos los siguientes: disminución de riesgo de accidentes así como de errores, enfermedades laborales, riesgos ergonómicos, días de trabajo perdido, ausentismo laboral, rotación de personal. A los mencionados anteriormente añadiremos los siguientes: aumento de la tasa de producción así como de la eficiencia, la productividad y el buen clima de organización y el ambiente de trabajo. La ergonomía será aplicada a todo tipo de profesionales y puestos de trabajo, ya que evitará problemas de salud a los trabajadores tanto a corto plazo como a largo plazo. Entre los más habituales en aquellos profesionales que trabajan mucho de pie están los problemas de espalda. Los objetivos de este tipo de disciplina en el ámbito laboral serán los siguientes: - Conseguir adecuada adaptación en el puesto de trabajo. - Salvaguardar la salud y el bienestar del trabajador. - Evitar lesiones en el trabajo. - Disminuir riesgos laborales.

2 Objetivos

- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la ergonomía.
- Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de la ergonomía.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre la ergonomía en el trabajo para el higienista dental. Para ello, se utilizaron las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: Cuiden, Scielo, Cochrane, Scopus. Las búsquedas se realizaron entre abril y junio de 2021. Se aplicó una restricción referente al idioma, incluyendo únicamente artículos en idioma español e inglés. Se acotó la búsqueda en los últimos 10 años, desde 2011 al 2021, si bien entendemos que una búsqueda de artículos de los últimos 5 años sería más apropiada, el primer barrido realizado bajo estos términos no proporcionó los suficientes resultados. La recopilación de los artículos se hizo en base a la relevancia clínica de los mismos con respecto al objetivo del estudio. Criterios de inclusión y exclusión.

4 Resultados

En la actualidad, las empresas dedican una buena parte de su economía a invertir en la ergonomía de los trabajadores adaptando y aportando mejores condiciones a estos, puesto que han observado que aporta enormes beneficios, no solo a los trabajadores, sino a la empresa haciendo que estos trabajen más, ya que las condiciones o el lugar donde trabajan es mejor y más adaptado a ellos. Esta disciplina no solo se aplica a las clínicas dentales que es sobre el campo que estamos trabajando sino a todo tipo de puestos de trabajo. La ergonomía aplicada en la consulta dental no solo engloba la postura a la hora de trabajar sino el mobiliario y todo aquello que utilizamos en el trabajo diariamente. En el caso del técnico superior en higiene dental, o más conocido como higienista dental básicamente abarca los siguientes aspectos: una buena silla, puesto que muchos tratamientos como son las limpiezas dentales se realizan dentales, y mantener una buena postura corporal intentando mantener nuestra espalda lo más recta posible, ya que en la mayoría de los casos se trabaja de pie para poder asistir mejor al odontólogo, ya que de pie se tiene una mejor visualización del campo sobre el cual se realizará el tratamiento al paciente. Otro aspecto a cuidar y que se ha observado que se debe

de cuidar aunque no prestemos mucha atención será un buen calzado, puesto que esto evitara dolores de espalda y múltiples afecciones posteriores. Otro aspecto que nos han reflejado los estudios sobre este tema es que cada vez se está más conciencia con nuestra salud laboral en todos los entornos y se intenta prestar y mejorar todos los aspectos que nos faciliten nuestro trabajo y eviten dolencias posteriores a largo como a corto plazo.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que todas las empresas inviertan lo suficiente para poder mejorar la ergonomía del trabajador y evitar que estos sufran lesiones.

Favorecer la correcta ergonomía en el trabajador influye directamente en la disminución de las bajas médicas por parte del personal laboral y con ello también se consigue reducir notablemente el gasto económico que ello supone y que es cuantioso.

Por último, decir que no solo la empresa tiene que poner de su parte, sino que el trabajador tiene que realizar una adecuada ergonomía y para ello es necesario que todos los trabajadores reciban una pequeña formación al respecto.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 367

UROGRAFÍA POR TAC

CARMEN JULIA LLERENA LLORET

1 Introducción

El sistema urinario está formado por un conjunto de órganos encargados de la producción, almacenamiento y eliminación de la orina. Se divide en dos partes, el sistema urinario superior formado por riñones y uréteres y el sistema urinario inferior que lo componen la vejiga y la uretra:

- Riñones: son los órganos encargados de depurar la sangre y producir la orina.
- Uréteres: se componen de dos tubos estrechos que conducen la orina de los riñones a la vejiga, los músculos de las paredes de los uréteres se contraen y relajan continuamente para forzar la orina hacia abajo.
- Vejiga: es el órgano responsable del almacenamiento de la orina, las paredes de la vejiga se relajan y dilatan para acumular la orina, y se contraen y aplanan para vaciarla a través de la uretra.
- Uretra: es un tubo que permite la expulsión de la orina

La urografía es una técnica de adquisición de imágenes radiológicas mediante la administración de un medio de contraste vía intravenosa del sistema urinario.

Esta prueba fue inventada en Alemania en la década de 1920 gracias al desarrollo de los contrastes radiológicos yodados. Durante sus primeros años de vida la urografía se utilizó casi para cualquier patología urinaria, desde obstrucciones hasta el diagnóstico de cáncer.

2 Objetivos

- Enumerar los usos de la urografía.
- Describir la técnica para la realización de la urografía.

3 Metodología

El desarrollo de este artículo se ha llevado a cabo mediante la recopilación de información encontrada en buscadores y diversas páginas relacionadas con la materia, que se han ido contrastando y englobando para hablar de todo lo relacionado con el tema.

4 Resultados

La urografía se usa para:

- Detección de cálculos renales
- Hematuria
- Infecciones urinarias
- Sospecha masa renal
- Obstrucción del tracto urinario tanto superior como inferior.
- Tumores o quistes

Los paciente que vayan a someterse a este tipo de pruebas deben acudir en ayunas de al menos 8 horas así como administrar el día de la prueba un enema casen que facilitara la eliminación de residuos que pudieran ocultar zonas de estudios.

Debido al uso de administración de medio de contraste será necesario previo estudio la valoración de la función renal así como la valoración de posibilidad de embarazo. El uso de medio de contraste conlleva el riesgo de reacciones adversas al mismo que suelen ser leves y controlables fácilmente con mediación, entre las que se incluyen:

- Sensación de calor
- Nauseas
- Picazón
- Urticaria
- Dolor en la zona de inyección

El paciente se colocara en decúbito supino sobre la camilla, se colocara un catéter en la vena de brazo o mano para la inyección del medio de contraste, para la obtención de las imágenes se utiliza un aparato de rayos X, las radiaciones atraviesan el organismo y quedan reflejados en una placa fotográfica. Al introducir el medio de contraste radio-opaco que se elimina por los riñones y aumenta la densidad de este órgano y de sus vías de excreción, pudiendo visualizarse de forma secuencial en unas placas el paso progresivo del contraste. La exploración es controlada por un radiólogo.

Siempre existe la leve posibilidad de cáncer como consecuencia de la exposición excesiva a la radiación. Sin embargo, el beneficio de un diagnóstico exacto pesa mucho más que el riesgo de la exploración por TAC.

Dado que los niños son más sensibles a la radiación X, se les someterá a un examen por TAC únicamente si es fundamental para realizar un diagnóstico. No se les debería hacer exámenes por TAC en forma repetida o rutinaria a menos que fuese necesario. Las exploraciones por TAC en niños siempre deben hacerse con la técnica de dosis baja.

5 Discusión-Conclusión

Podremos decir que la toma de imágenes con el TAC para la realización de una urografía conlleva mas beneficios que riesgos.

- Son exactas, no son invasivas, y no provocan dolor.
- Una ventaja deL TAC es su capacidad de obtener imágenes de huesos, tejidos blandos, y vasos sanguíneos al mismo tiempo.
- En comparación con los rayos X convencionales, la exploración por TAC brinda imágenes detalladas de numerosos tipos de tejido así como también de los pulmones, huesos y vasos sanguíneos.
- La realización de exámenes por TAC son rápidos y sencillos.
- En casos de emergencia, pueden revelar lesiones y hemorragias internas lo suficientemente rápido como para ayudar a salvar vidas.
- La TAC es una herramienta de diagnóstico por imágenes rentable que abarca una amplia serie de problemas clínicos.
- La TAC es menos sensible al movimiento de pacientes que la RMN.
- La TAC proporciona imágenes en tiempo real, constituyendo una buena herramienta para guiar biopsias por aspiración y aspiraciones por aguja. Esto es particularmente cierto para los procedimientos que involucran los pulmones, el abdomen, la pelvis y los huesos.
- Un diagnóstico determinado puede eliminar la necesidad de una cirugía exploratoria y de una biopsia quirúrgica.
- Después del examen por TAC no quedan restos de radiación en su cuerpo.
- Los rayos X utilizados en las exploraciones por TAC no deberían tener efectos secundarios inmediatos.

6 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_urinario_humano

<https://www.dodot.es/embarazo/embarazo-saludable/articulo/el-sistema-urinario-definicion-y-componentes>
<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=anatomyoftheurinarysystem-85-P04568/>.
- https://www.iqb.es/cardio/htahtm/cap2/hta2_5.htm
<https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/ct-urogram/about/pac-20393602/>.
- <https://www.sabervivir.es/salud-y-bienestar/ponte-al-dia/urografia-intravenosa-un-vistazo-a-tu-aparato-urinario/>.

Capítulo 368

USO DE LA RADIOLOGÍA FORENSE

ALBA CUERVO GÓMEZ

1 Introducción

La radiología es la especialidad médica que se ocupa de la radiación para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, incluidas las radiaciones ionizantes, como los rayos X, y las no ionizantes, como pueden ser los ultrasonidos.

La radiología forense es una subespecialidad de la radiología, relativamente desconocida y cada vez más importante. El campo incorpora imágenes ante mortem y post mortem para la detección y documentación de diversas patologías con fines médico-legales. Las imágenes post mortem se utilizan cada vez más junto con la autopsia tradicional en un proceso llamado autopsia "virtual".

La radiografía ha sido un elemento básico de las investigaciones forenses durante más de un siglo, y se utilizó por primera vez en 1896. Las técnicas de imagen avanzadas, como la tomografía computarizada post mortem y la resonancia magnética post mortem, recientemente han ganado aceptación en la comunidad científica forense. Éstos métodos de tomografía computarizada post mortem y de imágenes por resonancia magnética post mortem ahora se utilizan ampliamente en algunas partes del mundo, mientras que otros países, incluido Estados Unidos, han tardado más en adoptar estos métodos en su práctica diaria.

La medicina forense a menudo implica la aplicación de todas las ramas de la medicina para proporcionar pruebas clínicas que puedan entregarse en los tribunales. Esta se obtiene a través de la evaluación de individuos, que pueden estar heridos o fallecidos.

2 Objetivos

Los objetivos de este estudio son resumir de manera adecuada la información actual más significativa, acerca de la importancia del uso de las técnicas radiológicas de diagnóstico en el ámbito forense y realizar una revisión sistemática de la evidencia relacionada con las nuevas técnicas de estudios radiológicos post mortem.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se han consultado las páginas web especializadas más relevantes sobre el tema a estudiar, así como también diversas publicaciones en revistas científicas de difusión internacional. Se realizaron búsquedas en Medline, PubMed y otras páginas forenses de interés y actualidad.

4 Resultados

Una de las tareas más desafiantes para cualquier forense-patólogo es determinar la causa de muerte de un individuo e investigar los factores que pueden proporcionar información esencial para la resolución de una investigación. Esto generalmente se logra mediante un proceso conocido como "Post-mortem" o "autopsia". La autopsia sigue siendo una técnica relevante que proporciona información importante sobre las diferentes patologías y procesos que pudo haber sufrido el cuerpo humano. Sin embargo, la autopsia tradicional es una técnica que requiere mucho tiempo y costos financieros significativos. Además, también existe el problema de que ciertas religiones y / o culturas no permiten ninguna forma de intrusión en el cuerpo, limitando el tipo de exámenes que se pueden realizar. Como resultado, ha habido llamamientos para la modernización del examen radiológico de medicina forense, una serie de técnicas, comúnmente agrupadas bajo el término de "Autopsia virtual".

La radiología forense es un área especializada de imágenes médicas que utilizan técnicas radiológicas para ayudar a los médicos. Abarca la adquisición, interpretación y notificación de imágenes radiológicas con el propósito de investigaciones médico-legales que incluyen, pero no se limitan a, casos presentado en un tribunal de justicia.

Las imágenes forenses son un método relativamente nuevo, así como también la investigación forense. Sin embargo, las aplicaciones radiológicas a la ciencia

forense se remontan a los inicios de radiología. En abril de 1896, ocurrió un asesinato en Inglaterra que provocó una de las primeras aplicaciones forenses de imágenes radiográficas para localizar y documentar proyectiles en un paciente vivo. Posteriormente se desarrollaron muchas otras aplicaciones de imágenes. Por ejemplo, se puso en marcha la odontología forense en 1896 cuando Koenig pudo obtener radiografías intraorales de dientes que mostraban restauraciones. Hoy en día, con la llegada de Multi Detector Computed Tomografía (TCMD), el espectro de imágenes se ha ampliado porque esta técnica proporciona un cuerpo completo estudio multiplanar que puede mejorarse con varias técnicas avanzadas de procesamiento de imágenes.

En la TC un haz estrecho de rayos X colimado pasa a través del tejido, que se atenúa por absorción y se dispersa a medida que atraviesa el tejido. Los detectores a 180° de la entrada del haz miden la transmisión de rayos X a través del corte. El tubo de rayos X y el detector están montados en un anillo (pórtico) que les permite girar completamente alrededor del sujeto. En los sistemas de TC modernos, la transmisión de rayos X se mide continuamente mientras el tubo gira alrededor del cuerpo y el cuerpo se transfiere horizontalmente a través del pórtico. Luego, un ordenador reconstruye matemáticamente imágenes transversales del cuerpo. Las imágenes de TC se visualizan mediante un enfoque sistemático, desplazándose a través de imágenes axiales secuenciales. El cuerpo está orientado en posición anatómica; visto axialmente de caudal a craneal. Las imágenes reformateadas multiplanares de los planos coronal y sagital se evalúan en conjunto con el fin de realizar referencias cruzadas de la anatomía tridimensional (3D). Se debe prestar especial atención a los parámetros de exploración, el grosor del corte y los posibles artefactos que puedan surgir. Actualmente, la TC es la modalidad de mayor interés en la comunidad forense, a saber, a través de la tomografía computarizada post mórtem (PMCT) y la angiografía por tomografía computarizada post mórtem (PMCTA). La TC proporciona una gran cantidad de información transversal sobre un tema en un corto período de tiempo.

En los Estados Unidos también se emplea el uso de ondas ultrasónicas para generar imágenes. El transductor convierte la energía eléctrica en un breve pulso de energía sonora de alta frecuencia que se transmite al medio (paciente o tejido del difunto). La energía transmitida es atenuada y reflejada por el tejido, y el transductor se convierte en el receptor de la energía reflejada. Los planos estándar se definen por la orientación del transductor en referencia a la posición anatómica del paciente: axial, sagital y coronal. La ecografía es excelente para obtener imágenes de colecciones que contienen fluidos, guiar los procedimientos de fluido aspiración y obtener acceso vascular.

Imágenes por resonancia magnética (RM) La física de la RM es compleja. Una explicación simplificada para la producción de imágenes es la siguiente: La resonancia magnética produce imágenes al exponer el cuerpo a un fuerte campo magnético. Dentro de este campo, las bobinas de radiofrecuencia envían y reciben ondas de radio en el volumen de imagen. Los protones del cuerpo interactúan con el campo magnético y las ondas de radio. Estas interacciones dan como resultado señales de voltaje que son detectadas por la bobina. Luego, las señales de voltaje se digitalizan y se envían a una computadora que procesa todas las señales y sintetiza una imagen. El producto final es una imagen en 3D del volumen que se está escaneando. Las características de un tejido dado en una imagen están relacionadas con la densidad de protones en el tejido, el flujo sanguíneo y los procesos denominados relajación T1 y T2. Las imágenes se interpretan sobre la base de la intensidad de la señal de estructuras dadas. Pueden emplearse innumerables secuencias de pulsos para generar imágenes con diferentes tipos de contraste de tejido.

5 Discusión-Conclusión

Las imágenes forenses avanzadas se utilizan cada vez más en los tribunales, donde los jurados valoran positivamente la presentación de estos datos forenses. Por estas razones, las imágenes post mortem avanzadas se están convirtiendo en una parte habitual de las investigaciones forenses.

El aumento en el uso de imágenes forenses presenta una oportunidad única para que los radiólogos colaboren con patólogos y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Este documento proporciona una descripción general de la radiología forense e identifica posibles desafíos y oportunidades.

En conclusión la medicina y radiología forense es hoy en día uno de los descubrimientos mas importantes en cuanto a ciencia se trata.

6 Bibliografía

G.B. (s. f.). Fundamentals of Diagnostic Radiology. Google Books. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=o_4eoeOinNgC&oi=fnd&pg=PP2&dq=radiology+&ots=moZjwJw7QB&sig=5dbyTXxDyJbqc8KMgJUI6UOXDXo#v=onepage&q=radiology&f=false
Semantics Scholar. Forensic Radiology an update. <https://pdfs.semanticscholar.org/9dfe/0625857e81bc647814a5c3c106b87ca28e5e.pdf>

S.D. (s. f.-b). Forensic Imaging | Journal | ScienceDirect.com by Elsevier. Forensic Imaging. <https://www.sciencedirect.com/journal/forensic-imaging>
Research Gate .Forensic Radiology. https://www.researchgate.net/publication/280570697_Forensic_Radiology
Definitions in Forensics and Radiology. (s. f.). Taylor & Francis. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10408370091179163?journalCode=ictg19>
NCBI - WWW Error Blocked Diagnostic. (s. f.). Blocked Diagnostic. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31005405/>

Capítulo 369

HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

NOEL PAINO MARTÍNEZ

ANDREA DÍAZ GARCÍA

1 Introducción

Las infecciones asociadas con la atención sanitaria (IAAS) afectan cada año a cientos de millones de pacientes en todo el mundo. Son consecuencia involuntaria no deseada de dicha atención, y a su vez ocasionan una alta morbilidad y mortalidad para los pacientes y sus familias, y una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario.

Es uno de los sucesos adversos más frecuentes, tanto en la atención hospitalaria como en la atención primaria.

Muchas de estas infecciones son transmitidas de paciente a paciente mediante las manos de los profesionales, lo que es conocido como infección cruzada. Los microorganismos que adquieren en sus manos los profesionales sanitarios durante el contacto directo con los pacientes o con los objetos que rodean a estos, son conocidos como la flora transitoria de la piel de las manos. Está probado que la higiene de manos es el método más simple y más efectivo para reducir la IAAS. Existen estudios de alta calidad de evidencia en la literatura científica que describen que la frecuencia de IAAS puede ser reducida hasta en un 50% cuando los profesionales sanitarios se lavan las manos regularmente. La realidad es que se lavan las manos menos de la mitad que lo que deberían. Entre las causas de este pobre cumplimiento están: el desconocimiento de este problema, el exceso

trabajo, la escasa disponibilidad de puntos de lavado, la no apariencia (o no conciencia) de manos sucias, irritaciones de la piel producidas por los productos de lavado, etc.

2 Objetivos

- Describir los momentos en los cuales debe realizarse un lavado de manos.
- Definir los diferentes tipos de lavado de manos que el personal sanitario puede realizar.

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 realizar una correcta higiene de manos en los siguientes momentos:

- Antes del contacto con el paciente. Para proteger al paciente de los microorganismos patógenos que puedan estar en las manos.
- Antes de realizar una tarea aséptica. Protege al paciente de los microorganismos patógenos que pudiesen introducirse en su organismo.
- Después del riesgo de exposición a fluidos orgánicos. Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria, de los microorganismos patógenos que pudiera tener el paciente.
- Después del contacto con el paciente. Para protegerse de los microorganismos patógenos que pueda tener el paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente. Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los microorganismos patógenos que puede tener el paciente.

Hay varios tipos de lavado de manos:

- Lavado higiénico de manos. Se define como la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de aclarado con abundante agua, con el objetivo de eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos.

Los pasos a llevar a cabo son los siguientes:

1. Mojar las manos con agua.
2. Depositar en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de las manos y frotar las palmas entre sí.
3. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
4. Frotar las palmas de las manos entre si con los dedos entrelazados.
5. Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
6. Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.
7. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.

La duración es de entre 15 y 30 segundos de tiempo de frotación con el jabón.

Aclarar las manos con abundante agua hasta retirar el jabón completamente.

8. Secar las manos completamente con toalla de papel de un solo uso.
9. Cerrar el grifo con el mismo papel antes de desecharlo, si no se dispone de sistema accionado por el pie o el codo.

- Lavado de manos quirúrgico. Para realizarlo, se recomienda indistintamente el uso de jabón antiséptico o solución de base alcohólica para la frotación de manos, con actividad residual, antes de colocarse los guantes estériles.

1. Retirar anillos, relojes y pulseras antes de comenzar el lavado quirúrgico de manos.
2. Humedecer las manos y antebrazos.
3. Enjabonar manos y antebrazos desde los dedos hasta los codos, sin volver a las zonas ya limpias.
4. Prestar especial atención a la desinfección de uñas, borde periungueal, dedos y pliegues interdigitales. Eliminar la suciedad existente debajo de las uñas, utilizando el cepillo de uñas debajo del agua corriente.
5. Aclarar desde la punta de los dedos hasta llegar a los codos.
6. Secar por contacto, sin frotar, con una compresa o toalla desechable comenzando por los dedos y siguiendo hasta los codos.
7. Mantener en todo momento las manos por encima de los codos y separadas del atuendo quirúrgico.

8. Antes de ponerse los guantes estériles, las manos y antebrazos deben estar completamente secos.

La duración de este lavado de manos, se sitúa entre 2 y 6 minutos.

5 Discusión-Conclusión

El empleo de solución hidroalcohólica es menos efectivo contra las esporas se recomienda que el primer lavado del día sea con agua y jabón antiséptico, pudiéndose emplear en las sucesivas intervenciones tanto el jabón antiséptico como la solución hidroalcohólica.

Es muy importante cuidarse las manos para que la flora transitoria no se convierta en residente.

El lavado frecuente de manos puede causar dermatitis irritativa por lo que se recomiendan una serie de medidas.

No se debe olvidar que el uso de guantes no sustituye el lavado de manos, debiendo realizar este procedimiento antes e inmediatamente después del uso de guantes.

6 Bibliografía

1. <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27120/importancia-de-la-higiene-de-manos-en-el-ambito-sanitario/>.
2. <https://revistamedica.com/higiene-de-manos-ambito-hospitalario/>.
3. <http://congreso-enfermeria.es/libros/2016/sala4/4569.pdf>.

Capítulo 370

EL TSID Y LAS NOVEDADES DEL USO DEL ULTRASONIDO (ECOGRAFÍA) EN TÉCNICAS ANESTÉSICAS

COVADONGA ESMERALDA LORENZO LONGEDO

MARIA DEL VALLE PANZUELA LÓPEZ

FLORA JOSEFINA MOUZO SUÁREZ

1 Introducción

La ecografía es una técnica de gran avance tecnológico y con grandes utilidades para usos diagnósticos y terapéuticos.

Hoy en día es usada por parte de muchos especialistas, por lo que su uso no se detiene únicamente en el servicio de radiología.

Los anestesiólogos comenzaron a investigar esta técnica y su utilidad hace ya unos años, y en la actualidad la emplean para guiar múltiples procedimientos invasivos.

La ecografía utiliza ondas de sonido de alta frecuencia para producir imágenes de los órganos internos.

Las ondas sonoras se envían y rebotan cuando alcanzan los órganos.

La ecografía recoge los cambios producidos en las ondas de vibración mecánica compuestas de compresiones y rarefacciones de moléculas en un medio.

El uso de esta técnica ofrece la posibilidad de visualizar directamente las estructuras nerviosas y sus relaciones anatómicas, además permite observar a “tiempo real” la distribución del anestésico local y eventualmente corregir la posición de la aguja durante la realización de la técnica.

Es una técnica fácil de hacer, poco costosa y que no produce molestias al paciente, ya que no es invasiva.

La realización de una ecografía no presenta ninguna contraindicación. En pacientes muy obesos, en ocasiones, es difícil hacer una exploración adecuada porque la visualización de estructuras internas puede resultar complicada.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en técnico en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear algunas cuestiones básicas relacionadas con las novedades en el uso de la ecografía en procesos anestésicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La interacción del ultrasonido con las diferentes estructuras, genera ondas de reflexión llamadas ecos.

Existe un emisor de ondas de ultrasonidos, y un receptor, que capta las ondas después de que éstas interactúan con los tejidos.

El transductor es el encargado de realizar estas dos funciones, alternando, entre la generación y la detección de ondas.

El transductor recibe el eco producido por la reflexión del haz de ultrasonido cuando choca con interfases de medios con diferente impedancia acústica.

Como la velocidad de desplazamiento del sonido es conocida y el tiempo transcurrido desde la emisión hasta su recepción en el transductor se puede calcular, podemos obtener la distancia a la cual se encuentra la estructura que generó el eco.

Para obtener una imagen radiológica óptima, que permita obtener todos los beneficios del ultrasonido en la práctica de la anestesia regional, algunos principios físicos deben ser controlados por parte del operador, como: aumentar las señales eléctricas producidas por los ecos, la compensación de ganancias acercando o alejando el transductor, la eliminación de las señales muy pequeñas y el ajuste de la intensidad de todas las señales a una escala logarítmica.

En su aplicación en el ámbito de la anestesia, la ecografía es entendida como un medio dinámico, donde se toma una imagen inicial para apoyar el diagnóstico y la técnica sugerida, y posteriormente se siguen tomando imágenes para vigilar la respuesta al tratamiento o técnica que han aplicado al paciente.

De este modo, se convierte en una herramienta de monitorización fisiológica, algo con lo que el anestesiólogo puede trabajar en el desarrollo de sus funciones diarias.

La ecografía proporciona al profesional de anestesia una mayor seguridad para guiar sus procedimientos.

El uso de las técnicas ecográficas está aumentando entre los anestesistas, ya que les permite visualizar la anatomía de los tejidos blandos y localizar los nervios para realizar un bloqueo nervioso local.

La administración correcta de los anestésicos locales conduce a un manejo duradero del dolor y a una mejora en los tiempos de recuperación del paciente, lo que supone una mejora muy significativa para las técnicas de anestesia.

5 Discusión-Conclusión

El uso de los ultrasonidos en la práctica de la anestesia regional está aún en vías de investigación y prueba, pero resulta innegable admitir que se trata de una herramienta muy útil al momento de enfrentar situaciones no ideales, como reconocer estructuras cuando la anatomía es complicada o realizar bloqueos cuando la neuroestimulación no es una opción viable para el paciente.

Para el manejo de esta técnica se requiere pasar por un período de aprendizaje,

cuya primera etapa siempre es poseer los conocimientos teóricos básicos, para luego enfrentar la práctica clínica.

La figura del TSID en el manejo ecográfico siempre ha sido un tema en controversia, ya que muchas veces es utilizado por otros profesionales, por lo que creemos que debe apostarse por la formación específica del TSID en todos los campos.

6 Bibliografía

1- <https://www.elsevier.es>

› es-revista-r...

Ecografía portátil en anestesia regional: bloqueos del plexo braquial - Elsevier

2- <https://www.recimundo.com>

› article

Utilidad de la ecografía en la anestesia regional Usefulness of ultrasound in ...

3- <https://www.medigraphic.com>

› ...PDF

Anestesia neuroaxial guiada por ultrasonografía en la embarazada

Capítulo 371

TÉCNICO ESPECIALISTA EN LABORATORIO: PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA

ANA ESMERALDA LÓPEZ TERRAZAS

1 Introducción

La púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) también conocida como enfermedad de Werthof, es una enfermedad autoinmune adquirida común en los niños con edades comprendidas entre los 2 a 5 años.

En el caso de los adultos afecta por igual al sexo masculino y femenino, teniendo una prevalencia muy baja, 100 casos por millón al año. Se caracteriza por una trombocitopenia.

La trombocitopenia es una afección en la que el organismo cuenta con pocas plaquetas.

Las plaquetas se forman a partir de la fragmentación de los megacariocitos (células de la médula ósea, precursoras de las plaquetas) de la médula ósea y pasan a la sangre circulante.

En relación con los signos y síntomas, aunque a veces son asintomáticos, los más frecuentes son: epistaxis, gingivorragia, melenas, hematuria, metrorragia, petequias y equimosis (especialmente en extremidades superiores e inferiores). Es muy poco frecuente observar hemorragias intracraneales.

Es una patología cuya causa no es fácilmente evidente o es producida por una enfermedad subyacente. Existen dos formas clínicas, aguda y crónica. Clínica-

mente, se caracteriza por la presencia de púrpura (hemorragia puntiforme bajo la piel, de color rojo vinoso), principal manifestación clínica.

Un alto porcentaje de pacientes tienen anticuerpos contra los virus de la hepatitis B, C y del SIDA, por lo que se recomienda la vacunación sistemática contra el virus de la hepatitis B.

2 Objetivos

Conocer como técnicos sanitarios especializados en laboratorio el análisis de Púrpura trombocitopénica idiopática, unificando criterios para mejorar nuestros conocimientos y ofrecer mejor calidad asistencial.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como decíamos esta patología consiste en un trastorno hemorrágico en el cual el sistema inmunitario destruye las plaquetas, que son necesarias para la coagulación normal de la sangre.

Los pacientes que presentan la enfermedad tienen muy pocas plaquetas en la sangre.

La PTI afecta más a mujeres que a hombres. Es más común en niños que en adultos, a los que afecta a ambos sexos por igual.

El uso de ciertos fármacos también puede llevar a una producción baja de plaquetas en la médula ósea. El ejemplo más común es el tratamiento con quimioterapia.

Aunque no existe una prueba que pueda confirmar de manera inequívoca la púrpura trombocitopénica idiopática, las pruebas de laboratorio que se solicitan son las siguientes:

- Un hemograma completo con reticulocitos.
- Se realiza una extensión de sangre periférica, se hace como prueba esencial para confirmar la trombocitopénica, excluir la pseudotrombocitopenia por EDTA y otras trombocitopenias asociadas a mielodisplasia, leucemia, anemia megaloblástica, microangiopatía o algunas de origen congénito
- Estudios de coagulación.
- Bioquímica básica de sangre y orina.
- Dosificación de inmunoglobulinas, debe solicitarse antes de que se inicie su tratamiento médico, para descartar una deficiencia de IgA o un estado de inmunodeficiencia.
- Test de Coombs directo.
- Anticuerpos antinucleares.
- Anticuerpos antifosfolípido.
- Anticuerpos antitiroideos y pruebas de función tiroidea.
- Estudios microbiológicos, obligatorios de realizar para descartar infecciones víricas como:
 - Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
 - Virus de la hepatitis C (VHC).
 - Virus de la hepatitis B (VHB).

Los análisis de sangre pueden verificar los niveles de plaquetas.

Los datos analíticos de las pruebas de laboratorio arrojan: un recuento de plaquetas disminuido, tiempo de protrombina (TP) y tiempo total de protrombina (PTT) normales, tiempo de sangría y de retracción del coágulo aumentados, volumen plaquetario medio (VPM) aumentado, presencia de megacariocitos en médula ósea.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en técnico de laboratorio algunas cuestiones básicas relacionadas con la prueba de laboratorio de la Púrpura trombocitopénica idiopática.

Hemos podido conocer que es una enfermedad autoinmune adquirida que se caracteriza por una trombocitopenia, por lo que el organismo cuenta con pocas plaquetas.

Puede manifestarse de forma aguda o crónica.

Se caracteriza por la presencia de una hemorragia puntiforme bajo la piel, de color rojo vinoso.

A continuación hemos conocido algunos de los parámetros o pruebas de laboratorio a realizar para detectarla: hemograma completo, extensión sanguínea, estudios de coagulación, bioquímica de sangre y orina, test de coombs, estudios microbiológicos...

6 Bibliografía

1- <https://www.cun.es>

› enfermedades

Púrpura trombocitopénica idiopática. Causas, síntomas y tratamiento. Clínica ...

2- <https://www.msdmanuals.com>

› es-es

Púrpura trombocitopénica trombótica - Hematología y oncología - MSD Manuals

3- <https://www.elsevier.es>

› es-revista-a...

Tratamiento de la púrpura trombocitopénica idiopática - Elsevier

Capítulo 372

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR FRENTE A LOS DIFERENTES TIPOS DE PACIENTES Y/O USUARIOS DE LA SANIDAD

MARIA ISABEL RODRÍGUEZ MONTES

1 Introducción

En de la Sanidad se diferencian a las personas a las que atendemos entre pacientes, que según 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, son las personas que requieren asistencia sanitaria y están sometidas a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud, y usuarios que la misma ley define como las personas que utilizan los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

Por norma general los pacientes y usuarios de la sanidad demandan una respuesta rápida y de calidad en la atención, ser tratados con dignidad y respeto, sentirse bien orientados, aconsejados e informados, e igualmente esperan sentirse cómodos, acogidos y que se les tranquilice.

La satisfacción de estos depende que se cumplan estas expectativas, de no hacerlo éstos pueden demostrar su descontento interponiendo quejas o reclamaciones.

Visto lo anterior, en este capítulo vamos a ver los diferentes tipos de pacientes y usuarios con los que los celadores nos podemos encontrar en nuestro día a día

para así poder hacernos una idea sobre las expectativas, sentimientos y motivaciones de los mismos que nos ayude en la atención que les vamos a servir y así poder vislumbrar el tipo de actuación que debemos de tomar frente a cada uno de ellos.

2 Objetivos

Enumerar los diferentes tipos de pacientes y usuarios a los que el celador va a enfrentarse durante el desarrollo de sus funciones y la actuación a tomar frente a cada uno de ellos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado un trabajo de investigación consistente en una revisión bibliográfica de los artículos y publicaciones relacionados con el tema a tratar encontrados, tras búsqueda en la web, desarrollando posteriormente los diferentes apartados.

4 Resultados

Por su actitud podemos distinguir los siguientes tipos de pacientes y usuarios más habituales:

- El prepotente, es aquel que cree saberlo todo y también es dominante, la actuación correcta respecto al mismo será principalmente no discutir, mostrar interés por sus asuntos, y pedirle su consejo y su opinión.
- El desconfiado, es aquel que duda de todos y de todo, que rechaza hasta los argumentos más lógicos y es susceptible. La actuación correcta respecto al mismo será principalmente no contradecirle, respetar sus ideas, buscar puntos comunes y no afirmar nada que no podamos demostrar.
- El discrepador, es aquel que quiere discutir, no importa sobre qué cosa, Es polémico y agresivo. Hara todo lo posible para encontrar algún punto discordante, no importa cual, para poder generar polémica. El tipo de comportamiento que debemos llevar a cabo respecto al mismo será: no polemizar, dar servicio prestando de sus provocaciones y argumentar a partir de sus propias palabras.

- El indeciso, es aquel que nunca está seguro, que no sabe lo que le conviene, que se decide y retrocede suele ser impreciso en sus argumentos. Nuestra actuación respecto al mismo será darle argumentos aclaratorios y tomar la decisión por él, poniendo las ventajas de una opción sobre la otra.
- El impulsivo es aquel que quiere respuestas rápidas, es nervioso, va con prisas y es conciso y breve. La actuación que deberemos llevar a cabo respecto al mismo será valorar su tiempo dándole la información precisa y correcta.
- El imitador es aquel que es influenciable y dependiente, y que concede gran valor a las opiniones de los demás. Quiere que le trate siempre la misma persona. La actuación correcta respecto al mismo será darle seguridad y confianza. Presentar opiniones favorables a nuestro servicio. Preocuparse por él, pero no decidir por él.

5 Discusión-Conclusión

Estos son los diferentes tipos de pacientes y usuarios que los celadores nos podemos encontrar en nuestro trabajo, la principal función del celador será identificar las motivaciones y necesidades de éstos para poder atenderlos de la forma más satisfactoria posible.

Para cubrir adecuadamente sus necesidades nuestra atención tiene que transmitir seguridad y confianza. Debemos de trabajar rápido y bien demostrando así eficacia. El trato hacia los mismos debe hacerse con amabilidad y consideración debiendo ser educados y respetuosos. También debemos tener en cuenta la discreción a la hora de manejar información interna y de pacientes y usuarios.

Para conseguir lo anterior, el celador debe de conocer con detalle el servicio y tener acceso rápido a la información importante lo que nos facilitará el poder darles toda la información que demanden. Debemos evitar infravalorar al paciente o usuario, la negatividad y hacer promesas que no se vayan a cumplir.

Todo ello nos ayudará a crear una imagen de profesionalidad lo que, salvo excepciones, nos evitará, posibles conflictos con pacientes y usuarios, quejas o reclamaciones. Llegado este caso no se debe de discutir con ellos por el contrario se debe de tratar de objetivizar dicha queja o reclamación.

6 Bibliografía

1. <https://www.codigonexo.com/blog/inbound-marketing/sectores/tipos-clientes-clinicas/>
2. <https://www.odontologos.mx/odontologos/noticias/3142/tipos-de-pacientes-y-como-tratar-a-cada-uno-de-ellos>
3. <https://www.menosdiasconheridas.com/tipos-de-paciente/>
4. 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.

Capítulo 373

EL CELADOR: ACTITUDES HUMANIZADORAS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE

MARIA ISABEL RODRÍGUEZ MONTES

1 Introducción

Los avances científicos y tecnológicos que se han dado en las últimas décadas han permitido una mejor asistencia de los pacientes incrementando los índices de supervivencia, pero a la vez han invadido espacio al propio acto humano de la atención a la persona contribuyendo con ello a la deshumanización de la sanidad. Por todo lo anterior podemos asegurar que la deshumanización en la asistencia sanitaria constituye un problema que está asociado al desarrollo tecnológico y a la despersonalización, la deshumanización de la sanidad provoca la división de las personas que están integradas en ella, pacientes, familiares y personal asistencial, y evita verlas como un conjunto.

A causa de la deshumanización, cuando los pacientes entran en contacto con la atención sanitaria pueden sufrir despersonalización y aislamiento y con ello sentir que pierden su dignidad humana. Lo que se pretende a través de la humanización es que se vuelva a ver a ese paciente como una persona que se encuentra en unas circunstancias muy especiales, pero que no por ello tenga que perder su identidad.

A través de la humanización de la atención sanitaria se busca ofrecer unos cuidados centrados en la persona, integrando al paciente, familia y profesionales, para lograrlo estos últimos años han aparecido en la sanidad española Planes de Humanización Globales que se están desarrollando en muchos ámbitos de la

atención sanitaria, lo que se pretende con estos planes es contemplar al paciente como persona, más allá de la parte técnica de la enfermedad, y cubrir no solo sus necesidades físicas sino también las psíquicas y las emocionales teniendo en cuenta además, a sus familiares y a los profesionales que le prestan asistencia.

2 Objetivos

Enumerar las actitudes humanizadoras que el celador debe tener presente en su trato con los pacientes para contribuir al proceso de humanización de la asistencia sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado un trabajo de investigación consistente en una revisión bibliográfica de los artículos y publicaciones relacionados con el tema a tratar encontrados, tras búsqueda en la web, desarrollando posteriormente los diferentes apartados.

4 Resultados

ACTITUDES HUMANIZADORAS

El celador es una de las primeras personas con las que los pacientes entran en contacto cuando se dirigen a un centro de salud u hospitalario para recibir asistencia sanitaria, que el celador muestre una actitud de ayuda con una sonrisa al paciente que va a enfrentarse a un tratamiento o diagnóstico contribuye en gran medida a disminuir la angustia y el miedo que este pueda sentir.

En muchas ocasiones nos encontramos con pacientes y usuarios que tienen dificultades de comprensión a causa de la edad, de un deterioro cognitivo, por tener niveles culturales bajos o por no conocer bien el idioma, facilitar información a estas personas también es considerado una actitud humanizadora.

Cuando la atención que prestamos es telefónica, con una actitud de escucha y una voz amable se consigue un acercamiento a la persona a pesar de la distancia, esto va a ayudar al paciente a tener confianza en las personas por las que va a ser atendido con lo que podemos decir que ya desde la asignación de la cita se puede humanizar la atención sanitaria.

Cuando surge un retraso en la consulta, informar de ello con una breve explicación y pedir disculpas por las molestias ocasionadas a los pacientes que esperan

a ser atendidos, los tranquilizará puesto que aliviará la angustia que estos puedan sentir por una espera injustificada y sin explicación, con ello conseguimos que tengan la sensación de que el personal asistencial los tiene en cuenta como personas humanizando la atención.

Atender a las personas y resolver las cuestiones o problemas que estas puedan tener, con un comportamiento amable y humano, hará que pacientes y usuarios abandonen los centros de salud y los hospitales con la sensación de haber sido bien atendidos.

5 Discusión-Conclusión

La atención sanitaria ha ido evolucionando a lo largo de estos últimos años hacia un trato más amable y humano cuyo objetivo es humanizar la atención sanitaria para que los pacientes se vayan con la sensación de haber sido tratados de forma excelente y recuerden gratamente a todas las personas por las que han sido atendidos.

Aunque se piensa que son los sanitarios los únicos que deben adoptar una actitud cercana a los pacientes; comprobamos como otros profesionales no sanitarios, como celadores, además de cumplir profesionalmente de manera adecuada su función, también contribuyen a humanizar la atención sanitaria que demanda el enfermo.

6 Bibliografía

1. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006
2. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000200103
3. Humanización de la asistencia sanitaria y seguridad del paciente <https://fidisp.org/humanizacion-sanitaria-seguridad-del-paciente/>
4. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-humanizar-sanidad-mejorar-calidad-sus-S1134282X17300696>

Capítulo 374

EL CELADOR: LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN LA SANIDAD

MARIA ISABEL RODRÍGUEZ MONTES

1 Introducción

Cualquier información relativa a las personas físicas es considerada como datos personales, igualmente las distintas informaciones que recopiladas en su conjunto puedan llevar a la identificación de una persona también lo son, así como los datos que a pesar de haber sido anonimizados o cifrados puedan llevar de nuevo a la identificación de una persona son considerados igualmente datos de carácter personal.

El Reglamento Europeo 2016/679 define el concepto “datos personales” como toda información sobre una persona física identificada o identificable y La Constitución Española en el artículo 18.4 garantiza a todos los españoles el derecho que tienen a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

En la sanidad en lo referente a la protección de datos, encontramos la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica donde consta el derecho a la intimidad que es el derecho que todas las personas tienen de que se respete la confidencialidad de los datos relativos a su salud, nadie salvo los expresamente autorizados por ley debe poder tener acceso a ellos, teniendo los organismos responsables de los mismos el deber de adoptar medidas y procedimientos para garantizar dicho derecho.

En el artículo 16 de esta Ley 41/2002 se habla de los usos de la historia clínica, dicho artículo fue modificado por la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de datos, a continuación veremos dichas modificaciones junto con la adenda que esta ley hizo en la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad sobre el tratamiento de datos en la investigación de la salud.

2 Objetivos

Visualizar las modificaciones que se dan con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales respecto a la protección de datos en el ámbito sanitario de las cuales los celadores deben tener conocimiento.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado búsqueda a través de Internet, llevando a cabo diferentes consultas sobre el tema a tratar, en las correspondientes leyes y en las diferentes publicaciones encontradas en la red, desarrollando posteriormente los diferentes apartados.

4 Resultados

La Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales, comprende toda la legislación en materia de protección de datos, en lo concerniente a la Sanidad encontramos una adenda y una modificación que consisten en lo siguiente:.

1. En su disposición final quinta se modifica de la Ley 14/1986 General de Sanidad añadiendo un nuevo Capítulo II al Título VI de dicha ley que hace referencia al tratamiento de los datos utilizados en la investigación de la salud y dice que dicho tratamiento se regirá por lo dispuesto en la disposición adicional decimoséptima de la ley La Ley Orgánica 3/2018.
2. En la disposición final novena se modifica la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica concretamente modifica el apartado 3 del artículo 16 de dicha ley que pasa a decir que los accesos a la historia clínica con fines epidemiológicos, de salud pública, judiciales y de investigación se tienen que regir por lo que está dispuesto en la Ley 14/1986 General de Sanidad y cualquier otra

norma de aplicación obligando a utilizar los datos de identificación del paciente separados de los clínicoasistenciales para que de esta forma quede garantizado el anonimato a no ser que el paciente diese consentimiento de no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación recogidos en la ley orgánica 3/2018 y los que la autoridad judicial considere que deben estar unificados, quedando dicho acceso estrictamente limitado a los fines que se especifican. Igualmente cuando para prevenir un riesgo o peligro para la salud pública se podrá acceder a datos indetificativos de pacientes aunque este acceso deberá ser siempre motivado por la administración que lo solicite y realizado siempre por personas sujetas a secreto profesional.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores tienen que conocer estas modificaciones dadas respecto a la protección de datos y respetar el derecho fundamental del paciente a su intimidad no pudiendo acceder a las historias de manera indebida..

También es importante conocer que nuestro Código Penal establece que acceder de forma indebida a los datos de un paciente, está penado con penas de prisión de entre uno a cuatro años, en el código penal también se comprenden multas de doce a veinticuatro meses de inhabilitación para ejercer la profesión por un periodo de tiempo que va desde los dos a los seis años.

Y que por otra parte, la Ley de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales recoge las cuantías de las multas que oscilan entre los 600 euros por una infracción leve a los 600.000 que se pueden aplicar por una muy grave.

6 Bibliografía

1. La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
2. Reglamento (UE) 2016/679 Reglamento General de Protección de Datos.
- 3.<https://elderecho.com/origen-juridico-historico-la-proteccion-datos-evolucion-las-diferentes-teorias-juridicas-la-protegido>
4. 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.
- 5.<https://elderecho.com/origen-juridico-historico-la-proteccion-datos-evolucion-las-diferentes-teorias-juridicas-la-protegido>.

Capítulo 375

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: EL ESTRÉS EN LOS TRABAJADORES DE INSTITUCIONES SANITARIAS EL SÍNDROME DE BURNOUT

SUSANA FERNÁNDEZ LOPEZ

1 Introducción

El desgaste sufrido por los trabajadores de centros sanitarios y hospitalarios y el agotamiento laboral, pueden provocar estrés laboral y con ello se puede llegar a sufrir el llamado síndrome de Burnout o síndrome del quemado.

Este síndrome provoca un cuadro clínico que puede ser:

El agotamiento laboral:

La pérdida de la autoestima:

La despersonalización:

Y la baja realización laboral:

Este síndrome de burnout, se puede llegar a sufrir debido a varias causas y en gran parte al trato, tanto como con los pacientes como por el trato con sus familiares, ya que estas personas, al encontrarse en un entorno hospitalario no están en una situación que podamos llamar "normal" provocando, a veces situaciones de tensión.

Hay otros factores que influyen a su vez a padecer este síndrome de Burnout, entre ellos pueden estar, el sexo del trabajador (es más frecuente entre mujeres), la

edad también influye, la turnicidad del trabajo, la antigüedad profesional es otro factor importante ya que la inexperiencia laboral influye negativamente. Otro factor a tener en cuenta es la escasez de medios en las instituciones sanitarias ya que esto puede conllevar a la saturación de personas a cargo del trabajador. Todo esto puede llevar a la desmotivación y frustración y con ello a padecer el Síndrome de Burnout, muy frecuente también entre los celadores.

2 Objetivos

Indicar cuál o cuáles son los principales síntomas y las causas de la ansiedad en los trabajadores de instituciones sanitarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El síndrome de burnout, o síndrome del "quemado" es un agotamiento o desgaste profesional muy frecuente entre los trabajadores de instituciones sanitarias. La atención al paciente, la insatisfacción profesional, el sexo la edad, la antigüedad laboral, la turnicidad, las expectativas personales, la organización empresarial son algunos de las causas que provocan este síndrome. Este trastorno puede derivar en trastornos tanto psíquicos, como físicos también trastornos de la conducta, afectivos e incluso sociales y familiares. En las instituciones sanitarias hay factores que generan gran estrés a los trabajadores, como el estrés interpersonal por identificación con la angustia tanto del enfermo como de los familiares e incluso frustración ante la perspectivas del enfermo en relación con su estado clínico.

El Síndrome del Burnout suele ser más frecuente en mujeres, influye también la inexperiencia laboral, la turnicidad del trabajo también favorece a la aparición de este síndrome. La escasez de medios, por la saturación de personal a su cargo influyen de manera muy negativa ante el profesional sanitario.

Este síndrome pasa por diferentes fases:

- Fase de estrés psicosocial: en ella se produce un desequilibrio entre los recursos y la demandas.
- Fase de estrés psicofísico, se inicia la presencia de determinada sintomatología e incluso cierta consolidación de los mismos.
- Fase de cambios conductuales, como consecuencia de este síndrome, el trabajador comienza a buscar un alejamiento profesional para sentirse tranquilo. Demanda realizar tareas rutinaria y mecanizadas, evitando llegar a las cercanías de las personal que están a su cargo.

Todo ello instaura una sintomatología de forma insidiosa y en el tiempo, algunas de ellas son las siguientes:

- Trastornos psíquicos.
- Trastornos físicos.
- Trastornos conductuales.
- Trastornos afectivos.
- Trastornos sociales y familiares.

Algunas veces el Burnout es irrecuperable o irreversible en aproximadamente un 5/10% de los casos.

5 Discusión-Conclusión

Todo ello nos lleva a concluir que el trabajo realizado por los celadores en instituciones sanitarias y hospitalaria, conlleva un gran estrés no solo debido la la gran carga mental si no a otros factores como pueden ser la saturación de los centros y personas a cargo de dicho trabajador.

Estas situaciones de incertidumbre y sobrecarga pueden llevar a sufrir el llamado Síndrome de Burnout, que, si no se trata, puede acarrear un cuadro clínico que imposibilite el trabajo.

Por todo esto, deberán tomarse las medidas adecuadas para la prevención, como pueden ser: Acciones a nivel individual e interpersonal, acciones a nivel organizativo laboral, técnicas cognitivas conductuales e incluso la psicoterapia.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 376

EL CELADOR EN FARMACIA

AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

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 los medicamentos y productos sanitarios dice 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 los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria con arreglo a las condiciones mínimas establecidas por la ley.

En base a lo que dice esta ley en este capítulo vamos a hablar de las funciones del celador en farmacia, para ello hablaremos de la farmacia hospitalaria de sus servicios.

Hablaremos de los usos y del uso racional de los medicamentos y de todos los productos sanitarios que se almacenan allí.

Definiremos técnicamente la farmacia hospitalaria y hablaremos de sus partes reconociendo con esto la importancia de este departamento y reconociendo la importancia que tiene la función del celador en esta sección ya que será el encargado del transporte en muchos casos de los medicamentos y el otras tendrá que encargarse de su vigilancia.

Explicaremos los objetivos que debe de cumplir el servicio de farmacia y las actividades que allí se realizan, también enumeraremos las áreas que forman el servicio de farmacia, para finalizar con las funciones que debe de realizar el celador.

2 Objetivos

Los objetivos serán conocer las funciones de la farmacia hospitalaria y cuales son las funciones del celador en esta sección.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación que consiste 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, Scielo, buscador Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Utilizando términos como: farmacia, celador, unidosis.

4 Resultados

En la mayoría de los hospitales existe un servicio de farmacia que normalmente depende de la dirección medica. En este hospital la farmacia será un servicio centralizado al que tienen acceso todas las unidades hospitalarias. La farmacia hospitalaria sera la encargada de seleccionar ,preparar y almacenar todos los medicamentos y productos sanitarios que sean necesarios para suministrar los tratamientos farmacológicos que soliciten los profesionales. Se intenta mejorar de manera continua la gestión de los medicamentos para que la atención a los pacientes se a la mas optima.

El servicio de farmacia debe de cumplir unos objetivos,esos objetivos son:

- Lograr que cada paciente recibe su tratamiento medicamentoso adecuado según sus necesidades.
- Controlar a través de la farmacovigilancia, que es el estudio de los efectos nocivos o beneficiosos de los medicamentos, para así conseguir evitar reacciones adversas que pueden producir algunos medicamentos debido a una dosis inadecuada,sobredosificación.
- Coordinar a todos los profesionales que trabajan aquí, tiene que haber una buena comunicación entre el farmacéutico y otros profesionales como por ejemplo, el dietista, personal de radiología,personal de laboratorios etc.
- Informar a los distintos profesionales sobre los avances y mejoras que se consigan para que la mejora también sea para ellos en la práctica.

- Realizar investigaciones para mejorar las terapias medicamentosas y evaluar los resultados y así subsanar los posibles errores.

También realizarán las siguientes actividades:

- supervisarán la dispensa de los estupefacientes y psicotrópicos.
- Serán los encargados de realizar y de dispensar las fórmulas magistrales, soluciones desinfectantes y antisépticas, nutriciones enterales, nutriciones parenterales, citostáticos, etc.
- Llevarán el control de los diferentes botiquines que halla en las unidades de hospitalización y servicios del hospital.
- Se encargaran del envasado y reenvasado de las dosis individuales de los medicamentos solidos y liquidos orales.
- En general se encarga de la adquisición, ordenación, conservación, control y reparto de los medicamentos y demás productos de uso farmacológico.

Además de todas estas funciones el servicio de farmacia está formado por varias áreas:

- Área de almacenamiento y conservación de medicamentos.
- Área de dispensación farmacológica.
- Área de farmacotecnia (donde se preparan las dosis especiales).
- Área de nutrición artificial (donde se preparan las nutriciones artificiales).
- Área de citostáticos (donde se preparan medicamentos que retardan las divisiones celulares, su manejo es peligroso).

Una vez que hemos hablado de la sección de farmacia de sus partes y de sus funciones vamos a detallar las funciones del celador dentro de ellas:

1. Recepción de material: decepcionara los paquetes que los diferentes proveedores envían a farmacia. Deberán de comprobar que los elementos que llegan coinciden con lo que refleja el albarán que llega con los paquetes.
2. Acondicionamiento del material: una vez que ha recibido el material y ha comprobado con el albarán que todo es correcto deberá clasificarlo, ordenarlo y colocarlo en el lugar destinado.
3. Transportar material dentro de la farmacia: el celador se encargará de mover todos los bultos o cajas de gran tamaño dentro de la farmacia cuando sea necesario.
4. Transportar carros con medicamentos y otros productos: transportará dichos carros en la sección pertinente entregando y recogiendo los documentos de comprobación de suministro y entrega de pedidos. A la vuelta deberá entregar estos documentos rellenos correctamente al servicio administrativo.
5. Preparación del alcohol: el alcohol que se usa en los hospitales está rebajado con una mezcla de agua destilado, de esta manera su uso es más terapéutico, se

suministra a 70 grados. Es el celador el que se encarga de realizar esta mezcla y de reponer las garrafas que esten vacías.

6. Controles e inventarios: realizará recuentos del material del que sea responsable y prestara atención al orden y a las fechas de caducidad , también colaborará en el inventario general que se hace anualmente.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de farmacia en los hospitales es fundamental ya que abastece a todo el hospital del material sanitario necesario. Para ello las unidades o servicios de farmacia hospitalaria gestionaran y controlarán los medicamentos para conseguir un uso óptimo de los medicamentos.

El celador en esta sección realizará funciones que ayudarán a que el servicio se desarrolle con normalidad ya que es el encargado, entre otras, de trasladar a las distintas unidades del hospital la medicación y demás material sanitario. Será el encargado de que los carros de la medicación lleguen a su destino de manera correcta con lo cual el manejo de estos será con sumo cuidado y también velará y custodiará toda la zona de farmacia ante cualquier imprevisto.

6 Bibliografía

1. <http://www.celadoresonline.blogspot.com/> Funciones del celador en la farmacia.
2. <http://www.cgtsanidadlpa.org/>
3. El servicio de farmacia. <http://www.boe.es/>
4. Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y otros productos sanitarios.

Capítulo 377

SÍNDROME DE BURNOUT O SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO

FERNANDO GONZÁLEZ SUÁREZ

1 Introducción

El síndrome de burnout o como se le conoce más coloquialmente como Síndrome del quemado, tiene sus raíces en el trabajo, debido al estrés y la tensión que se origina en él y puede llegar a afectar en el entorno familiar.

Este síndrome suele afectar a los trabajadores que han elegido su trabajo manera vocacional, aunque al final también puede afectar a trabajadores de toda índole, sin necesidad de que estén en contacto con el público. El profesor de la universidad abierta de Barcelona Manel Fernández aseveró que el origen parecía que estaba en las profesiones que desempeñaban su labor de cara al público, pero a día de hoy se sabe que está más relacionado con temas organizativos del trabajo, y el cómo dar respuesta a los problemas que surgen derivados del trabajo.

Entre el 2019 y el 2020 la organización mundial de la salud catalogó este síndrome como una enfermedad, que sería incluida dentro de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas de Salud. Este reconocimiento viene dado por la capacidad que este síndrome tiene para afectar a la calidad de vida del individuo, a su salud mental y pudiendo también poner en riesgo la vida del individuo afectado.

2 Objetivos

Conocer el síndrome de Burnout.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 síndrome que como se ha visto con anterioridad ha sido declarado por la OMS como una enfermedad tiene su origen en el trabajo, el estrés que genera este en el individuo. Al principio se creía que solo se relacionaba con personal que trabaja de forma vocacional con gente (sanitarios, profesores), pero más adelante se ha llegado a entender que está más relacionado con el sistema organizativo empleado en el trabajo, o cómo dar respuesta a los problemas que surjan en el, y así se abrió la posibilidad que esto pudiera afectar a cualquier trabajador de toda rama profesional.

Los síntomas que puede producir esta enfermedad son los siguientes:

- Físicos: dolor de cabeza, dolor de espalda, trastornos del sueño, cansancio, náuseas, tensión muscular, taquicardias.
- Psíquicos: poca realización personal, baja autoestima, irritabilidad, nerviosismo, agresividad, bajo rendimiento en el trabajo, dificultad para concentrarse, dificultades para comunicarse, se tiende a relacionarse poco socialmente.

Recuperarse de este síndrome es una tarea que requiere un largo plazo de tiempo, y el paciente requiere un buen apoyo tanto psicológico como familiar. Por donde habría que empezar sería con ayuda de un psicólogo, para poder ir a las raíces que originó el problema e identificarlo, y así podríamos empezar a marcar ciertas pautas para ir empezando a bajar el nivel de estrés que está soportando el paciente.

La recuperación de este agotamiento que está sufriendo debido al estrés laboral, empieza también en aprender a desconectar del trabajo, apoyándose en los amigos y en la familia, haciendo todo tipo de actividades que te ayuden a olvidar los problemas existentes en el entorno laboral, y tratando de no llevarte los problemas del trabajo a casa, para así poder evitar que esto llegue a influir en tu vida privada.

5 Discusión-Conclusión

Las consecuencias que llega a generar este síndrome en el individuo pueden ser enormes, llegando a afectar a tu vida privada.

Es necesario reconocer los síntomas y empezar a tratarlos a tiempo, para así evitar caer en algún tipo de adicción, como el alcohol o las drogas.

A los trabajadores que más afecta normalmente es a los trabajadores que se dedican al sector sanitario, y en situaciones como las que se están viviendo en la actualidad con la pandemia sanitaria que está afrontando el mundo, es cuando mas se esta viendo en este sector como les puede influir para la aparición en los trabajadores de dicho síndrome.

6 Bibliografía

1. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014
2. <https://ada.com/es/conditions/burnout/>
3. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psicologicas/sindrome-de-burnout.html>
4. <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoid=94726>

Capítulo 378

PANTALLAS PROTECTORAS Y MASCARILLAS COMO BARRERA COMUNICATIVA ENTRE USUARIOS Y PROFESIONALES DEL SERVICIO DE SALUD

MÓNICA MARÍA RODRÍGUEZ SIERRA

NOELIA PLIEGO GÓMEZ

ISABEL CIUDAD RODRIGUEZ

SARA ALONSO FERNANDEZ

1 Introducción

La rápida propagación del virus Covid-19 a nivel global desembocó en multitud de modificaciones en cuanto a los hábitos de vida que estaban instaurados desde hace siglos en nuestra sociedad, tanto en la vida cotidiana y familiar como en la profesional. Nos hemos tenido que proteger para no ser contagiados, ni contagiar en el caso de ser portadores del virus y para ello hemos tenido que introducir diferentes mecanismos y procedimientos antes inexistentes. Mantener distancia entre nosotros, lavar las manos, no saludarse con contacto físico, usar mascarillas y pantallas protectoras, entre otras muchas medidas, que, a pesar de ser absolutamente necesarias, nos impiden realizar nuestras tareas diarias de forma normal.

En cuanto a nuestra faceta profesional, como trabajadores del Servicio de Salud, la relación, tanto con nuestros compañeros, como la relación con los usuarios del mismo, se ha visto modificada. El tener que aplicar las nuevas medidas nos hace que la comunicación entre las personas se vea dificultada. La distancia social nos hace ser menos cercanos, lo que añade un toque de frialdad en las relaciones interpersonales. Las mascarillas y pantallas protectoras impiden una comunicación fluida en muchos casos, por la dificultad que supone entender de forma íntegra y correcta de todo lo que el emisor nos quiere transmitir.

2 Objetivos

- Analizar las dificultades que ha supuesto la introducción de medidas de protección personal como consecuencia de la pandemia para la comunicación entre usuarios y trabajadores del Servicio de Salud.
- Exponer posibles medidas para que la calidad de la atención no se vea perjudicada.

3 Metodología

Para la ejecución de este estudio se ha realizado una investigación exhaustiva, con revisión bibliográfica sobre la literatura existente, tomando los textos más actuales en internet, de libros, artículos, documentos técnicos, accediendo a Google, Google Académico y SciELO entre otros. Se ha identificado la información, planteado los objetivos a resolver, estableciendo las bases teóricas para así poder llegar a la conclusión. Palabras clave: comunicación, barreras de protección individual, lenguaje y comunicación. Criterio de exclusión: textos no actualizados ni revisados y anteriores a 2010.

4 Resultados

El objetivo fundamental del Sistema de Salud es la atención íntegra de los usuarios y familiares, ya sea de manera presencial o mediante vía telefónica para resolver todas las necesidades que se les planteen referentes a su salud. Esto implicará de forma implícita que exista una comunicación fluida entre las partes. En dicha comunicación intervienen seis componentes fundamentales que detallamos a continuación:

- Emisor: Usuario o familiar que acude o se pone en contacto mediante cualquier medio con los diferentes centros del Servicio de Salud.
- Receptor: El profesional que los recibe y atiende o el que coge la llamada telefónica o los mensajes recibidos por los diferentes canales de comunicación establecidos.
- Mensaje: información que quieren transmitir sobre algún tema relacionado con su salud o la de algún familiar.
- Código: signos y reglas que utilizamos para producir el mensaje.
- Canal: medio físico por el que se transmite el mensaje.
- Situación o contexto: todas las circunstancias que rodean el acto de comunicación en el momento que se lleva a cabo.

Debido a la rápida propagación del Covid-19 y para intentar frenarlo, se han tenido que adoptar diversas medidas. Entre ellas, en cuanto al desarrollo de nuestro trabajo, se ha implementado la utilización de nuevos EPI, así como el mantenimiento de la distancia de seguridad. Todo ello ha dificultado entre otros, los siguientes aspectos de la atención al usuario del Sistema de Salud:

- Se han creado ciertas barreras que impiden el desarrollo fluido de una comunicación entre los intervinientes en la misma. Las mascarillas y las pantallas protectoras evitan que fácil transmisión del mensaje, pues en muchos casos pueda que se haga inaudible y además se pierde la percepción de la vocalización y gesticulación del hablante.
- La distancia de seguridad también puede suponer una pérdida de información, al no llegar en mensaje de forma correcta, sobre todo en personas con avanzada edad o dificultad en la audición y habla.
- La cercanía en el trato disminuye, al no existir contacto físico y visual en ciertas ocasiones, puede desembocar en una atención poco cercana e impersonal y si es así, afectará a la relación entre el personal del servicio y el usuario lo que provocará que no se sienta cómodo con dicha atención.
- Estas barreras físicas impiden que las personas con dificultades auditivas o del habla se puedan comunicar correctamente, pues, en la mayoría de los casos utilizan la lectura de labios como herramienta en la comunicación.

Para evitar, en gran parte, que se vea perjudicada la calidad del servicio prestado debido a las dificultades comunicativas ocasionadas por las medidas anteriormente mencionadas, la adaptación de los intervinientes en dicho acto es fundamental para su correcta ejecución.

Muchos de los interlocutores optan por alzar la voz de tal forma que el receptor entienda el mensaje a transmitir, pero no de la forma más idónea, pues puede ocasionar ciertas alteraciones en la garganta que afecten en nuestra salud. Lo

óptimo sería ubicarse en un espacio tranquilo con ausencia de ruidos, y así disminuir distorsión, hablar de forma tranquila y pausada y repetir el mensaje tantas veces como sea necesario. Sería pertinente una adecuación en los centros de trabajo, procurando que exista una buena acústica, de este modo como proporcionar un ambiente sin ruidos para evitar posibles distorsiones en la transmisión del mensaje.

Además, habrá que hacer uso del lenguaje por gestos y de signos, en el caso de que se conozca, muy útil para la correcta transmisión de la información.

Será realmente beneficioso el uso de mascarillas y pantallas protectoras transparentes, especialmente en el caso de que alguno de los intervinientes tenga algún tipo de deficiencia auditiva o del habla.

En cuanto al trato, se debe procurar que, a pesar de las dificultades sea lo más cercano posible, utilizando un lenguaje simple, directo y de fácil comprensión, así como resolver las preguntas de forma rápida y sencilla y repetir tantas veces como sea necesario, asegurándose de que el mensaje ha sido comprendido de forma íntegra y correcta.

Así mismo, el Sistema de Salud debería proporcionar a sus trabajadores cursos de formación específicos que les ayuden de forma efectiva al buen desarrollo de su trabajo.

En todo caso, para que haya una buena comunicación entre usuarios y trabajadores del Servicio de Salud, y con ello una atención de calidad, todos los intervinientes en el acto comunicativo deben poner de su parte.

5 Discusión-Conclusión

El acto comunicativo realizado entre los profesionales del Servicio de Salud y los usuarios del mismo se ha visto modificado de forma drástica por la llegada de la pandemia. Ha supuesto la introducción, tanto en la vida profesional como en la personal, de ciertas medidas de protección para evitar la propagación del virus. La distancia de seguridad y el uso de EPI de protección como las mascarillas y las pantallas protectoras se han convertido en un impedimento para las relaciones interpersonales.

Todo ello impide una correcta comunicación entre las personas, el mensaje puede llegar de forma incorrecta o no llegar.

Para evitar que esto suceda, y ya que estas medidas se van a mantener durante un largo periodo de tiempo, se debe hacer un gran esfuerzo por parte de los intervinientes en la comunicación. Situar en espacios tranquilos, hablar de forma

sosegada, con el apoyo en los gestos y signos, el empleo de mascarillas transparentes, utilización de lenguaje sencillo y repitiendo el mensaje tantas veces sea necesario, así como recibir una formación pertinente y adecuada, entre otras medidas, evitarán que el servicio vea su calidad mermada, y que así, estas nuevas dificultades, no repercutan de forma negativa en el cuidado de nuestra salud.

6 Bibliografía

1. <https://feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7569.pdf>
2. <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448175743.pdf>
3. http://www.juntadeandalucia.es/averroes/centros-tic/14700390/helvia/sitio/upload/tema_1_el_lenguaje_y_la_comunicacion.pdf

Capítulo 379

EL ESTRÉS LABORAL CRÓNICO. PROCESO DE GENERACIÓN DEL BURNOUT EN EL MEDIO SANITARIO.

MARÍA REBECA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Existe una cierta concienciación, cada vez más en el ámbito laboral, del establecimiento y cumplimiento de planes preventivos para riesgos más evidentes y físicos, como caídas, cortes, accidentes in itinere, etc. Pero sí que existe una cierta reticencia y poca sensibilidad hacia los riesgos psicosociales, donde los efectos para la salud pueden ser igualmente de dañinos y perjudiciales, y, sin embargo, no se tienen tan en cuenta, quizás debido a que se le atañen este tipo de riesgos a la propia vulnerabilidad de los trabajadores, su propia personalidad y a sus debilidades y no a la carga psicológica que supone la realización, ejecución o el desempeño de una determinada actividad en un puesto de trabajo.

Estos riesgos psicosociales y la interacción del individuo con los mismos puede producir en el trabajador lo que se conoce como síndrome de burnout, o lo que es lo mismo, el síndrome de estar quemado en el trabajo, lo que se traduce en un sentimiento por parte del trabajador de los centros sanitarios de estar a disgusto en su trabajo, de sentirse agobiado, estresado, frustrado y poco motivado, pero para determinar que una persona está sufriendo el síndrome de burnout es necesario una condición fundamental: estos sentimientos no solo se dan en días o en hechos puntuales, sino que se tienen que prolongar durante el tiempo, con cierta intensidad e incluso llegar a ser crónicos, resaltando que esta situación es debida a la forma en la que el profesional tanto sanitario como no sanitario se expone a las condiciones de trabajo y no a sus circunstancias personales.

2 Objetivos

- Estudiar qué causas, orígenes o detonantes pueden ser los que dan pie al burnout en los trabajadores del ámbito sanitario.
- Definir las consecuencias que pueden sufrir los trabajadores del ámbito sanitario en su salud al estar sometidos al burnout y cómo pueden afectar a su bienestar.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo un estudio bibliográfico de diferentes artículos publicados en Google y Google Académico. En la principal estrategia de búsqueda se han utilizado palabras o frases clave como “consecuencias de burnout” y “riesgo derivado del estrés”.

4 Resultados

Existen múltiples causas que pueden dar lugar al burnout derivadas del entorno laboral y las condiciones de trabajo, por lo que se establece una clasificación en función de:

- Riesgos derivados de las características de la propia organización: se producen por una estructura muy jerarquizada además de rígida, en la que existe un exceso de burocracia, poca comunicación y diálogo entre los grupos de personas que forman parte de la jerarquía, así como ciertas dificultades en la coordinación de los mismos. La falta de motivación, de recompensa para sentirse valorado y de desarrollo profesional hace que los trabajadores sean poco participativos, también debido a que el estilo de dirección no es el adecuado. En estos casos también predominan grandes desigualdades y diferencias en las gestiones de los recursos humanos.
- Riesgos derivados de la forma en la que está diseñada el puesto de trabajo: se producen por estar sujeto a una gran carga de trabajo, en el que el nivel de exigencia es cada vez mayor. Esta sobrecarga de trabajo provoca que no exista tampoco suficiente tiempo para la atención de los pacientes o los usuarios del centro. La falta de definición de los roles también puede provocar situaciones de estrés a la vez que el sentimiento de tener escaso o de alguna forma nulo apoyo social entre los compañeros o con los superiores. Estos riesgos también pueden aparecer por la frustración generada al sentir que hay tareas en el puesto de trabajo que están inacabadas y que parece que nunca tengan fin. Todo ello genera una importante

insatisfacción laboral al tener también poca autonomía en la toma de decisiones en el trabajo.

- Riesgos derivados de las relaciones interpersonales y sociales: se producen por la interacción del trabajador con los usuarios, ya que a veces son problemáticos y difíciles, dando lugar a tensiones o conflictos dentro de la organización. En otras ocasiones las relaciones más complicadas se dan con los compañeros ante una falta de comunicación o derivadas de relaciones tensas, en la que existen distintos puntos de vista a la hora de tomar una decisión o de realizar una determinada tarea. Otras veces, las diferencias se producen cuando hay un conflicto de intereses, debido a la competitividad entre ellos o a la falta de colaboración o entendimiento al tener que hacer una tarea complementaria.

Las condiciones de trabajo son las que esencialmente motivan el estrés crónico y las causantes de mismo, aunque sí que es verdad que hay unas ciertas condiciones del individuo, que van a influir también en el proceso de generación de burnout:

- Riesgos derivados de las características personales de los trabajadores: se producen en trabajadores que tienen una gran idealización del trabajo, generalmente con una baja autoestima, pero con un importante deseo de hacer las cosas perfectas al nivel de que muchas veces se implican en alto grado emocionalmente. Otra de las características del perfil de estos trabajadores suele ser las pocas habilidades sociales, que les dificultan la comunicación con los compañeros y usuarios, en las que muchos casos para no enfrentarse a ellas se producen incluso el aislamiento del propio individuo.

El síndrome de estar quemado en el trabajo va a dar lugar una serie de consecuencias, que se pueden clasificar en:

Consecuencias para el individuo.

- A nivel emocional se produce un distanciamiento social, una sensación de soledad y sentimientos de impotencia y tristeza.
- En el ámbito de actitud personal se va a producir una serie de actitudes negativas, desmotivación, apatía, hostilidad, desgana, pereza y cinismo.
- En cuanto a la conducta se darán comportamientos agresivos, con tendencia al aislamiento, irritabilidad, mal humor, enfados frecuentes, elevación del tono de voz llegando a gritar y cambios bruscos del humor.
- A nivel somático se va a producir problemas cardiovasculares, inmunológicos, respiratorios, digestivos, musculares, sexuales y alteraciones del sistema nervioso.

Las consecuencias que va a tener para la organización van a ser importantes:

Se produce una baja satisfacción que da lugar a un elevado absentismo laboral incluso con tendencia al abandono del puesto de trabajo. Se produce también pér-

dida de interés por lo que se está haciendo, que se traduce en un empeoramiento del servicio que se ofrece. El burnout da lugar también a importantes conflictos entre los trabajadores, disminuyendo también su calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout puede y debe ser manejado y controlado dentro de la organización, pero para ello es necesario que todos los trabajadores que trabajan en el ámbito sanitario sean informados y prevenidos, enseñándoles a identificar qué es lo que está pasando en los primeros indicios de la aparición del estrés y facilitándoles herramientas que les permitan tolerar o eliminar todas aquellas sensaciones u emociones que desestabilizan su bienestar.

Los centros de trabajo deben actuar e implicarse de forma global ante el burnout, facilitando cursos con técnicas de relajación y control de las emociones, en los que se forme para trabajar la resiliencia y asertividad, mejorando la autoestima y ajustando la expectativa a la realidad. Es importante también que se inculque a los trabajadores hábitos y estilos de vida saludables, fomentando el ejercicio físico, con una alimentación sana e informando también sobre la necesidad del cuidado de la salud mental. A nivel social los centros deben también intentar mejorar las relaciones sociales entre los trabajadores, facilitando descansos y pausas en los que las personas puedan interactuar entre sí, mejorando el clima laboral y protegiendo siempre la salud.

6 Bibliografía

1. Google. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Síndrome de estar quemado en https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_704.pdf/9a205bee-9bd7-4221-a1ae-39b737974768
2. Google Académico. Síndrome de quemarse por el trabajo https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Gil-Monte/publication/263161122_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_burnout_en_profesionales_de_enfermeria/links/02e7e53a086b04572e000000/El-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-sindrome-de-burnout-en-profesionales-de-enfermeria.pdf
3. Google Académico. Scielo. Burnout <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n94/v25n2a09.pdf?iframe=true&width=90%&height=90%>

Capítulo 380

LOS DATOS PERSONALES EN EL AMBITO SANITARIO Y LA RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL NO SANITARIO EN SU MANEJO Y CUSTODIA

ISABEL CIUDAD RODRIGUEZ

MÓNICA MARÍA RODRÍGUEZ SIERRA

NOELIA PLIEGO GÓMEZ

SARA ALONSO FERNANDEZ

1 Introducción

La Constitución Española de 1978 establece como derecho fundamental de todos los ciudadanos la protección de datos de carácter personal y lo regula en su artículo 18.

La Ley Orgánica de Protección de Datos de 5 de diciembre de 2018 y el Reglamento General de Protección de Datos, de aplicación desde el 25 de mayo de 2018 establecen una amplia regulación de los datos de carácter personal y de su tratamiento por terceras personas, estableciendo los supuestos en los que será necesario el consentimiento del titular para el tratamiento de los mismos.

Cuando el paciente acude a recibir asistencia sanitaria a un hospital o centro de salud, bien sea para una consulta, tratamiento o intervención, aporta unos

datos que no son solo personales, sino que se trata de datos relativos a su salud, forman parte de su ámbito más íntimo y privado, estos datos se facilitan además en un entorno en el que el manejo de los mismos implica la actuación de muchas personas, no solo interviene el personal sanitario como son los facultativos, sino también el personal no sanitario, desde el auxiliar administrativo que le toma los datos hasta el celador que traslada al paciente acompañado de su historia clínica.

2 Objetivos

- Describir nivel de protección de todos los datos personales.
- Exponer procedimientos para acceder a los datos personales de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los datos relativos a la salud de una persona son datos especialmente protegidos, por lo que todos los centros sanitarios tienen la obligación de informar al paciente sobre el tratamiento que va a dar a estos datos, es el deber de información al paciente que contempla la Ley de Protección de Datos.

Debe informar al paciente quien es el responsable del tratamiento de sus datos, cual es la finalidad del tratamiento de esos datos e indicarle que tiene derecho de acceso, rectificación, y supresión de los mismos.

Los datos recabados deben ser veraces, y en el caso de los procesos asistenciales, todos los pacientes tienen derecho a que quede constancia de la información recabada, bien por escrito o bien en el soporte técnico más adecuado. Y ese soporte es la historia clínica, documento público que recoge tanto los datos personales como los datos relativos a los procesos asistenciales a los que el paciente se somete, contiene datos relativos a su salud física, mental, tratamientos, accidentes, consultas médicas o intervenciones, en conclusión, datos especialmente

protegidos, por lo que debe restringirse su acceso y limitarse su consulta a motivos profesionales.

Todo el personal sanitario y no sanitario que tenga acceso a estos datos está sometido en el recabo y tratamiento de los mismos al deber de confidencialidad, no pudiendo compartir estos datos con personas ajenas a los procesos asistenciales, salvo que exista una causa lícita, y deberán adoptar las medidas necesarias para conseguir cumplir con este deber de confidencialidad.

El uso de estos datos relativos a la salud requerirá siempre que el paciente preste su consentimiento, y que lo haga de forma escrita, ningún organismo, entidad o profesional sanitario o no sanitario podrá hacer uso de los datos relativos a la salud de una persona si ésta no presta su consentimiento de forma expresa.

5 Discusión-Conclusión

Los datos relativos a la salud son datos especialmente protegidos, protección que constituye un derecho fundamental del que son titulares todos los ciudadanos.

Corresponde a los centros sanitarios el deber de informar al paciente sobre cuál es la finalidad que se va a dar a los datos recabados, serán asimismo responsables del deber de confidencialidad de los mismos, no pudiendo compartir con terceros ajenos a los procesos asistenciales los datos relativos a la salud de un paciente, datos que serán recogidos en la historia clínica.

Todo el personal, tanto sanitario como no sanitario, deberá actuar con cautela en el manejo de la historia clínica, procurando adoptar las medidas necesarias para que los terceros ajenos al proceso no tengan acceso a la misma e impedir que los datos obrantes en ella se hagan públicos, puesto que sólo con el consentimiento expreso y por escrito de su titular podrá hacerse uso de estos datos.

6 Bibliografía

1. Constitución Española de 1978.
2. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
3. Guía para pacientes y usuarios de la sanidad. Agencia Española de Protección de Datos.
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Servicios al ciudadano. Protección de Datos Personales-Protección en el ámbito sanitario.

Capítulo 381

COMO PREVENIR LAS LESIONES DE ESPALDA

FIDEL FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

El celador, por las características de su puesto de trabajo puede padecer molestias músculo esqueléticas. Estas son patologías que sufren nuestros músculos, nervios, ligamentos, huesos o sistema circulatorio.

Se localizan mayoritariamente en espalda, cuello, hombros, codos y muñecas. Se producen por el efecto acumulativo de repetición de movimientos con carga a lo largo del tiempo.

Los resultados más frecuentes son hernias discales, contracturas musculares, lumbalgias, tendinitis, etc. Según las estadísticas los dolores de espalda son la causa más frecuente de absentismo laboral. Casi todos nosotros sufriremos dolor de espalda al menos una vez en la vida y es la causa de una de cada tres bajas laborales en España.

Entre los factores de riesgo, los factores mecánicos influyen más en el riesgo de aparición del dolor, y los psicosociales y médicos en el de incapacidad física y absentismo laboral.

Los factores mecánicos que provocan el dolor de espalda y una lesión en dicha zona son:

- El trabajo. Se producirá lesión cuando los esfuerzos físicos sean prolongados y el ritmo de la actividad sea mayor del que el celador pueda soportar.
- La carga. Es perjudicial para la espalda cuando es demasiado pesada, grande, voluminosa o difícil de sujetar, cuando está en equilibrio inestable o cuando debe sujetarse alejada del tronco.

- Repetición. Los movimientos repetitivos que impliquen torcer o rotar la columna vertebral sin una correcta técnica postural, pueden producir daños en nuestra espalda.
- Inactividad. Un trabajo inactivo (trabajo de oficina, por ejemplo) al que se le puede sumar una postura incorrecta y un número excesivo de horas puede derivar en una lesión importante.

2 Objetivos

Exponer recomendaciones para prevenir la lesiones de espalda

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha consultado libros y artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

También se ha buscado información en manuales de prevención de riesgos laborales, así como en guías prácticas de higiene postural.

4 Resultados

Las funciones de celador aparecen recogidas en el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de Trabajo del 5 de Julio de 1971.

Como se ha explicado, en la labor del celador tenemos varios factores de riesgo: trabajo, manejo de cargas, inactividad y repetición que provocan las molestias de espalda

Otro de los riesgos que no se tiene en cuenta por el trabajador es el ergonómico. Tanto en el que se refiere a la distribución de espacios como a la ejecución de los movimientos (higiene postural) en el trabajo

Las medidas de habitaciones, baños, pasillos, rampas de acceso, ascensores mal dimensionados provocan movimientos erróneos, malas posturas o sobreesfuerzos. Esto lo resuelve la ergonomía tanto en los espacios como en el material de trabajo o en el mobiliario que utilizamos.

En estos casos la prevención es sistema más eficaz para evitar y mejorar las lesiones de espalda. Para ello es necesaria una adecuada formación del personal, la ergonomía de las instalaciones y de las herramientas de trabajo.

El trabajador debe tener en cuenta una serie de recomendaciones:

- Actividad física y ejercicio continuado destinados a fortalecer nuestra musculatura general.
- Actitud mental positiva ante los problemas, una buena salud mental ayudará a resolver los problemas.
- Seguir las normas de higiene postural y de ergonomía en el trabajo.
- Hábitos de vida saludables, una dieta sana y equilibrada, evitando factores de riesgo (tabaquismo, alcoholismo, sobrepeso) ayudan a nuestro organismo a soportar los efectos adversos del trabajo.

Higiene postural y Ergonomía en el trabajo:

Es necesario que la ropa de trabajo sea holgada. El calzado debe ser cómodo, con suela antideslizante que sujete bien el pie.

Evitar la manipulación manual siempre que sea posible. Para ello será necesario disponer de medios de ayuda mecánicos o electrónicos adecuados. Apoyarse en los compañeros cuando el paciente o el objeto nos sobrepasen y no se disponga de ayuda mecánica.

Corrección postural. Evitar flexionar el tronco, es aconsejable flexionar las piernas y mantener la espalda recta. Una espalda recta hace que la espina dorsal, músculos y los órganos abdominales estén alineados correctamente, el cuello y la cabeza también deben de seguir la alineación de la espalda.

Para proteger los ligamentos y articulaciones los músculos abdominales y glúteos se deben contraer. Colocar la carga lo más cerca posible del cuerpo. Asegurar el agarre de la carga.

Mantener los pies separados.(uno más adelantado que el otro) para aumentar la base de sustentación y mejorar el equilibrio. Evitar sujetar el objeto por debajo de las rodillas y por encima de los hombros (lo ideal será por debajo de la altura de los codos).

Actitud mental positiva. Asumir que el dolor puede mejorar con el tiempo y que en los casos en los que esto no ocurra es necesario adaptarse a él.

5 Discusión-Conclusión

El celador o todo personal sanitario debe de ser consciente de todos los riesgos que su trabajo conlleva, los factores que los propician y las técnicas para evitar esa exposición al riesgo lo menos posible. De esta manera se reducirían los accidentes, incidencias y bajas laborales, mejorando las condiciones de vida del trabajador y por ende la productividad en el puesto de trabajo.

Una correcta formación del celador previamente, durante y posteriormente a su incorporación en temas de ergonomía, corrección postural o manejo de herramientas y maquinarias evitarán las lesiones de espalda y una mejor atención al paciente, más humana y más profesional, que es el objetivo.

6 Bibliografía

- 1 <https://medlineplus.gov/spanish/backpain.html>
- 2 <https://www.niams.nih.gov/es/informacion-de-salud/dolor-de-espalda>
- 3 Dolor de espalda en el trabajo: cómo prevenir el dolor y las lesiones. Escrito por el personal profesional de Mayo Clinic.
4. <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema10.html>
5. <http://revistaenfermeriacyl.com>

>

Capítulo 382

VIOLENCIA Y AGRESIVIDAD EN EL AMBITO SANITARIO, HACIA EL PERSONAL SANITARIO, DESDE LA VISION DEL TRABAJADOR SOCIAL

EVA MARIA GARCÍA MINAS

1 Introducción

En 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la violencia, como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

En ocasiones se comete el error, de utilizar el término violencia y agresividad, como si su significado fuera el mismo, pero no es así.

La agresividad es una conducta innata, que surge ante unos estímulos específicos y cesa de igual manera. Por otro lado, la violencia, también tiene un carácter agresivo, la violencia tiene una conducta dañina e intencional, esta violencia provoca un daño.

Podemos decir que la violencia, es un problema de salud pública. En el ámbito sanitario, existe un gran riesgo de violencia laboral. Las consecuencias producidas tras sufrir una agresión, pueden ser de diferentes tipos: emocionales, físicas, psíquicas, etc. Otras consecuencias a tener en cuenta, son: sentimiento de frustración, ira, depresión, estrés postraumático, etc. Llegando incluso a abandonar el lugar de trabajo.

Las agresiones más frecuentes, son llevadas a cabo, de forma verbal, siendo quienes las llevan a cabo, los propios pacientes o usuarios e incluso por sus acompañantes.

Dentro del ámbito sanitario, donde las agresiones se producen en mayor número, es en las salas de emergencias y las de psiquiatría.

2 Objetivos

- Exponer tipos de violencia y perfil del agresor, hacia el personal sanitario.
- Describir mecanismos de prevención de la violencia y agresividad, en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación, la cual ha consistido en la revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros, artículos de prensa y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Google Academy, RAE, Pubmed, Scielo y Medline. Seleccionando aquellos artículos, relacionados con el tema a tratar.

4 Resultados

A lo largo de los años, la violencia sanitaria, ha ido creciendo. Podemos encontrar diferentes tipos de violencia en el trabajo:

- Violencia llevada a cabo por personas externas a la organización.
- Violencia contra los trabajadores, perpetrada por personas externas, en este caso sería llevada a cabo por los propios pacientes o usuarios.
- Violencia horizontal, es la violencia que se da entre los propios trabajadores.

En el trabajo, una acción violenta, se puede manifestar de diferentes formas, según la persona, culturas, etc. Principalmente, podemos encontrarnos con: la violencia física (golpes, empujones, bofetadas) acoso, violencia verbal (se incluyen: insultos, gritos, mentiras, amenazas, intimidaciones y provocaciones) invasión del espacio personal, intimidación, etc. Todo ello puede provocar daños físicos y psicológicos.

El personal sanitario, que está expuesto en mayor medida, a incidentes violentos son en las salas urgencias hospitalarias, salas psiquiátricas y las ambulancias.

Las principales “razones” para esta violencia, se deben principalmente a la información, al trato y al servicio recibido y al tiempo de espera.

Los usuarios violentos suelen responder a alguno de los perfiles, que vamos a explicar a continuación:

1. Usuarios con actitudes delictivas, con alteraciones psiquiátricas o de comportamiento.
2. Usuarios, poco receptivos, cuyo objetivo es un beneficio personal (baja laboral, recetas, etc.).
3. Usuarios, que consideran que el Sistema Sanitario Público, puede ofrecerles una atención superior o diferentes, a las que realmente, se les puede brindar.

En el ámbito sanitario, la mayor parte de las agresiones son verbales, seguidas de la agresión física, siendo esta última, la más denunciada. Aunque no se podría hablar de cifras reales, ya que muchos actos violentos, no salen a la luz, ya que no existen canales específicos, para comunicar estos incidentes.

La violencia en el ámbito de trabajo, da lugar a que la víctima se sienta humillada, desmotivada, impotente, con pérdida de confianza, irritada y con baja autoestima. Además de estas consecuencias, también está el descenso en la implicación y el rendimiento laboral, empatía en relación asistencial, la no disponibilidad a la hora de atender a pacientes de carácter conflictivos, duración de la atención y motivación para el trabajo, se encuentra directamente afectado.

Todas estas consecuencias provocan el aumento de diferentes síntomas, como pueden ser: fisiológicos (cefaleas, fatiga, insomnio, etc.), emocionales (ansiedad, vergüenza, estrés, miedo, inseguridad, etc.) cognitivos (confusión, dificultad de atención, etc.) conductuales (bajas laborales, peticiones de traslado, cambio de turno, etc.) y psicosociales (trato despersonalizado, retraimiento, etc.).

Cuando se detecta a un usuario conflictivo, se debe mantener la calma, manteniendo un tono neutro y profesional (es decir, correcto, compresivo, pero firme) y no responder a las provocaciones, para ello es importante reorientar la conversación y mantener distancia personal. Solo se debe aceptar las demandas del usuario, si está justificado y si es necesario, avisaremos a otros compañeros o se interrumpirá la conversación, dándola por finalizada, hasta que no sea correcta la situación.

Para prevenir esta violencia, hacia el personal, del ámbito sanitario, tendremos en cuenta diferentes puntos esenciales, en lo que respecta al profesional, es importante la formación ante situaciones de este tipo, información, sensibilización y capacitación. Respecto al centro sanitario, es importante disminuir el tiempo de espera para la atención, introducir dispositivos de seguridad en las salas de atención, rediseño organizacional, creación de observatorios de violencia ocu-

pacional, detección precoz, protocolos antiviolencia. Otra forma de prevención, directamente relacionado con la sociedad, es la promoción de valores de civismo.

5 Discusión-Conclusión

La violencia en el lugar de trabajo, ya sea de forma verbal como físico es un desafío no solo de España, en el que la violencia ha pasado de ser algo anecdótico, a un problema grave y que se ha convertido en algo preocupante, a lo que se enfrente cualquier profesional, del ámbito sanitario, de todo el mundo.

Las víctimas que han experimentado algún tipo de violencia o agresión, tienen consecuencias significativas, se encuentran en un estado de vigilancia continua, por si el agresor vuelve.

A la hora de realizar su trabajo, la víctima, se encuentra menos motivado, por lo que su rendimiento laboral se ve afectado, además de este efecto sobre la persona, también existe un efecto sobre el propio centro de trabajo, ya que todas aquellas consecuencias, que hemos ido nombrando anteriormente, provoca un incremento en el absentismo laboral (bajas laborales, peticiones de traslado, etc.) deterioro en lo que respecta a la calidad asistencial, la relación entre el profesional y los usuarios, también se ve afectada.

En conclusión, es importante el uso de un sistema de notificaciones de cualquier tipo de violencia, ya que la mayoría del personal no denuncia estas agresiones, especialmente las verbales, ni a sus supervisores ni de forma legal. En muchas ocasiones, los profesionales llegan a considerar estas agresiones como algo normal, de ahí la importancia de una política o procedimiento oficial, para presentar un informe, sobre la agresión sufrida. Este registro será de gran importancia, tanto de forma cualitativa, como cuantitativa, para diseñar estrategias de prevención.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia, José Sanmartín Esplugues [Internet] [Citado 2007] Disponible en: <https://revistas.um.es/daimon/article/view/95881/92151>.
2. Violencia laboral en los profesionales de la salud [Internet] [Citado en 2014] Disponible en: <http://190.226.53.212/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH1fea.dir/TFI%20Horikian%20Andrea%20Veronica.pdf>.
3. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios, Leonor M. Cantera, Genís Cervantes y Josep M. Blanch [Internet] [Citado en 2008] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77829107.pdf>.

4. Las agresiones en los centros sanitarios, Carmen García Roncero [Internet] [Citado en 2011] Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/58>.
5. Violencia en el medio sanitario [Internet] [Citado en abril 2012] Disponible en: http://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/V1N2/V1N2_89_105.pdf
6. www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0377473211000022.
7. www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0377473215000413.
8. Consecuencias de las agresiones al profesional sanitario, María del Carmen Coca Pérez [Internet] [Citado 30 de octubre de 2010] Disponible en: <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/150237>.
9. Plan de prevención de las agresiones a los profesionales de la sanidad de la región de Murcia. <https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/3545/Plan.de.prevencion.d.137697.0.pdf?sequence=1>.

Capítulo 383

EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL, DURANTE EL COVID-19, EN EL ÁMBITO SANITARIO. LOS RASTREADORES EN ASTURIAS

EVA MARIA GARCÍA MINAS

1 Introducción

El Trabajo Social en el ámbito sanitario, es aquella especialidad de la profesión, que se desarrolla y se ejerce, en los diferentes ámbitos, de nuestro sistema sanitario: atención sociosanitaria, atención primaria y/o atención especializada. La OMS definió la salud, como algo que se extiende a lo largo de toda la vida de la persona, la familia y la comunidad, con la que se relaciona.

El Trabajo Social Sanitario se caracteriza por ejercer una asistencia directa basándose en el contacto personal, en la comprensión y el soporte social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) proclamó la pandemia por el Covid-19, el 11 de marzo de 2020, pocos días más tarde el gobierno español declaró el estado de alarma, dando lugar a un año de cambios. Durante la emergencia sanitaria, provocada por la pandemia del Covid-19, surgió un impacto no solo sanitario, sino también social, siendo el papel del trabajador social esencial.

Para combatir esta pandemia, tenemos varios puntos indispensables: prevenir, curar y evitar su difusión. Para el control del Covid-19 y evitar su propagación, apareció la figura del rastreador.

Cada comunidad autónoma diseñó su forma de actuación, ante la pandemia.

En Asturias, esta emergencia sanitaria, hizo que se pusiera en valor el perfil de los trabajadores y trabajadoras sociales, considerándolo el más adecuado, por su

capacidad de adaptación ante situaciones complicadas, como la que se ha vivido por la pandemia. Este nuevo perfil profesional del trabajador/a social dentro el equipo de vigilancia epidemiológica, dio lugar a un equipo multidisciplinar, formado por: médicos, psicólogos, militares y principalmente por trabajadores/as sociales, quienes han llevado el mayor peso del rastreo.

2 Objetivos

- Exponer la función, esencial, del Trabajador Social, en el ámbito sanitario.
- Exponer las actuaciones del Trabajador Social, durante la pandemia, como rastreador.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación, la cual ha consistido en la revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros, artículos de prensa y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Google Academy, Pubmed, Scielo y Medline. Seleccionando aquellos artículos, relacionados con el tema a tratar.

4 Resultados

Cuando hablamos de un trabajador o trabajadora social sanitaria, tenemos en cuenta, que sus funciones son:

- Incorporar y favorecer la inclusión de la perspectiva social.
- Identificar aquellos factores y/o situaciones de riesgo social relacionados con la salud y que pueda dificultar la recuperación en individuos, familias y comunidad.
- Teniendo en cuenta los recursos disponibles, tanto al individuo enfermo, familia y comunidad, se realiza orientación, estudio de las necesidades psicosociales y apoyo de las mismas y asesoramiento individualizado.
- Realizar el estudio y elaborar un plan de intervención social personalizado.
- Como parte del equipo multidisciplinar en el ámbito sanitario, el trabajador/a social, será parte, en la elaboración, desarrollo, implantación y evaluación de los procesos asistenciales y programas de salud, desde el punto de vista social.
- Promover una utilización adecuada de los recursos del Sistema de Salud.
- Promover la participación de todos los profesionales.
- Ser el nexo entre el Sistema de Servicios Sociales y otros sistemas.

- Promoción y prevención de la salud, participando en proyectos de investigación, dirigidos a individuos, familias y comunidad, así como a colectivos específicos por causa de enfermedad o exclusión social.
- Registro de los datos recabados y realización del informe social, cuando sea preciso.

Durante la crisis sanitaria, en Asturias, surgió un nuevo perfil del Trabajador/a Social, el del rastreador, en la que hemos basado este estudio.

Cuando hablamos de rastrear, la definimos como: seguir el rastro de algo o de alguien, o buscarlos por medio de él (Definición de la RAE).

Según el Ministerio de Sanidad, la función de los rastreadores, durante una situación, como la pandemia de la Covid-19, es la de localizar a los contactos estrechos, de un caso positivo, lo antes posible, para que guarden cuarentena y evitar la propagación del virus.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus recomendaciones, ha sido la base del protocolo de rastreo, una herramienta esencial, para controlar brotes. Cuando esta herramienta se aplica de forma sistemática, se rompe la cadena de transmisión de cualquier enfermedad infecciosa.

La función del Trabajador Social Rastreador, comienza, cuando el servicio sanitario, tanto público como privado, así como clínicas privadas, realizan una prueba diagnóstico del Covid-19 (PCR, prueba serológica, test de antígenos, etc.). Si estas pruebas, arrojan un resultado positivo, se considera caso confirmado. En los casos de los servicios sanitarios privados o clínicas privadas, se comunica, este resultado, al servicio de Salud Pública. A partir de ese momento, entra en juego el papel del Rastreador, es importante que en este primer contacto el Trabajador Social Rastreador, se identifique (nombre, desde donde llama), asegurarse de hablar con la persona correcta y explicar la razón de la llamada, a partir de este momento se realiza el rastreo del caso positivo y todos sus contactos estrechos y determinar que contactos son de riesgo. Para ello el rastreador, desandarà los pasos del caso positivo, teniendo en cuenta el protocolo.

El papel del Trabajador/a Social Rastreador, ha sido esencial, durante esta emergencia social, ya que es difícil recibir una llamada para comunicarte que eres un caso positivo o un contacto estrecho de riesgo, por un amigo o familiar, positivo en Covid-19.

Para esta comunicación era muy importante, utilizar un tono de voz claro, calmado, empático y cálido, siempre teniendo en cuenta, que el receptor de la lla-

mada perciba la importancia de la misma, adaptando el mensaje, siempre que sea necesario, para que la persona comprenda la noticia y que pueda preguntar cualquier duda que pueda tener, respondiendo de forma clara a estas dudas.

Además de los protocolos establecidos por la Consejería de Salud, del Principado de Asturias, los Trabajadores Sociales Rastreadores, han usado diferentes técnicas: entrevista, escucha activa, acompañamiento durante la cuarentena (a través de los seguimientos), han sido mediadores y han recabado información, a través de la cual, se contribuía a la detección de focos. Con aquellas personas, que se cerraban en banda, la mediación, fue una función esencial, para evitar avisar a las autoridades, cuya función, era la de asegurar la cuarentena a través de los cuerpos y fuerzas de seguridad.

Una vez recogida la información, los rastreadores, indican a los casos positivos, como deben aislarse e informarles como será su cuarentena y quien realizara sus seguimientos, así como poner a sus contactos estrechos en cuarentena, explicándoles la forma más adecuada y que síntomas son compatibles con el virus, tanto a los convivientes, como a los no convivientes.

Tras ser registrada toda la información y datos recabados, los rastreadores, solicitan las pruebas diagnósticas iniciales y finales, teniendo en cuenta el protocolo establecido y realizando un adecuado seguimiento, durante el periodo de cuarentena.

5 Discusión-Conclusión

La importancia del perfil del Trabajador/a Social, en el ámbito sanitario, ha estado siempre vinculado al ámbito sanitario, remontándose a finales del siglo XIX. Ya en estos inicios, el objetivo principal era dar soporte emocional y ayuda, debido a los cambios tanto personales, como familiares, como consecuencia de una enfermedad o muerte, ejerciendo un efecto positivo sobre ellos, es decir, surge como necesidad de una atención integral, además de los problemas de salud, los factores sociales (económicos, vivienda, etc.) que pueden afectar a la enfermedad. Es habitual, que el perfil del Trabajador/a social, sea parte de los equipos multidisciplinarios que actúan en el ámbito de la salud. Por ello existe una Historia Social, dentro de la Historia Clínica de los pacientes.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió la salud, como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de enfermedad, reafirmandose en esta definición, durante la Conferencia Inter-

nacional de Atención Primaria de Alma-Ata, en el año 1978.

El Trabajo Social Sanitario es una profesión de referencia, como se ha ido demostrando a lo largo de los años y como se ha podido demostrar durante la emergencia sanitaria, por la pandemia del Covid-19, dirigiendo su intervención en la recuperación, normalización y adaptación social, de forma individualizada, para un abordaje integral. De ahí, la importancia de que el perfil del Trabajador y Trabajadora Social Sanitario, sea reconocido, como sanitario.

6 Bibliografía

1. ¿Qué sabemos del Trabajo Social Sanitario? [Internet][Citado 13 de enero 2021] Disponible en : <https://www.tsdifusion.es/que-sabemos-del-trabajo-social-sanitario>.
2. Sanidad sigue sin reconocer a los trabajadores sociales sanitarios: "Nos dicen que no es posible" [Internet] [Citado 18 de octubre de 2021] Disponible en: https://www.consalud.es/profesionales/otros-profesionales/sanidad-reconocer-trabajadores-sociales-sanitarios-no_102718_102.html.
3. Los rastreadores del SARS-CoV-2 [Internet] [Citado diciembre de 2020] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8002076>.
4. El Trabajo Social frente a las nuevas realidades [Internet] [Citado 9 de febrero de 2021] Disponible en: <https://cienciasdelasalud.blogs.uoc.edu/el-trabajo-social-sanitario-frente-a-las-nuevas-realidades/>.
5. Trabajo Social y Salud [Internet] [Citado en: Consejo General del Trabajo Social] Disponible en: https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes_Estrategicos_ambito_intervencion_Salud.
6. El Principado cuenta con 316 rastreadores [Internet] [Citado 1 de diciembre de 2020, El Comercio] Disponible en: <https://www.elcomercio.es/asturias/principado-cuenta-rastreadores-20201201001949-ntvo.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.google.com>.

Capítulo 384

IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA Y LA COMUNICACIÓN EN SALUD

EVA MARIA GARCÍA MINAS

1 Introducción

La empatía es una habilidad social, aquella en la que se tiene la capacidad de identificar y compartir los sentimientos con alguien o con algo, es decir, ponerse bajo el punto de vista de la otra persona, hacerse a la idea, que lo que está viviendo y por lo que puede estar pasando. Es un aspecto esencial, que puede ser positivo para las otras personas.

Cuando hablamos de comunicación, nos referimos al intercambio de información entre un emisor y receptor, ya sea de forma verbal o no verbal. La comunicación se puede dar entre dos o más personas.

Tanto la comunicación y como la empatía es un pilar fundamental de la relación que debe establecer el profesional con los pacientes a los que atiende. Toda comunicación tiene unas características específicas, pero también tendremos en cuenta, que la comunicación, es observable, objetividad, así como un proceso, que puede ser enseñado y aprendido.

Existen dos tipos de comunicación, la comunicación verbal, de la que ya hemos hablado anteriormente y la comunicación no verbal.

La comunicación no verbal, al contrario que la comunicación verbal, es aquella comunicación en el que el mensaje se transmite, sin palabras, utilizando signos, postura y lenguaje corporal, expresión facial, gestos. La comunicación no verbal, ayuda a transmitir emociones y sentimientos, entre otras.

Debemos de tener en cuenta que la comunicación, no es solo un instrumento de transmisión de información sino también de salud.

2 Objetivos

Describir el proceso de la comunicación en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación, la cual ha consistido en la revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros, artículos de prensa y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Google Academy, RAE, Pubmed, Scielo y Medline. Seleccionando aquellos artículos, relacionados con el tema a tratar.

4 Resultados

La comunicación es el intercambio dialogado de mensajes, entre el emisor y el receptor, situados en un mismo plano. Tener empatía, durante esta comunicación, ayuda a tener una idea de cómo se está sintiendo la otra persona, comprender sus emociones y pensamientos, es decir, facilitar la confianza entre el profesional y el usuario.

La comunicación no puede ser únicamente un proceso en el que se da información.

Entre los profesionales sanitarios y no sanitarios, es importante prestar atención a la comunicación verbal y la no verbal, siendo también importante dar la información de forma clara, ya que la desinformación puede provocar miedo.

Los problemas de comunicación, entre profesionales del ámbito de la salud y los pacientes, pueden estar más acentuados, en casos más importantes y/o graves.

Para que esta comunicación, sea adecuada y así lo perciba el receptor, es importante: presentarse al paciente, ser cordial, asertivo, hablar lo necesario y tener una escucha activa, así el paciente se siente escuchada y respetada. Como ya hemos dicho, el mensaje debe ser claro, por lo que es importante adaptar el mensaje y huir de tecnicismos, utilizar el nombre del paciente, ayuda a que se perciba esa cercanía.

Es cierto, que en el ámbito sanitario, los profesionales tienen un tiempo disponible determinado, para la atención de cada paciente, pero en ocasiones concretas, se requiere invertir más tiempo, porque la situación requiere más explicaciones, escucha activa, etc. En estas ocasiones es de gran importancia, la empatía por parte de los pacientes, ya que se puede producir, cierto retraso, en

las posteriores consultas, es decir, una cooperación bidireccional, para una buena comunicación es un factor esencial, para la misma.

Una buena comunicación, siendo la empatía, una uno de sus pilares esenciales, podríamos definirla como comunicación terapéutica

Otro factor que tendremos en cuenta, al hablar de esta comunicación empática, es el desgaste por parte del profesional, dando lugar a lo que se conoce como el Síndrome Burnout. Este síndrome aparece tras el agotamiento emocional, despersonalización y disminución del desempeño profesional. En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo declaró como un factor de riesgo laboral.

5 Discusión-Conclusión

Una buena comunicación promueve comportamientos positivos, los usuarios lo que valoran de un profesional es la comprensión, el respeto, así como que le aporte confianza y seguridad, por esto, la empatía y una buena comunicación es de gran importancia, ya que el elemento humanizante en las profesiones asistenciales, del ámbito sanitario, tienen un gran valor, se puede entender como una herramienta terapéutica.

Debemos de tener en cuenta, que puede darse un desgaste por empatía pudiendo manifestarse en cualquier profesional de la salud, psicología o ámbito social, como los Trabajadores Sociales, ya que se encuentran expuestos al dolor por su profesión.

Para prevenir este desgaste es importante centrar la atención en la salud del profesional y marcar límites y pautas, tanto personalmente como profesionalmente, que favorezcan el bienestar personal.

6 Bibliografía

1. La comunicación terapéutica: acompañando a la persona en el camino de la enfermedad [Internet] [Citado en el año 2016] Disponible en: https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n44_tribuna-SFernandezPeris.pdf.
2. Desgaste por empatía: cómo ser un profesional del trabajo social y no desfallecer en el intento [Internet] [Citado en 2018] Disponible en: <https://cuadernots.utem.cl/articulos/desgaste-por-empatia-como-ser-un-profesional-del-trabajo-social-y-no-desfallecer-en-el-intento/>.
3. Empatía en los profesionales de la salud: ¿podemos potenciarla? [Internet] [Citado 23 de noviembre de 2018] Disponible en: <https://www.diariosigloxxi.>

com/texto-diario/mostrar/1262996/empatia-profesionales-salud-podemos-potenciarla.

4. La empatía en la relación médico-paciente y viceversa [Internet] [Citado 27 de marzo de 2013] Disponible en: <https://www.radioncologa.com/2013/03/la-empatia-en-la-relacion-medico-paciente-y-viceversa/>.

5. Comunicación terapéutica [Internet] [Citado diciembre 2006] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3410610>.

6. Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. [Internet] [Citado en diciembre 2008] Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/42831/41141>.

Capítulo 385

CONTROLAR LAS SITUACIONES DIFÍCILES EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS

VERÓNICA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El personal que trabaja en los centros sanitarios, en ocasiones, cuando tiene que atender a los usuarios, a veces, se encuentra con pacientes o familiares con los que le resulta muy difícil relacionarse, esto puede ser debido a que tanto los pacientes como los familiares se sienten especialmente vulnerables, ya que están enfermos, se encuentran en un entorno extraño y a veces perciben que sus necesidades no están siendo satisfechas.

En la comunicación entre las personas, suelen intervenir diferentes factores, llevándolo al ámbito de la sanidad estarían: el paciente, el personal sanitario y el entorno.

La relación entre el personal del centro sanitario y los pacientes es algo más que una simple actuación técnica. Son verdaderas interacciones humanas, con el contenido emocional que conllevan.

Aunque la relación entre paciente y personal sanitario lleva implícito un reparto de roles, no podemos evitar que surja el componente subjetivo, del que forman parte nuestros sentimientos y emociones y hace que unos pacientes caigan bien y otros despierten sensaciones negativas.

Si se preguntase al personal de los centros sanitarios que es para ellos un paciente difícil, algunos nos dirían: el que le pone nervioso, el que le incomoda, el que no

sabe cómo tratar, con el que no consigue conectar, el que le critica la manera de actuar, etc.

Podríamos resaltar dos factores que influyen a la hora de hablar de pacientes difíciles: los derivados de las características del paciente y los derivados de los sentimientos o emociones que esos pacientes generan en el personal del centro sanitario.

Existen varias definiciones sobre pacientes de trato difícil. Una de ellas los define como un grupo heterogéneo, que suelen tener enfermedades relevantes y que su único rasgo común es la capacidad de producir distrés en el personal sanitario. Se podría definir también como paciente difícil a aquel que consigue hacer sentir ese desagradable nudo en el estómago cada vez que se lee su nombre en el listado de pacientes del día. Otra definición podría ser, la persona que provoca de forma habitual una sensación de angustia o rechazo en el personal sanitario.

Como podemos observar, todas estas definiciones describen la capacidad de dichos pacientes para causar sensaciones displacenteras en el personal sanitario, tales como pérdida de autoridad de autoestima o de control, temor, desesperación, resentimiento, enojo, frustración, aburrimiento, agresividad, rechazo y un largo etc.

2 Objetivos

- Describir porque se pueden plantear situaciones conflictivas, en la relación, entre el personal sanitario y los pacientes o familiares.
- Exponer que se debe hacer ante un conflicto con un paciente o familiar para poder resolverlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, 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 conflicto se podría definir como una diferencia, que ocurre, al menos, entre dos personas que van a tener opiniones, decisiones y pensamientos contrarios una respecto a otra.

El conflicto surge por falta de comunicación, insatisfacción de las necesidades, desconfianza ante quien lo atiende y expectativas negativas hacia la institución sanitaria.

En el caso del personal que trabaja en los centros sanitarios, la situación es especial, se está trabajando con la salud de las personas, su intimidad, que son bienes muy preciados y es fácil que se generen conflictos, pero hay estrategias disponibles para la resolución de esos conflictos y aunque sean inevitables pueden ser minimizados, recanalizados y resueltos.

Entre los factores que potencian que aparezcan situaciones conflictivas podrían estar:

Referente al paciente:

1. Debido a su patología:

- Tener una enfermedad grave.
- Tener síntomas confusos.
- Tener un problema mental no identificado.

2. Debido a su personalidad:

- Tener barreras comunicacionales.
- Creencias contrapuestas.
- Alteraciones psicológicas.

3. Debido a las circunstancias en las que se desenvuelve:

- Su nivel cultural y profesional.
- Situación socioeconómica.
- Haber tenido experiencias negativas con el sistema sanitario.

Referente al personal sanitario:

1. Debido a su personalidad:

- Tener un carácter difícil.
- Alteraciones de su salud.
- Tener barreras comunicacionales.

2. Debido a las circunstancias en las que trabaja.

- Estrés.
- Insatisfacción laboral.
- Dificultad para abordar ciertas patologías.

Podríamos decir, que los pacientes o familiares difíciles, tienen la capacidad de causar sensaciones displacenteras en los profesionales tales como: pérdida de control, autoridad, enojo, temor, rechazo, frustración, agresividad, etc. Pero también, que, a ningún trabajador del centro sanitario, que tiene que tratar con los usuarios, le parece que dependa de ellos mismos que la relación sea más o menos problemática, sino que piensan que los problemas los provocan los pacientes o familiares. Sin embargo, como se ha explicado anteriormente, puede haber características de personalidad y circunstancias en las que se desenvuelven en su trabajo diario que pueden estar influyendo en la situación del conflicto.

5 Discusión-Conclusión

Cuando una persona no tiene sus necesidades satisfechas, surge el conflicto, cuando además este conflicto no se resuelve, se le asocian elementos negativos: temores, desconfianza, etc., y estalla la crisis que es la expresión violenta del conflicto.

Debemos ser conscientes de que cualquier relación humana puede implicar conflicto, a lo que no deberíamos llegar nunca es a la violencia. Por tanto, es importante actuar antes de que estalle la crisis. Por eso, el personal sanitario debe saber cómo actuar ante un paciente difícil y podría hacerlo de la manera:

Primero hay que permanecer en una buena sintonía emocional, independientemente de las emociones negativas que pueda aportar el paciente o familiar.

No se debe pretender razonar con un paciente o familiar agresivo. Ese estado no les permite asimilar la información que se les está dando. Se debe esperar a que se calme para que nos dé la oportunidad de actuar.

Mientras estén agresivos se debe evitar pronunciarse sobre lo que nos diga, ya que lo que se le diga lo interpretará de la manera que más le interese.

Se le debe transmitir aceptación e interés por lo que nos está expresando, no hay que pronunciarse en un primer momento.

El reconocimiento de un error puede desactivar a un paciente agresivo.

Con frecuencia, basta con que la persona agresiva vea que se la quiere ayudar, para que se convierta en un aliado.

Una vez logrado el clima de sosiego deseado, se puede actuar como se haría con cualquier otra persona.

En conclusión, no se debe hacer a otros lo que no nos gusta que nos hagan a nosotros.

A todas las personas les gusta que se las trate con honestidad y con respeto. Por todo ello, se deben aprender buenas técnicas de comunicación y buenas habili-

dades sociales para que sirvan de ayuda en el trabajo y en la vida en general.

6 Bibliografía

1. Estrategias para el manejo del paciente difícil. 8 diciembre, 2012 Incluido en: Medicina Familiar y Atención Primaria, Psicología Dra. Gisela de la Caridad Sardiñas López. Hospital Provincial General Docente Roberto Rodríguez <https://www.revista-portalesmedicos.com/>.
2. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. J. Ágreda, Centro de Salud. San Jorge. Pamplona. E. Yanguas, Centro de Salud. Berriozar. Pamplona <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5899>.
3. El manejo de pacientes difíciles: ¿Qué ocurre cuando paciente y terapeuta no se entienden?. Irati Merino, Aranzazu del Castillo-Figueruelo y Carmina Saldaña <https://dialnet.unirioja.es/>.
4. Situaciones difíciles en la consulta de atención primaria. M. Redondo valdeolmillos, e. Callejo Giménez. Médicos de Familia Valladolid. Grupo Comunicación y Salud. Socalemfyc https://www.sccalp.org/documents/0000/1488/BolPediatr2009_49_331-338.pdf.

Capítulo 386

AGRESIONES SUFRIDAS POR TODOS LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO

M^aJACQUELINE CACHERO ALVAREZ

LORENA PADILLA MARTINEZ

PALOMA ARANGO LÓPEZ

VERONICA ESPINA MENENDEZ

ESTHER BIGOTES ARGÜELLES

1 Introducción

Los trabajadores del ámbito sanitario se encuentran frecuentemente sometidos a violencia en su puesto de trabajo, tanto física como verbal, teniendo importantes secuelas para la salud de los propios trabajadores, ya que constituyen un importante problema, pues generarán problemas laborales y emocionales causando una sensación de inseguridad en el puesto de trabajo.

La Organización Mundial de la salud estima que una de cada seis personas ha sufrido alguna enfermedad derivada de las agresiones que ha sufrido en su puesto de trabajo. La interacción con otras personas puede provocar diferencias o conflictos que dan lugar a comportamientos agresivos, violencia, maltrato o sometimiento.

Una agresión es cualquier comportamiento hostil o destructivo cuyo objetivo es causar daño o perjuicio a la otra persona y en el que existe un comportamiento agresivo. Existen dos tipos de agresiones, por un lado, están las agresiones físicas, que son aquellas producidas por ataques o actos que implican la necesidad de que haya un contacto entre el hostigador y la víctima y que pueden producir un daño o lesión. Por otro lado, se encuentran las agresiones no físicas, que se traducen en insultos, amenazas, coacciones, vejaciones, insultos e intentos de agresión en las que se actúa de forma violenta, pero sin que se produzca un contacto físico. El impacto de la pandemia por el virus de la Covid-19 ha provocado que las agresiones en los centros de atención primaria y los hospitales se hayan incrementado considerablemente, produciéndose en el dos mil veinte 962 agresiones, constituyendo un aumento del 32% con respecto al año anterior, lo que significa que se producen hasta tres agresiones al día, una cifra realmente preocupante. El problema está adquiriendo dimensiones significativas, pues no solo está poniendo en riesgo la salud de miles de cientos de víctimas, sino que con estas agresiones se vulneran derechos fundamentales de las personas.

Se trata, por tanto, de un problema emergente que se repite cada vez más y más y no únicamente en España, sino que el problema lo están sufriendo también países de nuestro entorno. Se estima que en los países europeos el mayor riesgo de sufrir una agresión se encuentra en los trabajadores del ámbito sanitario correspondiendo al 24% de las agresiones, seguidos de los policías que corresponden al 5% de las agresiones y finalmente un 2% lo constituirían los vigilantes de seguridad. El perfil del agresor suelen ser varones de unos 40 años aproximadamente, que consideran que llevan esperando demasiado a recibir la atención, que tienen poco autocontrol y carecen de empatía. Suelen ser bastante impulsivos, con tendencia a tener una conducta violenta con una personalidad irritable. El perfil de la víctima suele ser mujeres, en su mayoría enfermeras, de unos 38 años de edad.

2 Objetivos

- Describir las causas que pueden estar originando un aumento de los casos de agresiones en los centros sanitarios.
- Analizar los efectos que va a provocar en los profesionales del ámbito sanitario la violencia sufrida en el entorno laboral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. En la estrategia de búsqueda se han utilizado palabras como “agresiones” o “consecuencias de las agresiones en el personal sanitario”.

4 Resultados

Con el recorte de los recursos en sanidad, se ha producido un déficit en la atención sanitaria, lo que ha desencadenado un mayor número de agresiones motivadas por una demora en la atención, puesto que hay problemas organizacionales en los centros sanitarios al no tener suficiente personal para atender a todas las demandas que se producen. De la misma manera, parte de las agresiones son motivadas por una carencia de recursos, haciendo que no se preste una sanidad de calidad y a tiempo. Otra de las causas que motivan estas agresiones es la insatisfacción acerca del tratamiento, considerando el paciente que no es adecuado para su problema. Las largas listas de espera junto con la mala comunicación entre profesional y usuario también pueden dar lugar a situaciones tensas o a conflictos.

La violencia en el trabajo va a provocar una serie de efectos en los profesionales: Efectos en los trabajadores sanitarios y no sanitarios: la mayoría de las agresiones que se producen en ámbito sanitario son psicológicas y dan lugar a depresión y estrés en el trabajo. Cuando esta situación se prolonga en el tiempo provoca una desmotivación en el trabajo, haciendo que haya un peor trato a los pacientes, mostrando ante ellos irritabilidad o cinismo, siendo el trato con los usuarios del centro un tanto despersonalizado, hasta que se pierda totalmente la motivación. En cuando a los efectos para la organización se va a producir gran absentismo laboral y los profesionales van a ser menos productivos. Los trabajadores que se ven sometidos a una agresión tienen una pérdida de confianza, se sienten humillados y su salud se ve afectada, ya que comienzan a desarrollar un importante estrés. A su vez, esto provocará en la organización un deterioro en la calidad del servicio, mal ambiente laboral aumentando la insatisfacción de los usuarios, deteriorándose las relaciones entre los propios trabajadores de la organización y con los usuarios mismos.

Para minimizar los riesgos ante una situación violenta el trabajador debe adoptar una actitud tranquila, manteniendo la calma y sin responder a las agresiones. Es importante establecer una distancia con el agresor, de manera que no pueda atacar físicamente con facilidad. Si es posible, la víctima deberá acercarse a la puerta de salida para poder huir con facilidad y avisar en su caso al servicio de vigilancia o, si no existiera, comunicárselo a los compañeros o superiores jerárquicos, de manera que nunca se encuentren solos frente a la agresión. En el caso de que la agresión persista se deberá de llamar a los servicios de seguridad para que acudan al centro.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de los datos que se manejan y de la gravedad de esta situación existe una gran parte de información que aún no sale a la luz, que no queda registrada en ninguna parte, muchas veces a causa de que no existen métodos estandarizados para su registro y también de que muchos trabajadores tampoco quieren notificar estas agresiones porque consideran que es una especie de “mancha” en su historial. La mayor parte de estas agresiones suelen ser leves haciendo que estén normalizadas en el ámbito sanitario, considerando los trabajadores que es algo que forma parte de su trabajo. Además, cuando hay un comportamiento violento, son muchas veces los propios compañeros los que disuaden a la víctima quitándole importancia y haciéndoles pensar que la denuncia no va a tener ningún efecto y no va a cambiar nada. Pero, la única vía de lucha verdaderamente eficaz contra las agresiones es la denuncia por parte del trabajador, por lo que las Administraciones Sanitarias tienen que poner todos los medios para prevenirlas y facilitar a las víctimas todo el procedimiento. Con ello la agresión no quedará impune y hará que los agresores no se salgan con la suya, haciendo ver que toda agresión tiene unas consecuencias. De la misma manera, los centros sanitarios, deben tomar medidas encaminadas a la prevención, facilitando también la atención a la persona agredida protegiéndola y ofreciéndole la ayuda psicológica necesaria para superar el estrés provocado por este tipo de situaciones.

6 Bibliografía

1. Estudio de las agresiones a profesionales sanitarios <https://core.ac.uk/download/pdf/187551692.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_

content&view=article&id=11579:2016-health-professionals-are-frequently-assaulted&Itemid=135&lang=es.

3. Actuaciones en caso de violencia <https://www.upct.es/contenido/servicios/prevencion/docs/39Agresiones.pdf>.

4. Infosalus. Publicado el 19 de Febrero de 2021 <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-pandemia-dispara-32-agresiones-sanitarios-20210312105108.html>.

Capítulo 387

EL ACOSO LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO. CONSECUENCIAS PARA TODOS LOS TRABAJADORES

LORENA PADILLA MARTINEZ

PALOMA ARANGO LÓPEZ

VERONICA ESPINA MENENDEZ

ESTHER BIGOTES ARGÜELLES

M^aJACQUELINE CACHERO ALVAREZ

1 Introducción

El mobbing es un concepto que ha definido un fenómeno social muy antiguo. Su origen data de 1966 cuando Konrad Lorenz lo utilizó por primera vez para definir el ataque que sufrieron un grupo de animales que acosaban a un animal de mayor tamaño utilizándose el término “to mob” para definirlo, que significaría un ataque con violencia. Posteriormente en 1976, Brodsky, hablaría por primera vez del término de hostigamiento en el trabajo, motivado quizás por los cambios y las nuevas leyes que se estaban desarrollando en Suecia. En su libro hace referencia a la dureza de determinados trabajos, a las condiciones que tenían los trabajadores en sus puestos de trabajo, a las largas jornadas y las excesivas cargas de trabajo, pero sí que es verdad que el concepto de mobbing que no tuvo mucho impacto en la sociedad.

El verdadero fenómeno no se produciría entonces hasta los años 80, cuando el psicólogo Leyman aplicó este concepto a la psicología laboral adquiriendo así una gran relevancia, observando que en su entorno se estaba produciendo grandes conductas violentas y acoso laboral. Ya en 1990, en Hamburgo, se celebró un congreso en donde el mobbing obtuvo la importancia que necesitaba y adquirió el significado que hoy en día conocemos.

El mobbing describe una situación en la que una persona ejerce una violencia psicológica en el ámbito laboral sobre otra u otras de forma recurrente, sistemática, prolongada en el tiempo con el fin de hacer daño, destruyendo su reputación, limitando sus relaciones sociales y perturbando las actividades que realiza en el trabajo, con el fin de que la víctima o víctimas abandonen su puesto de trabajo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar las distintas fases que pueden originar el acoso psicológico que da lugar al mobbing.

Objetivos secundarios:

- Exponer las consecuencias que tiene para la víctima y para la organización el acoso laboral en el sector del ámbito sanitario.
- Describir las distintas medidas que se pueden llevar a cabo para evitar los casos de mobbing en el sector sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. En la estrategia de búsqueda se han utilizado descriptores como mobbing, acoso u hostigamiento.

4 Resultados

Para entender como el mobbing puede ir apareciendo en la organización, es necesario analizar las distintas fases del mismo:

1. En la primera fase surge la aparición de algún incidente o conflicto. Este conflicto puede ser real o no, pero es el detonante de la aparición de la primera etapa, y se origina por pequeñas diferencias que no se resuelven de forma rápida y sencilla, sino que el agresor se mantiene en su posición, siendo verdaderamente hostigador en su conducta. La víctima se siente perdida, y no sabe exactamente que hacer, ya que no entiende los motivos que tiene el hostigador para mantener esa conducta. En esta fase pueden aparecer los primeros efectos de mobbing como ansiedad, falta de sueño, frustración, etc.

2. En la segunda fase se produce una persecución sistemática y de estigmatización en la que la víctima es vista de forma negativa por todos sus compañeros, comenzando a aislarla por miedo al acosador o porque sienten que se tienen que aliar con el más fuerte. De esta manera la víctima cada vez se siente más desestabilizada. El agresor, mientras tanto, sigue poniendo de manifiesto los fallos de la víctima para que cada vez sienta más miedo, sintiéndose cada vez más intimidada y haciendo que su posibilidad de defensa no haga más que empeorar las cosas.

3. En la tercera fase se produce una intervención de los superiores, motivados porque la víctima recurre a ellos con el fin de afrontar sus problemas e intentar buscar una solución. En este momento es cuando puede aparecer los primeros brotes depresivos, al sentirse rechazado y marginado cada vez más por el resto de los trabajadores, sintiéndose continuamente acosado. Surge un ciclo vicioso del mobbing de manera negativa: el hostigamiento hace que aumenten la sintomatología psicosomática, haciendo que la víctima cometa más fallos laborales, de manera que se produce a su vez una mayor respuesta por parte del agresor, agravando cada vez más y más el problema. Comienzan a aumentar los problemas para la víctima, acudiendo cada vez a la consulta del médico, y sintiéndose esta cada vez más estigmatizada, pues sus superiores intentan analizar las características de la víctima para intentar explicarse que está pasando.

4. En la fase cuatro se produce el abandono del puesto de trabajo. La víctima ve que su estado de salud se ve cada vez más mermado y la ansiedad que le produce solo el pensar que tiene que volver al trabajo después de la baja laboral le produce tanto estrés que las consecuencias físicas y psíquicas son verdaderamente insostenibles. En otras ocasiones, es la propia organización la que decide deshacerse de los trabajadores que ellos consideran que son complicados, molestos o problemáticos.

Las consecuencias para los trabajadores afectan a diferentes parcelas de la víctima como pueden ser: el área física, con trastornos del sueño, cansancio, desgaste físico que se manifiesta en dolores lumbares, cervicales y musculares, trastornos psicosomáticos de estrés como vómitos, náuseas y problemas estomacales. Apare-

cen las primeras conductas de dependencia de determinadas sustancias y se produce un importante desajuste en el sistema nervioso como son falta de aire, opresión en el pecho, palpitaciones, etc. Respecto a las consecuencias en el área psíquica aparecen sentimientos de destrucción, depresión, falta de bienestar laboral, cambios de la personalidad, irritabilidad, nerviosismo, autodestrucción, etc. En cuanto al área social y familiar aparecen tensiones con los hijos o con la pareja, aislamiento y abandono de las amistades, estigmatización social y, en definitiva, aumento de los conflictos dentro del ámbito personal y más familiar. Las consecuencias para la organización del mobbing se traducen en cambios en la plantilla por una mayor rotación en los puestos, mala imagen, pérdida de eficiencia, absentismo, mal ambiente de trabajo, moral baja por parte de los trabajadores etc.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante hacer hincapié en todas las organizaciones de la importancia de llevar a cabo medidas preventivas y estrategias que permitan tomar decisiones para abordar el tema del mobbing, ya que puede generar verdaderos daños tanto físicos como psicológicos. Desde el punto de vista de la organización, es necesario establecer un protocolo de actuación, en el que se establezcan unas sesiones formativas en las que fluya la comunicación y se facilite la información, de manera que los trabajadores sepan detectar si se está produciendo mobbing, tanto en los casos en que se ve que hay un agresor como en los casos en los que se ve que una persona puede estar sufriendo mobbing.

Desde el punto de vista de la víctima, esta debe mantener una posición asertiva, y se pueden emplear diferentes técnicas para moverse en el entorno social de forma que se adquieran nuevas capacidades sociales y se mejore la capacidad de enfrentarse a situaciones que en un primer momento puedan resultar complejas y que gracias a estas técnicas se dispongan de mayores habilidades. No obstante, desde los primeros indicios de acoso laboral, la víctima debe contar en la medida de lo posible con el apoyo de los representantes de los trabajadores, para intentar bloquear el mobbing que está viviendo y presentar una denuncia, ya que es la vía que verdaderamente va a ser más eficaz para acabar con el acoso laboral en el sector sanitario.

6 Bibliografía

1. Google Académico. Libro El mobbing en el sector sanitario <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=OmS4DwAAQBAJ&oi=>

fnd&pg=PT6&dq=mobbing+sector+sanitario&ots=SRefYWv4ub&sig=TXj7_q_v3c82EW3DgW3BODO9HIA#v=onepage&q=mobbing%20sector%20sanitario&f=false.

2. Elsevier. <https://www.elsevier.es/pt-revista-atencion-primaria-27-articulo-hostigamiento-laboral-mobbing-sus-13072593>.

3. DKV Salud <https://quierocuidarme.dkv.es/salud-en-el-trabajo/mobbing>.

Capítulo 388

EL DERECHO AL DESCANSO

SARA ALONSO FERNANDEZ

ISABEL CIUDAD RODRIGUEZ

MÓNICA MARÍA RODRÍGUEZ SIERRA

NOELIA PLIEGO GÓMEZ

1 Introducción

La legislación laboral ha ido desarrollándose con el paso del tiempo para facilitar al trabajador un descanso apropiado y favorecer así también su derecho a la desconexión laboral. Ya en 1948, en la Declaración de los Derechos Humanos se aprueba en su artículo 24 que “Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de las horas de trabajo y a vacaciones periódicamente pagadas”.

La falta de descanso que se da en los profesionales de la salud ha sido objeto de numerosos estudios debido a los efectos de salud y económicos que se da en las personas y en los centros en las que estos profesionales trabajan. Estos informes han demostrado los posibles efectos negativos del estrés laboral sobre la salud y el bienestar de este tipo de profesionales, lo que se relacionaría con bajos niveles de satisfacción laboral además de problemas físicos y de salud mental generando frecuentemente absentismo laboral por aumento de licencias médicas .

El estrés en el trabajo produce también un deterioro en la calidad del desempeño laboral, asociado a la aparición de eventos trágicos o no deseados.

Es por ello que los profesionales de salud muestran carencias principalmente en mantener niveles adecuados de descanso, una adecuada nutrición, salud física y

el desarrollo de actividades de ocio.

2 Objetivos

- Identificar los motivos por los que es indispensable para su bienestar, salud y productividad el apropiado descanso del trabajador.
- Exponer la legislación actual respecto al descanso y como ha sido su desarrollo para llegar al momento presente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

A lo largo del siglo XIX una de las reivindicaciones principales del movimiento obrero ha sido la limitación del tiempo de trabajo. Las primeras apariciones legislativas en los diferentes estados se refirieron a la jornada de trabajo y más concretamente a poner tope a los abusos de las jornadas de los menores y de las mujeres y poco a poco se fueron limitando las jornadas en los sectores más conflictivos como el textil, la minería y la construcción.

En 1919 tuvo lugar el primer convenio de la Organización Internacional del Trabajo donde se reguló la jornada de trabajo en la industria por primera vez a nivel internacional. Y a partir de 1948 se fueron enriqueciendo los derechos humanos mediante la incorporación de los llamados derechos sociales y también ampliando su titularidad a todas las personas. Así los distintos estados han ido introduciendo en sus legislaciones mecanismos de protección para aplicar frente a los excesos y abusos en el trabajo.

En nuestra actual Constitución, se recoge en el Título I, De los derechos y deberes fundamentales en su artículo 40.2 que “los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesionales; velarán por la seguridad e higiene en el trabajo y garantizarán el descanso necesario, mediante la limitación de la jornada laboral, las vacaciones periódicas retribuidas y

la promoción de centros adecuados”.

En definitiva, el tiempo de trabajo se vincula tanto en su inicial regulación como en la actualidad, a la seguridad y salud de los trabajadores y a su posible lesión o deterioro como consecuencia de la falta de límites, lo que repercute en la siniestralidad laboral.

En los países industrializados, la reducción del tiempo de trabajo forma parte de un debate constante, no solo por parte tanto de trabajadores como de organizaciones sindicales representativas sino porque por parte de la empresa se ve como un factor que influye directamente en el rendimiento y en los costes.

Tampoco debe olvidarse que las jornadas de trabajo excesivas repercuten negativamente en la calidad del trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El Derecho al descanso ha evolucionado positivamente con el paso del tiempo, consiguiendo tanto el descanso, considerado como toda parada en el trabajo para reposar como el ocio, que es el tiempo que no dedicamos al trabajo ni a las labores domésticas y que son fundamentales para la desconexión del trabajo y “recargar las pilas”.

Las nuevas tecnológicas y los nuevos modelos organizativas asociadas al mundo digital provocan en el Derecho al trabajo nuevos desafíos como el delimitar la frontera entre el tiempo de trabajo y de no trabajo. Muchos países ya están regulando estos derechos de los trabajadores vinculados a este nuevo mundo del trabajo digital. Uno de estos derechos más célebres es el derecho a la desconexión digital del trabajador fuera de su jornada de trabajo que se reduce a la mera libertad del trabajador de no responder a los mensajes profesionales fuera de su jornada.

6 Bibliografía

1. Martín, Rodrigo. “Reflexiones sobre el tiempo de trabajo y los descansos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos”. *Persona y Derecho*, 59 (2008): 295-317.
2. *Revista andaluza de trabajo y bienestar social*, 2017 - dialnet.unirioja.es.
3. Decreto 72/2013, de 11 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de jornada, horario, vacaciones y permisos de los funcionarios de la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos.

4. Decreto 7/2013, de 16 de enero, por el que se regula el tiempo de trabajo y el régimen de descansos en el ámbito de los centros e instituciones sanitarias del Servicio de Salud del Principado.

Capítulo 389

LA SALUD COMUNITARIA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA CONTRIBUCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARTA CALDERÓN VALVERDE

1 Introducción

Se podría decir que Salud Comunitaria es la salud de un grupo, afectada por distintos factores: Sociales, culturales, ambientales, etc.

La salud comunitaria estudia dentro de la ciencia médica la mejora de la población en general.

La salud comunitaria detecta factores que afectan negativamente en la sociedad, y crea planes de actuación para su mejora.

La elaboración de programas de promoción de la salud de la población, ayudan de forma evidente a la mejora general de la misma.

La Atención Primaria a través de los Centros de Salud, constituye el primer frente para abordar la salud de la comunidad, por lo tanto, la salud comunitaria depende en gran medida de las actuaciones realizadas en este nivel.

Información sobre protocolos para determinadas enfermedades como la diabetes, promoción de prácticas saludables como el ejercicio físico, recursos para la promoción de la mejora de la salud mental, etc. son prácticas desarrolladas por la salud comunitaria que pueden promocionarse en al Atención Primaria desde el Centro de Salud.

Se trata de ver, por tanto, de ver cómo sirve el estudio y análisis realizado por la Salud Comunitaria para afrontar desde la Atención Primaria los problemas

detectados y afrontar las soluciones más adecuadas a nivel práctico, tratando de lograr una mejora de la salud poblacional.

2 Objetivos

Exponer factores que influyen en la Salud Comunitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los factores que influyen en la Salud Comunitaria, pueden ser factores ambientales físicos y sociales.

Hay factores ambientales físicos como la contaminación ambiental, el ruido, el cambio climático y sus efectos, etc.

Luego están los factores sociales que también condicionan la salud del grupo de forma física y psicológica, como pueden ser el empleo, la educación, la raza, las características culturales, la edad, el sexo, etc.

El reflejo de todos estos factores en la salud pública es que debido a los mismos haya carencias que nos afecten y deterioren la salud.

Los factores ambientales producen contaminación y cambios en el clima causando, por ejemplo, más cánceres y problemas respiratorios. Hay que contemplar que no es lo mismo vivir en una ciudad, o en un pueblo, ni es igual vivir al lado de una central térmica que en una zona de montaña.

Los problemas creados por factores sociales van desde una mala alimentación, a una forma física deteriorada. La influencia de la falta de trabajo y todo lo de ella derivada en la salud psicológica, etc.

Es decir, los distintos problemas de salud física y psíquica de la población, deben estudiarse teniendo en cuenta la población y sus características, tanto colectivas como individuales.

Una vez contemplados todos los factores, hay que relacionar la Salud Comunitaria con la Atención Primaria.

Toda la investigación llevada a cabo en la Salud Comunitaria, se debe transmitir a la población a través de la Atención Primaria.

En la Atención Primaria se deben de hacer actuaciones para la detección precoz de enfermedades como puede ser los controles diabéticos o el cribado de cáncer de colon.

Campanñas informativas sobre drogodependencias o prevención de enfermedades venéreas

Programas sobre prevención de enfermedades mentales.

Consejos de alimentación y prácticas saludables.

Hay que fomentar la salud poblacional con información y protocolos adecuados.

5 Discusión-Conclusión

La Salud Comunitaria identifica los factores que afectan a la salud poblacional y encuentra las respuestas más adecuadas para su resolución, y la Atención Primaria hace llegar esa información al usuario.

Ya que la Atención primaria es el primer frente de actuación sobre la salud del ciudadano, se debe de aprovechar este contacto para proporcionar todo tipo de consejos y beneficios sobre la salud a las personas.

Y como el equipo de atención primaria dispone de la información del usuario, es desde aquí desde dónde se puede trasladar esos conocimientos al paciente de forma personalizada.

Todo el equipo de atención primaria puede colaborar a difundir los conocimientos proporcionados por los estudios de salud comunitaria, incluido el auxiliar administrativo de los centros de salud, facilitando información sobre las campañas en marcha, sobre protocolos (por ejemplo dentro de la pandemia del Covid, sobre el uso de la mascarilla, indicar cómo es la citación para el cribado del cáncer de colon, cómo acceder a la vacunación, etc.).

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/>.
2. <https://scielo.isciii.es/>.
3. <https://www.gacetasanitaria.org/>.
4. <https://www.sciencedirect.com/>.
5. <https://revistas.proeditio.com/>.

6. <https://www.mscbs.gob.es/>.
7. <https://obsaludasturias.com/>.

Capítulo 390

ESTRÉS CRÓNICO DE LOS CELADORES EN EL ÁMBITO SANITARIO

AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Los riesgos psicosociales y en concreto el estrés es uno de los principales problemas de salud en el ámbito sanitario.

El estrés crónico también llamado “Síndrome de Burnout” es un anglicismo que se refiere al “trabajador quemado”. Este concepto aparece en el año 1974 de la mano del psiquiatra Freudenberg, lo describe como un estado de agotamiento emocional que se somatiza provocando consecuencias físicas.

Desde la pandemia del Covid-19 este padecimiento se ha establecido de manera predominante en el ámbito sanitario, en este capítulo hablaremos sobre cómo sufre este síndrome el celador. Han sido muchas las situaciones que ha vivido el celador ante esta pandemia tanto a nivel físico como psicológico.

Detallaremos en qué consiste este síndrome, los síntomas y las consecuencias de padecimiento. Hablaremos de la posible recuperación, las técnicas a seguir y de los posibles cambios de actitud en la vida del afectado de esta dolencia.

Hablaremos de la situación que ha vivido el personal hospitalario como consecuencia de la crisis de la Salud Pública provocada por la pandemia Covid-19 un hecho los profesionales de Psicología y Salud Mental lo han catalogado como “estrés crónico con probables episodios sobrevenidos de estrés agudo”, lo que lo convierte en una situación realmente dañina para cualquier trabajador. Ante esta situación muchos hospitales del territorio nacional han creado una serie de

programas e intervenciones dirigidos a todos los trabajadores que han sufrido o sufren este padecimiento.

2 Objetivos

Exponer las fases del síndrome de Burnout y posibles soluciones ante este padecimiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El síndrome de Burnout es el resultado de un estrés laboral crónico, por ello también se le denomina, síndrome de desgaste profesional. Se caracteriza por un cansancio o agotamiento profesional, provocando una sensación de sobreesfuerzo físico y tristeza emocional que se producen como consecuencia de las continuas situaciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los pacientes y los familiares que hacen uso del servicio hospitalario. Este sobre esfuerzo físico del que hablamos también se manifiesta de manera fisiológica provocando dolor de cabeza, mareos, caída del cabello contracturas musculares, problemas dermatológicos, cardiovasculares, digestivos, intestinales, sexuales y respiratorios. Puede contribuir a padecer más enfermedades como resfriados e infecciones.

El padecimiento de toda esta sintomatología puede provocar el aumento de accidentes, ya que el afectado no está al 100 por 100.

*Este síndrome tiene una serie de fases:

Despersonalización: el afectado en esta fase pierde el sentido de la humanidad y sufre un endurecimiento afectivo, su actitud hacia los pacientes que atienden es la insensibilidad ante su situación de salud o su padecimiento.

Agotamiento personal: la situación de cansancio afectivo en el trabajador provoca una situación de agotamiento, ya que su trabajo consiste en atender a

personas y no está en las condiciones más adecuadas para realizar sus funciones. Esto mermará lentamente las facultades físicas y psíquicas del trabajador hasta quedar en una situación de agotamiento total.

Baja realización personal: ante esta situación sufrida, se produce la pérdida de confianza en uno mismo provocando también la baja autoestima y la presencia de un negativismo absoluto donde el trabajador, en este caso el celador pierde totalmente su autoestima y pierde toda la confianza en si mismo para realizar su trabajo.

Ante el padecimiento de este síndrome es conveniente la creación de algunas pautas para intentar sobrellevar esta situación sobre todo tras esta pandemia del Covid-19 el personal sanitario se ha visto gravemente afectado, una pandemia que en principio vino "grande" a la sanidad en general, ya que nadie estaba preparado para una crisis sanitarias de este tamaño.

Las medidas son las siguientes:

- Tratamiento farmacológico. En principio este síndrome no requiere tratamiento farmacológico, pero esta decisión debe de tomarla el especialista tras examinar al afectado, dependerá de la gravedad de los síntomas del paciente.
- Tratamiento psicológico: este síndrome debe ser afrontado de una manera global no solo el afectado sino la empresa donde trabaja también deberá realizar algún tipo de cambio para paliar estos problemas e identificar las situaciones que han originado la situación.
- Autoconocimiento: a través de registros se intenta detectar ante que situaciones se presenta respuestas de estrés desadaptativas.
- Afrontar el estrés: para esto, es necesario aprender técnicas de respiración y relajación y también es conveniente examinar el sistema de creencias y cambiar las distorsiones cognitivas a través de reestructuraciones cognitivas.
- Ajustar expectativas: un factor relacionado con este síndrome es la sensación de perfeccionismo y desequilibrio entre las expectativas y la realidad por esto es conveniente acercarse lo más posible a la realidad y adecuar los niveles de autoexigencia a la realidad.
- Mejorar la autoestima: para esto es necesario reconocer las debilidades y las fortalezas y trabajarlas utilizando las fortalezas para modificar las debilidades, también es necesario reconocer y eliminar los juicios hacia uno mismo. Una manera destacada de comenzar es tratarse con respeto a uno mismo.
- Desarrollar la resiliencia: aquí es necesario trabajar las habilidades comunicativas y trabajar la asertividad, es importante potenciar un mejor comunicación con los compañeros, superiores y usuarios, defendiendo las opiniones y los derechos siempre desde el respeto.

- Hábitos saludables: es conveniente seguir unos hábitos saludables como realizar ejercicio físico, llevar una alimentación saludable, relacionarse socialmente e incluso practicar meditación.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día en el ámbito sanitario los profesionales se encuentran en un entorno hostil provocado principalmente por los cambios de valores de la sociedad sería necesario la formación de estrategias y establecer unos objetivos preciso que el entorno sanitario se adapte a las exigencias de la sociedad para así paliar todas las adversidades que se presenten.

Estas dificultades con las que se encuentra el personal sanitario tales como agresiones físicas, insultos... Junto con el agotamiento emocional son escollos que hacen muy difícil el trabajo diario.

También un entorno laboral hostil y ser testigo de cómo sufren los pacientes hace que los profesionales de este sector tengan un alto riesgo de sufrir el síndrome de burnout.

Por todo ello terminamos confirmando que es necesario que las instituciones promuevan programas específicos de desarrollo y estrategias que afronten estas situaciones de alto estrés laboral, con el fin mejorar la calidad en la atención al usuario dentro del entorno sanitario.

El celador es uno de los profesionales del sector sanitario que más se ve afectado por este síndrome, ya que está expuesto directamente a los familiares de los pacientes y a las enfermedades ellos mismo con lo cual es necesario cumplir la normativa y ante cualquier síntoma de este padecimiento ponerse en manos de profesionales para poder atajar el problema lo antes posible.

6 Bibliografía

1. Atance, J. C. (1997). Aspectos Epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*, 7(3), 293-303.
2. Borao, J. (2013). Síndrome de Burnout en los profesionales de atención primaria en el sector de Calatayud. Universidad de Zaragoza.
3. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas.
4. El enemigo silencioso del celador” // Revistamedica.com www.nacionfarma.com
www.quironprevencion.com.

Capítulo 391

LA PSIQUIATRÍA Y LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD. ACTUACIÓN DEL CELADOR

NAZARET MARCIAL DE LA CRUZ

MARIA DEL CARMEN ROMERO RAMIREZ

MARIA DEL ROSARIO LUDEÑA PULIDO

CARLOS MARCIAL DE LA CRUZ

ANGEL MIGUEL PINTOR OLIVARES

1 Introducción

Según la definición que da la OMS de la salud, a la cual considera como el estado de bienestar completo, tanto a nivel físico, mental y psíquico, ampliando estas a la ausencia de otras enfermedades. La misma en un informe de 2002 hace hincapié del incremento de situaciones como el paro, la pobreza, la sociedad actual, así como la influencia de las redes sociales en como influirían en el aumento de los trastornos mentales, que aflorarán en las siguientes décadas.

Hoy en día entenderemos la Psiquiatría como la parte de la medicina que persigue la prevención de las enfermedades mentales, su estudio, diagnóstico y tratamiento. En el trastorno mental, pueden aparecer síntomas Físicos, afectivos, cognitivos, de comportamiento o perceptivos.

Con la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad se integra a celador en los departamentos de Salud Mental, es en esta Ley donde se considera al paciente los mismos derechos en la atención sanitaria y donde la Administración se marca unos objetivos en atención primaria y atención especializada.

Diferenciaremos distintas unidades de psiquiatría como serían las:

- Unidades de hospitalización:

1. Unidad de Salud Mental del Hospital con plantas asistenciales en las que se encuentran en situación de internamiento.

2. Comunidad terapeuta.

Unidad de hospitalización parcial:

- Hospital de día; recibirán una variada terapia activa durante periodos para su reintegración al medio del que proceden.

- Centro de Día; del estilo del anterior pero siendo mayor rehabilitador y socializador.

- Hospital de Noche; de tarde y noche, va destinado para enfermos socialmente activos y por sus peculiaridades psicosociológicas tienen dificultades para permanecer en su hogar.

También se encontrarán unidades no hospitalarias, como serían las Unidades de rehabilitación, Unidad de Salud Mental Infantil, U. de Docencia y psicoterapia y otros dispositivos de protección comunitaria. No nos debemos olvidar de la importancia de los familiares y amigos para la ayuda en el tratamiento de Salud Mental en el paciente. Son las propias instituciones las que realizan sus protocolos de actuación en cuanto a las labores específicas del celador en estas áreas.

El celador como un trabajador multidisciplinar, integrado en el equipo de médicos, enfermeras y auxiliares, debe adaptarse y adecuarse a las circunstancias del servicio, siguiendo las pautas que se le encomienden, así como la vigilancia y comportamiento del paciente o cualquier otra que pudiera perturbar el bienestar general.

2 Objetivos

Describir la actuación del celador en la unidad de Psiquiatría/Salud Mental.

3 Metodología

En la realización del presente capítulo se ha tenido en cuenta tanto artículos científicos y bibliografía existente, así como artículos contrastados y online de diferentes bases de datos como Google Académico, Medline, Dialnet, Pudmed

o Scielo y empleando palabras clave como servicios de salud mental, celador, psiquiatría, paciente agitado, y reduciendo el resultado con base en sus años de publicación.

4 Resultados

El celador conjuntamente con las labores específicas del mismo, en Salud Mental y psiquiatría, actuará:

- Vigilando la puerta de acceso de la Unidad, en dicho puesto podrá estar acompañado de un guarda de seguridad para una mayor seguridad en caso de necesidad.
 - Vigilará del orden entre pacientes.
 - Controlará la estancia y circulación de familiares y visitas.
 - Prestará especial atención en que los pacientes realicen su aseo diario ayudando cuando sea preciso.
 - Recogerá medicación y otros productos de farmacia.
 - Tramitará tanto las comunicaciones verbales como escritas por parte de sus superiores.
 - Cuando fuese necesario, ayudará la personal sanitario en la administración de inyectables cuando estos no estén dispuestos a colaborar.
 - Acompañará a pacientes a otras unidades o consultas cuando sea preciso y moverá y trasladará el aparataje y/o mobiliario que se le solicite.
 - Vigilará y acompañará junto al personal sanitario al paciente en sus paseos por las zonas ajardinadas o determinadas para tal fin.
 - Colaborará con el personal sanitario en la sujeción y/o reducción de pacientes agitados.
 - Colaborar en el mantenimiento del orden y compostura durante las comidas.
 - En situaciones de hostilidad de un paciente, se debe tratar de empatizar con el mismo, al cual se le escuchará, se le hablará, expresará sentimientos etc. en resumidas cuentas tratará de reducir su hostilidad/agresividad a un nivel de control, con el que evitaremos que se pueda o nos pudiera hacer daño.
- La hostilidad en la que un paciente pudiera encontrarse y que se definirían como:
- Racional: en el cual está en una aptitud de razonamiento con la cual se podrá tratar de hablar.
 - Disparo: cuando por una circunstancia imprevista, al paciente le surgen emociones o sentimientos y en la que ya es difícil tratar de razonar y sería mejor situarse en modo de escucha.

- Enlentecimiento: el enojo o irritación si no existe una aptitud adversa, según va pasando el tiempo tiende a apaciguarse.
- Afrontamiento: después de escuchar tranquilamente es cuando empatizaremos con el paciente y su estado emocional para reducir su nivel de hostilidad.
- Enfriamiento: cuando se da cuenta de que ha sido escuchado y reconocida su situación llegará el momento en el cual se calmará.
- Solución, el regreso al nivel inicial de raciocinio.

Con un paciente agitado u hostil, nos mostraremos con una aptitud positiva, sin mostrar ningún tipo de amenaza, ni física y verbal, le hablaremos con tranquilidad y claridad controlando el volumen que emplearemos, no le cortaremos la conversación ni generalizaremos, alabaremos sus cualidades y/o actitudes, respetando su zona de seguridad.

Ante un paciente agitado, se deberá actuar:

- En primer lugar sería el informar al médico y al responsable de la unidad.
- Separando al paciente del resto de enfermos.
- Efectuar un control ambiental, con una reducción de iluminación, ruidos, cualquier estímulo externo que pudiera afectarle.
- Pudiera ser necesario el aislamiento y sujeción mecánica, en este caso se le informará de forma clara y comprensible.

El paciente pudiera ser reducido de diferentes formas:

Reducción farmacológica; (el celador nunca administrará ninguna medicación al paciente) y que podrá ser:

1. Paliativa, oral o intramuscular para ansiedad, estrés, angustia, agresividad.
 2. Resolutiva, por vía intravenosa.
- Reducción física; inmovilizándolo para evitar un daño físico tanto al mismo como a los demás.
 - Reducción verbal; por medio de la comunicación a través del lenguaje verbal y no verbal.
 - Reducción mecánica; siempre será el médico quien prescriba esta situación y se le realizará con correas homologadas, una abdominal, dos para los miembros superiores y dos para los inferiores y en la realización de esta maniobra actuarán al menos cuatro o cinco personas.

Con el paciente psiquiátrico, en una situación en la cual se encuentre alterado y cuando se crea con la razón, deberemos de tratarle de forma personal en un espacio o lugar tranquilo, dejando que se desahogue, escuchándole atentamente para hacerle ver un efecto de preocupación por sus problemas, mantendremos un estado facial y gestual de entendimiento el cual, si nos apreciara con seriedad y sinceridad se podrá reducir el dramatismo del problema, y no nos olvidaremos

de disculparnos si tuviese razón pero de una vez y con extrema claridad.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el trato con el enfermo mental ha de tener una preparación adecuada a las circunstancias con las que se puede encontrar, ya que estos se caracterizan por tener unas alteraciones de las emociones, de la conducta, las relaciones e incluso la percepción de las cosas.

Teniendo en cuenta este colectivo tan sensible como lo pudieran ser los niños o ancianos dentro de la atención sanitaria, se ha de pensar que seríamos sus cuidadores en todo momento, ya que esto nos exigirá a nosotros mismos una mayor paciencia, sensibilidad, dedicación y comprensión hacia su enfermedad, mostrándose en todo momento positivo.

Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

1. Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de Abril.
2. OMS Organización Mundial de la Salud.
3. Protocolo de contención de pacientes del SESPA.
4. El Celador en la Sanidad. El Celador y la Psiquiatría.
5. <https://sciello.org.es>.
6. <https://medlineplus.gov/spanish>.
7. <https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
8. <https://scholar.google.com>.
9. <https://dialnet.unirioja.es/>.
10. www.formacioncarpendiem.com

Capítulo 392

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE Y SUS FAMILIARES

NAZARET MARCIAL DE LA CRUZ

MARIA DEL CARMEN ROMERO RAMIREZ

MARIA DEL ROSARIO LUDEÑA PULIDO

CARLOS MARCIAL DE LA CRUZ

ANGEL MIGUEL PINTOR OLIVARES

1 Introducción

La calidad en la atención al paciente hospitalizado radica, no solo en la aplicación de habilidades técnicas, sino también en las relacionadas con la comunicación y las habilidades personales. Una persona enferma se vuelve frágil y vulnerable, no solo por las limitaciones físicas que conlleva su dolor y sufrimiento, sino por las mentales, que influyen en su manera de pensar y razonar, pasando de ser una historia integrada de vida, a una simple historia clínica o un número de camas. En definitiva, pasa a ser cosificado. Aprender el nombre de los pacientes y utilizarlo es el primer paso hacia la humanización del cuidado.

Cualquier pregunta que hagamos o información que demos, cobra un peso diferente si le agregamos el nombre del interlocutor, vivenciando así un trato humanizado.

El celador suele ser la primera persona con la que contactan el paciente y sus familiares a su llegada a un hospital y aquí es donde se va a originar una buena

o mala impresión. El celador debe facilitar orientación e información al usuario, sobre los servicios a los que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

Los familiares son los grandes olvidados en el proceso de atención del enfermo. Por ello, debemos darle su lugar, ya que son de gran ayuda y apoyo en el proceso de recuperación de la salud. Son las personas en quienes más confían los enfermos. Debemos hacerles partícipes y considerarlos como nuestros aliados porque va a ser de gran ayuda para ambas partes.

2 Objetivos

- Determinar las actitudes recomendables del celador ante los pacientes y familiares en el ámbito hospitalario.
- Conocer la forma adecuada de transmitir la información al paciente y su familiar.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica consultando las bases de datos como Scielo, Pubmed y Dialnet, utilizando las palabras clave como descriptores: humanización, atención, paciente, comunicación. También se consulta 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.

4 Resultados

El celador debe mostrar unas características profesionales que muestren una cordialidad e interés hacia las necesidades del paciente y sus familiares. En todo momento se debe mantener una actitud de respeto y aceptación, transmitir empatía, seguridad y tranquilidad, y priorizar las demandas o preocupaciones tanto del paciente como de los familiares; además de confirmar siempre una escucha activa con un tono de voz sosegado y amable. Es importante referirnos al paciente y en la medida de lo posible a sus familiares por sus nombres. En el hospital es fundamental indicar las acciones que se van a realizar y siempre dejarles que expresen sus consultas sin interrumpirle.

El celador debe de aportar información y orientación a los familiares de los pacientes sobre la ubicación de servicios y unidades, hacer saber los requisitos necesarios para su uso, horarios de consulta, visitas, transportes, tiempos de espera y

traslados.

Para que la comunicación personal-usuario sea más efectiva, tendremos en cuenta las siguientes pautas:

- Empatía: ponerse en el lugar del usuario para entender cómo se siente, sus inquietudes.
- Clima de confidencialidad y privacidad, evitando interrupciones.
- Respeto hacia la diversidad y las creencias de los pacientes.
- Trato igualitario de respeto pero teniendo en cuenta las peculiaridades.
- Atención personal: cercana, humanizada. El paciente se sienta relajado y seguro para preguntar.
- Ambiente y espacio agradable.
- Utilizar normas de cortesía, hablar mirando a los ojos con adecuación al paciente.

La tecnología sirve para facilitar la comunicación, pero la comunicación personal suele ser más efectiva y bien valorada en el ámbito sanitario.

- Adecuación: comunicar al nivel de lenguaje del usuario. Para asegurarse el mensaje ha llegado, utilizar el método de repregunta; que el usuario explique lo que ha entendido para asegurar su comprensión.
- Capacidad de escucha: como menor tiempo de atención y mayores las prisas, peor.
- Asertividad e inteligencia emocional: necesarias para entender la comunicación no verbal y así facilitar el acto comunicativo.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe tener en cuenta las circunstancias por las que atraviesa el paciente y sus familiares, ya que en la mayoría de los casos están agobiados por las circunstancias de un ingreso, cansancio por el tiempo de espera, el recibimiento de malas noticias, etc. Por lo que debe dirigirse a ellos siempre con respeto y empatía para crear una atmósfera de cordialidad.

Es decir, debe de tener la capacidad de ponerse en su lugar. La actuación correcta desde el primer eslabón hasta el último da como resultado una satisfacción total de todos los usuarios que necesiten ser atendidos en la sanidad.

6 Bibliografía

1. <https://fisiostar.com/celador/como-actuar-con-enfermos-y-familiares-en-unhospital>.

2. Andreu Pinillos, A. 1998. La batalla de la Comunicación Interna. Harvard.Deusto Business Review. Barcelona.

Capítulo 393

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

NAZARET MARCIAL DE LA CRUZ

MARIA DEL CARMEN ROMERO RAMIREZ

MARIA DEL ROSARIO LUDEÑA PULIDO

CARLOS MARCIAL DE LA CRUZ

ANGEL MIGUEL PINTOR OLIVARES

1 Introducción

El Sistema Sanitario Público está organizado en Áreas de Salud las cuales se dividen territorialmente en Zonas Básicas de Salud estas son el marco territorial de la Atención Primaria.

En ella se atiende a una concreta población dentro de una demarcación geográfica y poblacional. Esta debe cumplir una serie de requisitos como:

1. Ser accesible desde todos los puntos a todos los usuarios y capaz de proporcionar una atención de salud continuada.
2. Dentro de la Zona Básica de Salud se encuentra el Centro de Salud el cual debe de estar a una distancia del resto de la geografía de la zona básica de salud de no más de 30 minutos con los medios de transporte habituales.
3. El Centro de salud es la estructura física y funcional que permite el adecuado desarrollo de una Atención Primaria de Salud de forma permanente y continuada, realizando actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y

rehabilitación de la salud, tanto individual, colectiva como de los habitantes de la Zona básica de salud.

4. En él trabajan un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios (EAP) compuesto por:

- Médicos de familia, pediatra, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores.
- Además, estarán coordinados con los centros de Atención Especializadas (Hospitales, etc.) y de manera rotativa realizan turnos de Urgencias (SUAP) en el Centro de Salud.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de la Atención Primaria en el Centro de Salud.
- Exponer funciones del celador en los Equipos de Atención Primaria (EAP) y en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente de las funciones del celador en los Equipos de atención Primaria y SUAP. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado las principales bases de datos: seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En el ámbito de la Atención Primaria de salud se deben desarrollar las siguientes actividades:

1. La Atención Primaria de salud, utilizando fórmulas de trabajo en equipo (EAP y SUAP), se atenderá al individuo, familia y comunidad, además de desarrollar programas para promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación, utilizando para ello todos sus medios básicos como sus equipos de apoyo de la Atención Primaria.
2. La Atención Primaria de salud, constituye el primer nivel de acceso de la población al Sistema Sanitario por lo cual deberá prestar una atención completa a la salud.

3. La Atención Primaria de salud, se desarrollará en cada Zona Básica de salud y será prestada por los profesionales que desarrollan su actividad en la misma (EAP y SUAP).

Las principales funciones del celador los equipos de actuación primaria:

- Información y atención al usuario.
- Traslado y movilización de los pacientes.
- Recepción de materiales.
- Reparto de documentación.
- Asistencia a otros profesionales.

Las principales funciones del celador en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria son:

- Horario de 20 h a 8 h entre semana y los fines de semana y festivos turnos de 24 h.
- Además de las funciones generales de los celadores en el SUAP se encargarán de funciones administrativas cómo tomar datos del paciente, como reflejar el motivo de la consulta.
- Verificar los datos de la tarjeta sanitaria.
- Recoger a vía telefónica los avisos que se producen para la tensión médica domiciliaria.
- No abandonará supuesto cuando esté solo en el servicio por ausencia del equipo sanitario (bien por atención urgente virtual o por aviso domiciliario).
- Podrá derivar urgencias a otros dispositivos (061/112) sanitarios en situaciones de máxima urgencia.

No hay que olvidar, tomar todas las medidas de seguridad por la seguridad de todos.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo estudiamos los conceptos fundamentales de la Atención primaria de la salud, como son:

- Organización Territorial, demográfica y geográfica (Áreas de Salud, Zonas Básicas de salud).
- Los Equipos de Atención Primaria (EAP y SUAP) y sus funciones, y Centro de Salud.

Hemos comprobado la eficacia de la Atención Primaria, ya que esta es el primer contacto del usuario con el sistema de salud y esta debe ser integral, ya que así se derivaría a los que lo necesitan de verdad a una Atención Especializada.

El abuso y la mala utilización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias provocan un colapso de estos y grandes esperas, incluso para quien realmente necesita esa atención hospitalaria. Excepto en las emergencias, para las urgencias deberían utilizar los SUAP como puerta de entrada al sistema sanitario, ya que este servicio deriva de forma adecuada a quienes lo necesitan a niveles hospitalarios, y los datos lo demuestran. Además, tienen gran capacidad resolutive frente a las urgencias.

6 Bibliografía

1. Temario celadores parte específica. Editorial MAD.
2. Campus online EGS.
3. celadoresclogspot.com.

Capítulo 394

EL CELADOR Y EL USO DE LAS DISTINTAS POSICIONES EN LAS MOVILIZACIONES DE PACIENTES

AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El celador en los hospitales se caracteriza por su gran relevancia y polivalencia. Cuando llegas a un hospital el primer profesional que te encuentras es el, él será el encargado de trasladar al paciente o bien de orientar al usuario, por este motivo es muy importante que el celador cuente con unas nociones básicas de mecánica corporal y saber las distintas posiciones anatómicas y las técnicas adecuadas, ya que muchos de los pacientes tienen mermadas sus capacidades de movilidad a causa de una enfermedad con lo cual el celador bajo la supervisión de otros profesionales será el encargado de movilizarlo. Estas movilizaciones no solo se usan para cambios posturales o para traslados también se usan en el quirófano en la mesa de operaciones y también en UCI.

La movilización de los pacientes se llevará cabo siguiendo siempre las normas para evitar riesgos de caídas o lesiones según la patología del paciente se usarán distintas técnicas y siempre bajo la supervisión y la coordinación de todo el equipo de profesionales, médicos, enfermeras, TCAE, entre otros.

El trabajo de celador en los hospitales se caracteriza por su multi función en las responsabilidades asociadas a su desempeño. Por ello, la formación de los celadores es un punto muy importante para que las necesidades y las demandas de los usuarios y de la población estén bien satisfechas.

2 Objetivos

Exponer las distintas posiciones anatómicas que usa el celador para las movilizaciones de pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha hecho una serie de búsquedas sistemáticas en Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como ya comentamos anteriormente el celador debe de conocer las distintas posiciones dentro del ámbito hospitalario tanto para el traslado, exploración o tratamientos.

Antes de empezar a realizar cualquier movimiento anatómico el celador tendrá que tener en cuenta cuatro pautas para garantizar en todo momento la seguridad del paciente:

1. Seguir las instrucciones del personal sanitario.
2. Guardar en todo momento la intimidad del paciente.
3. Adaptar las medidas de higiene necesarias para cada caso.
4. Evitar movimientos bruscos durante movilización del paciente.

Momentos antes a la movilización del paciente el celador deberá a informar al paciente de lo que se va hacer para pedirle su colaboración en la medida de sus posibilidades y también para transmitirle tranquilidad.

Se intentará dejar libre la zona de trabajo donde se va hacer el trabajo eliminando los objetos que puedan obstruir el manejo de la acción, también es importante que este todo el material necesario para evitar pérdidas de tiempo. El celador también tendrá en cuenta la posición de la cama, la cual debe de estar frenada para evitar caídas o movimientos bruscos y también tendrá sumo cuidado con el tipo de vías que lleva el paciente, si es el caso, para evitar en todo momento su obstrucción.

Una vez que se ha tenido en cuenta todas estas circunstancias pasaremos a detallar las distintas posiciones anatómicas:

- De cubito supino: el paciente se encuentra “boca arriba” de manera que el peso recaiga en la zona de la columna vertebral. La cama estará en posición horizontal,

la cabeza reposará sobre una almohada, las piernas y los brazos estarán lo más rectas posibles y alineadas con el cuerpo, se puede poner almohadas a ambos lados de las piernas para evitar rotaciones hacia los lados de las extremidades. Esta posición se usa para estar en la cama, post operatorios, traslados y cambios posturales.

- De cubito prono o ventral: en esta posición el paciente se encuentra “boca abajo” y con la cabeza ladeada. No se recomienda mucho esta posición salvo corregir contracturas o para prevenir úlceras por presión. Esta posición se utiliza para estancias en cama y post operatorios que lo precisen.
- De cubito lateral: el paciente en esta posición estará de costado, la cama estará en posición horizontal, la cabeza reposará sobre una almohada de manera que este alineada con la espalda, las piernas estarán semiflexionadas y se pondrá una almohada entre ellas para evitar presión en la zona de las rodillas. Esta postura se usa para cambios posturales, post-operatorios y también para movilizar las secreciones pulmonares.
- Bipedestación: el paciente se sitúa en posición vertical sobre los pies, se suele usar para hacer pruebas radiológicas.
- Posición sentado: el paciente se sitúa con el dorso levantado, esta posición se usa para cambios posturales, oxigenoterapia, ingesta de medicamentos entre otras.
- Fowler o semisentado: el paciente se sitúa con el torso levantado y las rodillas un poco flexionadas. El respaldo de la cama se situará a 45 grados de inclinación esta posición se suele usar para estancias en la cama, para pacientes con problema cardiacos o respiratorios.
- Sims o semiprona: aquí el paciente se sitúa en una posición entre de cubito prono y decúbito lateral, la pierna inferior deber ser flexionada y la superior doblada, esta posición es conveniente usarla en pacientes inconscientes.
- Trendelenburg: en esta posición el, paciente se sitúa tumbado boca arriba con la cabeza más baja que los pies en un plano oblicuo de grados. Esta postura se usa para mejorar el riego sanguíneo al cerebro y para tratamientos quirúrgicos determinados.
- Posicion sentado: el paciente se sitúa con el dorso levantado, esta posición se usa para cambios posturales, oxigenoterapia, ingesta de medicamentos entre otras.
- Fowler o semisentado: el paciente se sitúa con el torso levantado y las rodillas un poco flexionadas. El respaldo de la cama se situará a 45 grados de inclinación esta posición se suele usar para estancias en la cama, para pacientes con problema cardiacos o respiratorios.
- Sims o semiprona: aquí el paciente se sitúa en una posición entre de cubito prono y decúbito lateral, la pierna inferior deber ser flexionada y la superior doblada,

esta posición es conveniente usarla en pacientes inconscientes.

- Trendelemburg: en esta posición el paciente se sitúa tumbado boca arriba con la cabeza más baja que los pies en un plano oblicuo de 45 grados. Esta postura se usa para mejorar el riego sanguíneo al cerebro y para tratamientos quirúrgicos determinados.
- Roser: el paciente se sitúa tumbado con el dorso del cuerpo sobre los hombros, estos estarán al borde de la cama o la camilla con la cabeza colgando fuera de esta. Es común usar esta posición para intervenciones de otorrino, neurológicas, ojos, intubados y para hacer el aseo del cabello de pacientes intubados. También se conoce como Proetz.
- Ginecológica o litotomía: el paciente se sitúa en posición de cubito supino, con la pelvis apoyada en el borde de la mesa con las piernas flexionada y abiertas, es común usar esta posición para intervenciones o exploraciones ginecológicas, partos, sondajes, etc.
- Posición de punción lumbar: el paciente estará en posición fetal con la espalda flexionada, se suele usar para hacer punciones lumbares o para anestias epidurales.

Una vez que el celador vez que el celador ha usado cualquiera de estas movilizaciones deberá cerciorarse de que el paciente este cómodo y que todas las vías estén bien acomodadas.

5 Discusión-Conclusión

En lo que refiere a la movilización de pacientes, el celador en primer lugar tiene que tener en cuenta la seguridad del paciente, y también tiene que estar seguro de sí mismo para realizar el trabajo para evitar futuras lesiones que pueden afectar a su trabajo. Muchos de los pacientes que se encuentran hospitalizados padecerán patologías que les impedirá moverse por sí mismos y será el celador el encargado de hacerlo.

Es muy importante la coordinación de todo el equipo de trabajo, ya que serán ellos los que supervisen las movilizaciones con lo cual la comunicación entre todos es prioritaria, haciendo así el trabajo más fácil para todos.

La formación de los celadores en temas de anatomía y de movilización es fundamental para que tengan unas nociones básicas y poder actuar en estas situaciones sin ningún problema.

6 Bibliografía

1. Gómez, J. F., & Suárez, L. F. R. Posiciones anatómicas. Tecnico Auxiliar de Geriatria. Manual. Temario. E-book, 124.
2. Romero, P. D. A., León, S. G., Atienza, J. F. M., & Jimenez, C. S. (2013). Técnicas básicas de Enfermería. Ediciones Paraninfo, SA.
3. Saturno, P. J. (2009). Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Revista de Calidad Asistencial*, 24(3), 124-130.
4. Jiménez, S. P., Antón, M. P., & Manzano, S. T. (2004). Posiciones quirúrgicas: cuidados de Enfermería y prevención de complicaciones. 5.
5. Jäger, M., Jordan, C., Theilmeier, A., Luttmann, A., & Dolly Group. (2010, May). Lumbar-load quantification and overload-risk prevention for manual patient handling: the Dortmund approach. In *Proceedings of the 8th International Conference on Occupational Risk Prevention, Creating Value through Risk Prevention Management* 5e7 May, Valencia, Spain.

Capítulo 395

EL CELADOR EN EL ALMACEN

AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Todo recinto hospitalario debe de estar dotado de un almacén, definiremos el almacén como un edificio o local donde se guardan géneros de cualquier especie, generalmente mercancías. A la hora de diseñar un almacén el factor más importante será optimizar el espacio. El almacén debe estar preparado para recibir, guardar y almacenar cualquier tipo de mercancía.

El almacén hospitalario tiene las siguientes funciones:

- Recepcionar los productos solicitados a proveedores externos para que se lleven a cabo las funciones del centro hospitalario.
- Llevar a cabo el control de calidad.
- Preparar los pedidos.
- Expedir Los pedidos.

El celador dedicará su trabajo en el almacén para que se cumplan todos los requisitos aquí nombrados entre otros, tendrá que controlar el funcionamiento de este para garantizar el aprovisionamiento de las distintas unidades y servicios del centro hospitalario.

Normalmente, un hospital tiene dos tipos de almacenes uno será el de farmacia y el otro el almacén general, que se puede subdividir en varios según el tipo de material que haya, material de mantenimiento, material clínico fungible, de material quirúrgico, de aparataje, de papelería, de lencería, etc.

Los objetivos principales del celador en el almacén ese el reparto de material, la rapidez y la efectividad, por lo que el celador debe ser resolutivo a la vez que efectivo y seguro en su puesto de trabajo.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador en el almacén.
- Describir la estructura y funcionamiento de un almacén en un centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para hablar de las funciones del celador en el almacén tenemos que hablar de las fases del suministro.

Nos referimos al suministro como un conjunto de tareas cuyo objetivo es aprovisionar de material el almacén de un local. En este caso hablamos del almacén de un centro sanitario.

Los suministros pueden ser externos cuando las mercancías que llegan a este vienen desde fuera y procede de diferentes proveedores; y también pueden ser internos, cuando los productos se distribuyen desde el almacén general del hospital a distintas unidades o servicios.

Para que el funcionamiento del almacén sea adecuado hay que tener en cuenta una serie de fases:

- Previsión de aprovisionamiento: consiste en conocer las necesidades precisas del material para el buen funcionamiento del centro hospitalario. Una vez conocida la necesidad se gestiona la compra de los productos a proveedores externos. Normalmente, esta tarea se realiza de manera anual.
- Planificación de adquisiciones: se planifica cuanto se necesita, para cuando se necesita y con qué recursos se cuenta para su recepción de los productos externos.
- Procedimiento administrativo de contratación: Modo de adquisición de los productos y servicios necesarios de un almacén, los cuales han de regirse por la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público.

- Petición del material: una vez gestionada la compra de la mercancía que se precisase procede a la petición del material.
- Recepción de mercancías: se produce la llegada de las mercancías al almacén y se anotará el número de pedido y el nombre del proveedor, el transportista deberá entregar un albarán que refleje la relación de productos. Antes de almacenar estos productos decepcionados se comprobará que la cantidad de bultos coinciden con los que refleja el albarán, se realizará el control de calidad, cerciorándose que la mercancía recibida esté en buen estado.
- Almacenamiento de la mercancía: después de decepcionar las mercancías se procederá al almacenamiento, se le asignará un código a cada producto, y la mercancía quedará guardada de manera ordenada para su posterior reparto o entrega.

Una vez que se han tenido en cuenta estas actuaciones el celador a la hora de colocar las mercancías en el almacén tendrá que tener un rigor según su tamaño y según el espacio que tenga en este, ya que el orden es fundamental para una mayor celeridad a la hora de buscar cualquier producto que sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la tarea del celador en el almacén a nivel hospitalario es sumamente importante, ya que tendrá que ser muy meticuloso y ordenado tanto para las mercancías que llegan y entran como para las mercancías que salen de la precisión de este trabajo va a depender el abastecimiento de las necesidades materiales del centro hospitalario y de centros de salud que sean suministrados por este centro hospitalario. Deberá mantener el orden en todo momento aprovechar al máximo el espacio para que el almacenamiento sea lo más óptimo posible y el trabajo sea también más rápido sin obstáculos que impidan el funcionamiento del almacén. En nuestra opinión consideramos que la figura del celador en el área de almacén de un hospital, es una pieza clave para su correcto funcionamiento. Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

1. Acuerdo del consejo de Ministros 26/06/1990 que modifica el Real Decreto Ley 3/1987.
2. Celadoresonline. [blogspot. com/almacen-hospitalario](http://blogspot.com/almacen-hospitalario).

Capítulo 396

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACION ENTRE EL CELADOR Y EL PACIENTE

AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

En los profesionales sanitarios y no sanitarios, en este caso el celador, además de tener un pleno conocimiento de sus competencias profesionales es conveniente que adquieran conocimientos comunicativos, ya que se van a enfrentar a muchos pacientes con distintas patologías y con diferentes maneras de expresar sus sentimientos. Estas cualidades comunicativas también se podrían llamar cualidades humanas que son las que pueden convertir a un celador en un profesional agradable y tranquilizador que ayudará a que el hospital sea un lugar agradable. La comunicación tiene un efecto beneficioso, es conocido el bien que hace poder hablar, pero es terapéutico cuando se emplea para ayudar al paciente a resolver problemas de salud.

En este capítulo vamos a hablar de la comunicación, la definiremos y describiremos el proceso de la comunicación, haciendo incidencia de la importancia de la comunicación tanto entre el celador y el paciente como el celador y el resto de los profesionales.

Hablaremos de la importancia de la asertividad, como uno de los métodos más importantes y más practicables a la hora de tratar con un paciente.

También tendremos en cuenta la importancia de la observación a la hora de mantener una comunicación, ya que según lo que se observe, el usuario podrá tener distintas características que nos ayudaran a la hora de comunicarnos con él.

2 Objetivos

Describir la importancia de la comunicación entre el paciente y el celador a todos los niveles.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La Real Academia de la Lengua Española define la comunicación como “Trasmisión de señales mediante un código comunal emisor y al receptor”.

También se puede definir como un acto de comunicación entre dos personas o más, esta definición encaja muy bien con la relación que ha de tener un celador un paciente.

Además del intercambio de comunicación tiene otras funciones, vamos a diferenciar varios elementos dentro de la comunicación:

- Emisor: es la persona que desea enviar el mensaje, es decir, la persona que pretende enviar un mensaje al receptor. Es importante la manera de expresarse del emisor, este a través de sus gestos o su tono de voz puede conseguir que la comunicación sea más atrayente hacia el receptor.
- Receptor: es la persona que recibe el mensaje, la recepción del mensaje dependerá de las características psicosociales del receptor y de sus habilidades de comunicación.
- Mensaje: es el conjunto de ideas o informaciones que se transmiten mediante códigos, claves, imágenes etc. El significado será interpretado por el receptor.
- Canal: el medio a través del cual se transmite el mensaje, este canal puede ser oral o escrito. La transmisión de este mensaje se puede realizar a través de diferentes medios como el aire, el teléfono, el video.etc.
- Contexto: es la situación en la que se desarrolla la comunicación, determinará en gran parte la interpretación que se le dará al mensaje en influirá en la comprensión del mismo.

Dentro de la comunicación podemos hablar de seis etapas:

1. Codificación: es el momento en que la mente organiza las ideas para recibir o enviar el mensaje.
2. Emisión: se produce cuando la mente transforma las ideas y las palabras en sonidos, signos, palabras escritas.
3. Transmisión: se lleva a cabo cuando se envía el mensaje.
4. Recepción: es el momento en el que la persona a la que va dirigido el mensaje le llega y ve, y lo oye.
5. Decodificación: en este momento de la comunicación se produce el descifrado del mensaje.
6. Feedback: se llama también retroalimentación, son las repuestas que el receptor de un mensaje va enviando al emisor del mismo (preguntar, responder, cambiar la expresión de la cara, etc.)

Dentro de la comunicación podemos tener varios tipos de comunicación, podemos hablar de comunicación Externa es la que se produce en este caso en el hospital, centro de salud o en un entorno sanitario, pueden ser los proveedores que trabajan con el hospital. También nos referimos a la comunicación interna cuando se produce entre las personas que trabajan o conviven en un hospital o en el ambiente sanitario. A su vez dentro de la comunicación interna tenemos que hablar de tres modelos:

- Ascendente: de abajo hacia arriba según la estructura jerárquica.
- Descendente: de arriba hacia abajo en el nivel jerárquico.
- Horizontal: mismo nivel jerárquico.

Dentro de la comunicación nos podemos encontrar con barreras estas barreras pueden ser personales, físicas o semánticas. Estas barreras se encuentran en las personas en las emociones, en los hábitos también se encuentran en el ambiente donde se desarrolla la comunicación que puede verse afectado por los ruidos, finalmente las barreras de la comunicación también pueden verse afectadas por las diferentes interpretaciones del mensaje muchas veces las palabras no significan lo mismo según la manera y la forma en la que se emitan.

Podemos hablar también de tres estilos de comunicación:

- Agresivo: se caracteriza por usar un tipo de comunicación cruel y desafiante donde se agreden los derechos de los demás para conseguir objetivos personales.
- Inhibido: en este tipo de comunicación la persona no defiende ni respeta sus propios derechos, al no ser capaz de expresar con claridad sus propios sentimientos.
- Asertivo: este tipo de comunicación es la más acertada, la comunicación asertiva consiste en la habilidad de expresar y comunicar nuestros deseos de una manera abierta, directa, adecuada, amable y franca con siguiendo decir lo que se quiere

expresar sin atentar contra los demás.

Dentro de la comunicación un factor muy importante es la escucha activa que consiste en escuchar con comprensión y entender La comunicación desde el punto de vista del que habla, mostrando además interés ante la presencia del mensaje. Existen pautas para llevar a cabo esta escucha activa como ser amable con los demás, atender visualmente mientras nos hablan, no juzgar a la persona que transmite el mensaje, no anticiparse a las respuestas, intentar motivar al emisor del mensaje transmitiendo calma y tranquilidad.

La herramienta que más va a usar el celador en la comunicación será la escucha activa, por parte del celador será necesario:

- Transmitir que ha entendido el mensaje siempre con un gesto agradable o una sonrisa.
- Debe de conocer el entorno del paciente y usar siempre un lenguaje claro.
- Deberá mostrar interés ante el mensaje del paciente y escuchar atentamente para intentar cubrir su demanda en la medida de lo posible.
- Facilitará la manera de comunicarse con el paciente.
- Dejará hablar al paciente sin interrumpirle cuando quiera expresar algún tipo de preocupación.

El celador siempre tratará al paciente con respeto de manera que la comunicación entre ambos sea lo más fluida posible.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo del tiempo y de la experiencia la manera de comunicarse se va aprendiendo con la práctica. Para mantener el bienestar entre el paciente este necesita ser escuchado, ya que buscará la cercanía y el apoyo de los profesionales no solo de una forma terapéutica sino de manera efectiva. Dependiendo de la situación del paciente el celador tendrá que apoyar de manera positiva al paciente o también tendrá que dejarlo hablar para expresar sus miedos y sus dudas. Estas actuaciones serán importantes para que la calidad asistencial del centro hospitalario sea buena.

Todo ello forma parte hoy en día de la calidad asistencial.

6 Bibliografía

1. <https://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/07/Habilidades-sociales-comunicacion.pdf>.

2.http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/G_Recursos_orientacion/g_5_habilidades_sociales/g_5.1.documentos_basicos/1.11.HHSS%20mejoran%20comunicacion.pdf.

3. El proceso de la comunicación (introducción a la teoría y la práctica).

Capítulo 397

LA COMUNICACIÓN: EVITAR BARRERAS Y FOMENTAR HABILIDADES

NOELIA PLIEGO GÓMEZ

SARA ALONSO FERNANDEZ

ISABEL CIUDAD RODRIGUEZ

MÓNICA MARÍA RODRÍGUEZ SIERRA

1 Introducción

La comunicación es un proceso de intercambio de información, en el que intervienen dos o más individuos con el objetivo de aportar información y recibirla. Que el proceso de comunicación funcione correctamente es necesario para la consecución de objetivos.

La comunicación en el sector sanitario requiere de un correcto proceso para que se desarrolle un entendimiento de manera adecuada entre profesionales y usuarios, ya que es una actividad esencial e inevitable.

Las barreras de la comunicación son interferencias que dificultan el correcto proceso comunicativo.

Es de vital importancia la necesidad de formación del personal en el sistema de salud para ofrecer un servicio en sus funciones acorde en virtud a una óptima comunicación de carácter terapéutico, en la que el profesional y el usuario puedan interactuar convirtiendo el encuentro en una relación única y diferente.

Otorgar al personal que desempeña sus funciones en los distintos y variados servicios del sistema sanitario de técnicas y habilidades, para que puedan usar de forma adecuada en las distintas situaciones que se lleguen a plantear, tanto con el resto de equipos profesionales como por supuesto con el usuario del sistema. Debe ser tratado con carácter primordial pues la comunicación es fundamental para tener un buen desarrollo y ofrecer calidad asistencial.

2 Objetivos

- Identificar barreras comunicativas en el sistema sanitario.
- Exponer técnicas adecuadas de comunicación en el ámbito sanitario por parte del personal, para un desempeño de sus funciones con resultados positivos tanto para usuarios como para el sistema por ser partes implicadas en los mismos objetivos de salud.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha coordinado la búsqueda de información mediante una revisión bibliográfica, con su correspondiente recopilación de datos e información obtenida a través de páginas web de índole informativo y educativo como Google académico, Scielo, artículos y revistas especializadas. El epicentro de la búsqueda ha sido la comunicación. Palabras clave: barreras comunicación, habilidades comunicación, sistema sanitario.

4 Resultados

Hoy en día, los usuarios del sistema sanitario evalúan múltiples aspectos relacionados con la calidad y la seguridad que ofrecen las instituciones sanitarias. La opinión del usuario no sólo va a estar en la propia resolución de su proceso, sino en el trato humano recibido por el personal que fue atendido, y para ello establecer una buena comunicación es primordial.

En el ámbito sanitario, suelen sucederse muchos problemas originados con una mala comunicación y es que una comunicación inadecuada contribuye a la sucesión de eventos adversos. Estos obstáculos en la comunicación pueden venir claramente identificados y definidos.

Las barreras de la comunicación son interferencias que, de no aplicar acciones correctivas para evitarlas, dificultan la llegada de un mensaje claro y correcto.

- Barreras semánticas, relacionadas con el significado de las palabras. El lenguaje técnico usado en sanidad puede dificultar o dar una interpretación errónea entre el profesional y el usuario.
- Barreras psicológicas, que tienen que ver con el estado emocional o personalidad. El mensaje puede verse deformado por diversos estados emocionales tanto por quien lo transmite como por quien lo recibe. No debemos olvidar el grado de vulnerabilidad en el que se pueden encontrar muchos usuarios cuando su proceso de salud no es el esperado.
- Barreras fisiológicas, son deficiencias por cuestiones médicas como una sordera o enfermedades transitorias tipo resfriado, afonía que determinan el correcto funcionamiento de la comunicación, restándole claridad y fidelidad al mensaje.
- Barreras físicas, relacionadas no con las personas, sino con el entorno en el que se encuentran. Obstáculos que impiden una correcta comunicación que pueden ser ambientales, tecnológicos y desde la llegada de la pandemia las mascarillas y las pantallas de protección.
- Barreras administrativas, el exceso de burocratización y los cambios sobrevenidos por la pandemia son un claro ejemplo de la sobrecarga administrativa y pérdida de información.

El personal que trabaja en el sistema sanitario se caracteriza por tener unos conocimientos adquiridos que le permiten desarrollar las actividades concretas de su categoría profesional. Igualmente, dispone de recursos técnicos y emocionales inherentes a la experiencia que le permite desarrollar las habilidades para desempeñar sus funciones.

Por otro lado el usuario que acude al servicio sanitario lo puede hacer desde diversos y distintos escenarios, ante un acontecimiento negativo por necesidades de salud propias o de algún familiar o por consulta planificada voluntaria sin riesgo alguno para su salud.

El profesional se encuentra con cada usuario en un contexto de individualidad y, por tanto, de diversidad.

Es por ello la importancia de adquirir habilidades comunicativas que permitan conectar entre ambos.

Hablar de habilidades comunicativas supone el desarrollo y adquisición de técnicas que ayuden a obtener unas aptitudes para poner en práctica en las relaciones con los usuarios, de manera que la comunicación fluya de manera adecuada y efectiva.

Estas son algunas de las competencias a las que se debe prestar atención y potenciar entre los profesionales:

Acoger sin prisa: sucede en el primer contacto con el que se encuentran los usuarios.

ios del sistema sanitario; conceder el tiempo necesario, mostrar su disponibilidad sin interrupciones es importante para asentar las bases a una correcta comunicación.

Contacto visual: es básico y es el primer paso para establecer una comunicación fluida. En los últimos tiempos con la pandemia se ha visto limitado por el uso de las tecnologías, en concreto la atención telefónica, dando pie a que surjan inseguridades y malentendidos que provocan crispación y situaciones incómodas.

Aceptar las diferencias de los usuarios: debido a la cantidad, calidad y variedad de usuarios que tiene que atender los profesionales a lo largo de sus jornadas, se debe anular la generalización de éstos y respetar la individualidad de cada usuario.

Apertura de espíritu: el profesional debe ajustarse al usuario, con la finalidad de que éste se sienta cómodo de expresarse abiertamente. Tiene que mostrar un estilo comunicativo de honestidad y abierto.

Aptitud negociadora: la relación profesional-usuario debe gestionarse con la premisa máxima de la colaboración.

Compromiso: una buena comunicación tiene en cuenta tanto el contenido como el sentimiento que le sigue.

Autenticidad: se debe facilitar la expresión de emociones y sentimientos.

Calidez humana: el profesional debe ver al usuario como una persona, indistintamente de sus comportamientos o de sus pensamientos, permitirle expresar emociones siendo cálido y cordial.

Actitud empática: los profesionales sanitarios han de ser capaces de ponerse en el lugar del usuario, desarrollar una aceptación incondicional y una muestra de actitud comprensiva y cercana.

Actitud de concreción: aquí se requieren diferentes habilidades, como que el profesional emplee términos sencillos y realicen una buena escucha activa, con lo que implica una retroalimentación de resumen que fomente esa concreción. La base para comunicarse es que se llamen a las cosas por su nombre, sin utilizar eufemismos.

Escucha activa: mostrar una habilidad para escuchar sin interpretar desde sus propias experiencias con actitud de sorpresa. Hacer pequeños comentarios que expresen interés, pero que no lleguen a interrumpir el transcurso del diálogo con el usuario.

Saber observar: el profesional debe saber observar, tanto a uno mismo como las reacciones de los usuarios, con el propósito de entender lo que ocurre en la relación y en la situación.

Paciencia y competencia: en ocasiones no se aprecian los problemas de los otros.

Las dificultades de los usuarios al tratarse de temas de salud son frecuentes, y no siempre encuentran alguien que los escuche.

Utilizar el humor: el humor es un gran aliado para crear contextos de comunicación amigables y en los que no se acumula la tensión. Utilizar pequeñas bromas improvisadas que permitan crear complicidad sin olvidarse nunca del contexto para no abusar de la informalidad.

Evitar las posturas defensivas: no utilizar un lenguaje no verbal en el que se dice lo contrario de lo que se quiera expresar. Evitar posturas tensas.

Previsión de los momentos incómodos del usuario: Utilizar formulaciones lingüísticas adecuadas y dar las explicaciones necesarias de manera que no se pueda interpretar lo que se quiera decir como una burla o acusación.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, cuando un usuario accede al sistema sanitario, debe encontrarse en un entorno que permita una comunicación libre de barreras que perjudiquen con interferencias y distorsiones el mensaje a transmitir, de esa manera se contribuirá a una efectiva interacción entre ambos proporcionando calidad y confianza. Se recomienda establecer medidas y protocolos que faciliten una comunicación de calidad:

- Realizar un estudio de las instalaciones, poniendo el foco en la adecuación del entorno donde se produzca el encuentro con el usuario eliminando barreras físicas que dificulten la comunicación.
- Invertir en formación de sus profesionales. Dotarles de recursos para saber establecer un equilibrio entre el lenguaje verbal y no verbal, ser empático, practicar la escucha activa y la retroalimentación, controlar emociones y saber adaptar el mensaje al receptor.

La premisa básica de toda institución sanitaria debe ser proporcionar cobertura a todo tipo de usuario, independientemente de sus individualidades culturales, físicas, psicológicas o fisiológicas, y para ello es vital establecer una excelente comunicación proporcionando un mensaje claro, conciso, correcto, coherente y completo.

6 Bibliografía

1. <https://psicologiaymente.com/social/barreras-de-comunicacion>.
2. <https://psicologiaymente.com/social/habilidades-comunicativas-basicas>.
3. <https://www.psicoadapta.es/blog/habilidades-comunicacion-expresarnos>.

4. www.capacitarte.org.
5. www.psicopedia.org.

Capítulo 398

SOBREEXPOSICIÓN AL USO DE PANTALLAS EN AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

PAULA FERNÁNDEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

Desde hace unas décadas el uso de la tecnología está cada vez más presente en nuestro día a día. Los ordenadores, las tablet, los teléfonos móviles y otros artilugios electrónicos son herramientas de uso común tanto en nuestro tiempo de trabajo como en nuestro tiempo libre.

En la actualidad, si pensamos en la labor de un auxiliar administrativo, enseguida se nos vienen a la mente archivos, carpetas y documentos en papel, pero también, indudablemente, un ordenador descansando sobre una mesa de oficina. Hoy en día, por tanto, es inevitable que ese auxiliar administrativo tenga el equipo informático frente a sus ojos en cada jornada de trabajo.

Si tenemos en cuenta que la jornada laboral habitual de este tipo de empleados públicos es de treinta y cinco horas semanales, el tiempo de exposición a la pantalla del ordenador superaría las mil seiscientas horas anuales.

Toda actividad practicada en exceso o de forma repetitiva durante un tiempo tan prolongado conlleva unos riesgos para la salud. En el caso de la exposición diaria a las pantallas, la gran perjudicada, aunque no la única, es la vista. De hecho, el Síndrome de fatiga ocular está reconocido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como enfermedad laboral.

2 Objetivos

Describir algunos de los síntomas que provoca la sobreexposición a las pantallas.

3 Metodología

Para crear este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda de bibliografía relacionada con la problemática mencionada en el apartado anterior.

Dicha búsqueda se ha hecho principalmente en plataformas como Dialnet o Scielo, pero también directamente en google.

Algunas búsquedas clave han sido “síndrome de fatiga ocular”, “SVC”, “pantalla ordenador salud” o “pantalla riesgo ocular”.

4 Resultados

Estar mucho tiempo frente a una pantalla provoca que la cantidad de parpadeos de una persona disminuya. Teniendo en cuenta que la principal función del parpadeo es lubricar el ojo, no es de extrañar que la sensación de sequedad ocular prevalezca.

Además de esa sequedad, también es habitual sentir picor, ardor, lagrimeo, dolor, irritación, enrojecimiento, etc.

Si vamos más allá de esos primeros síntomas más habituales, también sería posible comenzar a experimentar fenómenos ópticos como la visión borrosa o la visión doble. Esto ocurre porque la vista se acostumbra a centrarse en un punto fijo durante muchas horas y, cuando por fin puede apartarse de él, no logra enfocar correctamente.

Ahora bien, podríamos pensar que la exposición prolongada a las pantallas solo causa problemas de visión como los que acabamos de mencionar, pero lo cierto es que también repercute en otros aspectos.

Los dolores de cabeza, de cervicales, el vértigo o las náuseas están estrechamente relacionados con la vista, por lo que son síntomas que también suelen presentarse recurrentemente en personas sobreexpuestas al uso de pantallas.

No podríamos afirmar que el uso de pantallas provoca defectos visuales, pero sí que ayuda a desencadenarlos o a adelantarlos. Por ejemplo, si la necesidad de

utilizar gafas de cerca suele aparecer en torno a los 45 años, quienes trabajan con ordenadores a diario suelen recurrir a ellas bastante antes de esa edad.

¿Y cómo podríamos paliar las dolencias que venimos mencionando hasta el momento?

Pues por ejemplo sería muy recomendable acostumbrarse a parpadear más a menudo de lo habitual para hidratar el ojo o, como alternativa, ayudarse con lágrimas artificiales.

También es imprescindible hacer pequeños descansos. Por ejemplo, descansar quince minutos tras dos horas de trabajo frente a la pantalla o retirar la vista del ordenador cada veinte minutos. Estos descansos visuales ayudan a rebajar la fatiga y a no perder el poder de enfoque.

Si bien esos pequeños gestos pueden producir grandes beneficios, también existen ajustes en el lugar de trabajo que juegan un papel importante.

Así, la luz, la posición de la pantalla o la temperatura son determinantes a la hora de mitigar los efectos adversos de la mencionada sobreexposición.

En lo referente a la iluminación, es importante alejar la pantalla de toda fuente de luz para evitar que incida directamente sobre ella. Es recomendable por tanto colocar las pantallas en el lateral o en zona más alejada de las ventanas, nunca delante ni detrás.

Asimismo es necesario contar con luz artificial además de natural, ya que esta última es demasiado variable. Dicha luz artificial debe colocarse en línea paralela a la línea de ventanas. En cualquiera de los casos será inevitable que existan reflejos, por lo que podría recurrirse a filtros antirreflejo.

En cuanto a la posición de la propia pantalla, debe tenerse en cuenta la distancia de visión, la altura y la inclinación.

La distancia no puede ser inferior a 40 cm ni superior a 90 cm; de altura debe colocarse ligeramente por debajo del eje normal de la mirada, ya que una pantalla situada muy por encima de dicho eje favorece la aparición de reflejos, y en cuanto a la inclinación, será vertical o ligeramente inclinada hacia delante.

Finalmente, en cuanto a la temperatura hay que tener en cuenta que las propias personas, el ordenador y las luces generan calor. Dependiendo de la época del año puede ser necesario recurrir al aire acondicionado para conseguir una tem-

peratura agradable. Sin embargo, ponerlo a demasiada potencia hace que la velocidad a la que se mueve el aire en el habitáculo sea demasiado rápida y moleste a los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Está demostrado que pasar más de cuatro horas diarias frente a la pantalla de un ordenador aumenta significativamente el riesgo de sufrir el “Computer visión syndrome” (SVC), nombre con el que han decidido denominar al conjunto de síntomas que hemos descrito a lo largo del artículo. Además, como es lógico, la prevalencia del síndrome es directamente proporcional al tiempo que pasamos frente a la pantalla.

La problemática es doblemente peligrosa, ya que no solo perjudica la salud de cada trabajador de forma individual. Si tenemos en cuenta que el trabajo de esas personas es el que sostiene la Administración, el funcionamiento de la misma se ve gravemente afectado.

Además, como ya hemos mencionado, el uso de pantallas en el ámbito profesional y social está a la orden del día. Esto supone que el número de personas que padecen la sintomatología aumente cada vez más. Así, estaría convirtiéndose en un problema de salud pública que puede desencadenar grandes pérdidas de productividad y costes sanitarios.

Parece imprescindible que tanto el trabajador como la Administración deben poner de su parte para atajar el problema. Cada individuo deberá cuidar lo relativo a las posiciones, los descansos, etc., y la Administración deberá diseñar espacios y dotarlos de mobiliario y demás recursos necesarios para favorecer el bienestar de sus trabajadores.

6 Bibliografía

1. Asepeyo. El trabajo en ordenadores de pantalla. (2017). https://prevencion.asepeyo.es/wp-content/uploads/R1E17074-Gu%C3%ADa-El-trabajo-en-ordenadores-de-pantalla_Asepeyo-1.pdf.
2. Echeverri Saldarriaga S, Giraldo Ochoa D, Lozano García L, Mejía Cardona PA, Montoya Llano L, Vásquez Trespalacios EM. (2012). Síndrome de visión por computador: una revisión de sus causas y del potencial de prevención. *Revista CES Salud Pública*. 3(2):193-201.

3. Hodelín Hodelín Y, Luz de los Reyes García Z, Hurtado Cumba G, Batista Salmon M. (2016). Riesgos sobre tiempo prolongado frente a un ordenador. *Revista Información Científica*. 95(1):175-190.
4. Prado Montes A, Morales Caballero Á, Molle Cassia JN. (2017). Síndrome de fatiga ocular y su relación con el medio laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 63(249):345-361.
5. Rioja Salud. Posturas correctas frente al ordenador. <https://www.riojasalud.es/servicios/prevencion-riesgos-laborales/articulos/posturas-correctas-ante-el-ordenador>.

Capítulo 399

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

EVA SECADES RODRÍGUEZ

1 Introducción

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales es aquella ley que obliga a que cada empresa, en este caso el sistema nacional de salud, disponga de una organización de recursos preventivos adecuada a sus necesidades. Que establezca el derecho a recibir formación teórica y práctica en materia preventiva y que deberá actualizarse siempre que sea necesario.

La normativa vigente es la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos, ley que regula el conjunto de actuaciones que los poderes públicos deberán poner en marcha y que serán dirigidas a la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo para elevar el nivel de protección de la salud y la seguridad de los trabajadores, dicha ley se articula en la Ley en base a los principios de eficacia, coordinación y participación, ordenando tanto la actuación de las diversas Administraciones públicas con competencias en materia preventiva, como la necesaria participación en dicha actuación de empresarios y trabajadores, a través de sus organizaciones representativas.

Para poder desarrollar y entender dicha ley se han de definir los distintos conceptos que la definen así:

1. Podemos definir prevención como el conjunto de actividades y medidas adoptadas, que se han de prever en todas las fases de actividad laboral de con la finalidad de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.

2. Riesgo laboral es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo.
3. Daños derivados del trabajo serán aquellas las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.
4. Riesgo del trabajo grave o inminente es aquel que resultara probable y racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores.
5. Riesgos potencialmente peligrosos son aquellas circunstancias que, en ausencia de medidas preventivas específicas, originen riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores que los desarrollan o utilizan.
6. Definiremos equipo de trabajo cualquier máquina, aparato, instrumento o instalación utilizada en el trabajo.
7. Condición de trabajo es cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador.
8. Finalmente definiremos equipo de trabajo a cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.

2 Objetivos

- Definir los principales riesgos derivados de los procesos laborales.
- Analizar las medidas preventivas que ayuden a prevenir riesgos o a minimizarlos cuando estos no se puedan prever.

3 Metodología

Hemos realizado este trabajo tras un estudio realizado en los distintos textos encontrados a través de buscadores como Google Scholar o Google Crome, artículos encontrados en distintas bases de datos como pueden ser :Medline, Dialnet, y Elsevier. Especial referencia debemos hacer al Bopa Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

Como datos de inclusión se han utilizado textos escritos en castellano, realizados en los últimos 10 años, artículos completos, De un gran número de textos se han desechado la gran mayoría por carecer de rigor científico.

4 Resultados

Los riesgos asociados a la asistencia sanitaria son múltiples y algunos de ellos difíciles de prever, pero entre ellos debemos destacar.

1. Las caídas del personal a un mismo nivel, estas pueden producirse durante la jornada laboral o en el trayecto al puesto de trabajo, suele producirse por defectos en el suelo, como moquetas sueltas, baldosas mal, ancladas, fallos en el proceso de limpieza ,etc., estas caídas pueden producir lesiones como contusiones, heridas, torceduras, esguinces, o en casos más graves fracturas.

Como medidas preventivas podemos citar:

Uso de calzado antideslizante, que sujete el pie bien, calzado que esté homologado por la CE. El suelo debe ser homogéneo, fijo y estable, de pavimento antideslizante, sin obstáculos.

Los pasillos y espacios de trabajo han de estar libres de obstáculos, limpios y bien organizados.

Evitar cables por el suelo, y si es imprescindible que situación deba ser esta ordenarlos y sujetarlos de manera que no se pueda tropezar con ellos.

2. Riesgo de caídas de personas a distinto nivel, esta se produce en el ámbito sanitario, cuando el profesional tiene que acceder a zonas elevadas como estanterías, armarios, mediante objetos como escaleras , banquetas,, los daños que puede ocasionar son similares a los anteriores.

Como medidas preventivas podemos citar:

Utilizar materiales adecuados al trabajo que se ha de realizar, como escaleras de la medida adecuada, con escalones fijos, que no se deslice, sujeción adecuada. Revisión siempre antes de su utilización.

3. Riesgo por manipulación de cargas, generada muchas veces de la transferencia de pacientes (de la cama a una silla, por ejemplo) o la movilización de los mismos, cargas, etc., lo que puede provocar lesiones, especialmente en la zona de la espalda. El arrastre o levantamiento de mobiliario, bolsas con sábanas sucias o cajas con medicamentos, también requiere de un esfuerzo físico.

Como medida preventiva citaremos el mantenimiento de la higiene postural correcta, empleado medios mecánicos siempre que sea posible, siguiendo las técnicas adecuadas.

4. Riesgo producido por Agente biológico, se produce por la exposición a agentes biológicos se produce cuando se mantiene contacto directo con los enfermos (sangre, vendajes). Las causas principales de la exposición pueden ser por falta de orden y limpieza, material usado o salpicaduras, entre otros.

La principal medida preventiva es la desinfección y la esterilización necesaria en

cada caso, tanto para personas como para instrumental y objetos.

5. Riesgo de exposición a contaminantes químicos los riesgos de contacto con sustancias nocivas o tóxicas puede darse por inhalación al aplicar medicamentos y productos en forma de aerosol, así como por inhalación con óxido de nitrógeno oxidado. Las causas son fundamentalmente grandes concentraciones en el ambiente producidas por fugas en aparatos o instalaciones.

La principal medida preventiva que se ha de aplicar será al trabajar con este tipo de sustancias actuar en función de lo indicado en los productos y las fichas de seguridad de estos. Además, hay que usar correctamente los equipos de protección indicados.

6. Riesgos psicosociales, que pueden estar producidos por las exigencias de distintos tipos que se dan en los puestos de trabajo relacionados con el ámbito sanitario, la carga de trabajo, la valoración que hacen los superiores de este, la toma de decisiones, etc., y las emocionales, sobre todo las relativas a la situación de los pacientes y su entorno.

Pueden afectar al sistema respiratorio, cardiovascular, inmunitario, digestivo, musculo esquelético (ejemplo: ansiedad, dolores de cabeza, problemas de sueño, depresión). En los casos más graves pueden derivar en el denominado síndrome de Burnout: trabajadores que se sienten “quemados” y estresados a causa de la presión de su actividad laboral.

Como medida preventiva será necesario evitar la monotonía y repetitividad, impartir la formación requerida a cada trabajador según su puesto y/o establecer protocolos para la detección precoz de riesgos psicosociales.

5 Discusión-Conclusión

Es indudable que en cualquier actividad profesional existen riesgos laborales que hay que intentar prevenir o mitigar y que en aquel caso de que se materialicen, se ha de reducir su impacto. Los riesgos en el área de sanidad son inherentes a su actividad. Algunos de ellos siendo riesgos generales al resto de las actividades y otros específicos derivados de las particularidades de este área.

Podemos afirmar que los daños producidos producen un impacto importante en los distintos niveles, en el ámbito personal con daños físicos o síquicos que van a influir en el bienestar del propio trabajador y de su ámbito familiar y social, En el ámbito sanitario con bajas y falta de personal suficientemente cualificado que interfiere en el correcto funcionamiento del centro, a nivel de las administraciones con mayor gasto de los recursos públicos.

Concluiremos el trabajo afirmando la necesidad de disponer de los protocolos

de PRL y las medidas de protección adecuados en función de las actividades que realizan los distintos perfiles o roles involucrados (personal médico, de laboratorios, limpieza, celadores) que reduzca el impacto generado por los accidentes laborales, o en su caso que ayude a minimizar los riesgos lo máximo posible.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos <https://www.boe.es>
› buscar › pdf › BOE-A-1995-2... <https://www.unir.net/ingenieria/revista/riesgos-laborales-sanidad/>
2. <https://www.riojasalud.es/servicios/prevencion-riesgos-laborales/articulos/prevencion-de-riesgos-laborales-en-el-sector-sanitario>
3. <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/normativa.htm>
4. https://saludlaboralydiscapacidad.org/wp-content/uploads/2019/07/resumen_ley_prl.pdf
5. <https://invassat.gva.es/es/que-es-prevencion-de-riesgos-laborales>
6. <https://www.oficemen.com/wp-content/uploads/2017/05/Guia-PRL-capitulos-4-y-5.pdf>
7. <https://www.insst.es/documents/94886/326879/959w.pdf/ccd7c931-50d3-4f6f-9600-0d1e9a9ee811>
<https://envira.es/es/como-cumplir-la-ley-prevencion-de-riesgos-laborales-en-mi-empresa/>

Capítulo 400

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

IGNACIO AZPIAZU DEL RIO

1 Introducción

De acuerdo con el RD 487/1997, se entenderá por manipulación manual de cargas cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como el levantamiento, la colocación, el empuje, la tracción o el desplazamiento, que por sus características o condiciones ergonómicas inadecuadas entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores. La manipulación manual de cargas es una tarea bastante frecuente en muchos sectores de actividad, desde la industria pesada hasta el sector sanitario, pasando por todo tipo de industrias y servicios.

La manipulación de cargas es una actividad relacionada fundamentalmente con el riesgo de accidente de trabajo por sobreesfuerzo, aunque puede ser también la causa de otros accidentes tales como cortes, golpes, caída de los objetos manipulados, etc.

Los sobreesfuerzos son una de las causas más frecuentes de accidente de trabajo. En los últimos 20 años, el peso porcentual de los sobreesfuerzos en relación con el total de accidentes de trabajo con baja, ha ido incrementándose ininterrumpidamente. En el año 2000, estos accidentes representaron el 28.4% sobre el total,

alcanzando el 38,5% en 2011. Aunque estos accidentes no dan lugar a lesiones mortales, pueden tener una recuperación lenta y requerir de largos periodos de rehabilitación con el coste humano y económico que ello conlleva.

Actualmente muchas personas han empezado a dar gran importancia a la adopción de posturas corporales adecuadas en el desempeño de sus diferentes tareas profesionales, tratando de disminuir los movimientos erróneos, inadecuados, que puedan sobrecargar nuestros músculos, derivando todo ello en el aumento de las bajas laborales siendo muchas de ellas de larga duración.

Es también fundamental en este aspecto el cumplimiento de todas las medidas preventivas que se establezcan para prevenir lesiones.

2 Objetivos

- Analizar la importancia de la correcta manipulación de cargas, para prevenir riesgos de lesiones.
- Conocer los diferentes equipos para el manejo de las cargas.

3 Metodología

Para la realización del capítulo hemos realizado una revisión bibliográfica de la materia, utilizando como buscadores de información científica "Google Académico", "Dialnet", "Springer link".

Como variables de búsqueda hemos utilizado "Prevención de riesgos laborales" y "correcta manipulación manual de cargas".

4 Resultados

Medidas preventivas para la manipulación manual de cargas.

1. Verificar la carga antes de manipularla: localizar zonas que pueden resultar peligrosas en el momento de su agarre y manipulación.
2. Planificar el levantamiento.
3. Seguir las siguientes reglas básicas en el momento de levantar la carga: separar los pies hasta conseguir una postura estable (colocar un pie adelantado respecto al otro en el sentido de la marcha); doblar las rodillas y mantener la espalda recta; acercar al máximo el objeto al cuerpo; levantar el peso gradualmente y sin sacudidas; y no girar el tronco mientras se está levantando la carga.

4. Manejar una carga entre dos personas siempre que: el objeto tenga, con independencia de su peso, al menos dos dimensiones superiores a 76 cm; cuando una persona tenga que levantar un peso superior a 30 kg y su trabajo habitual no sea el de manipulación de cargas; y cuando el objeto sea muy largo y una sola persona no pueda trasladarlo de forma estable.

5. Situar la carga en el lugar más favorable para la persona que tiene que manipularla, de manera que la carga esté cerca de ella, enfrente y a la altura de la cadera.

6. Utilizar ayudas mecánicas, siempre que sea posible.

7. Transportar la carga a la altura de la cadera y lo más cerca posible del cuerpo. Si el transporte se realiza con un solo brazo, se deberán evitar inclinaciones laterales de la columna.

8. Evitar los trabajos que se realizan de forma continuada en una misma postura. Realizar pausas según exigencia.

9. El peso máximo recomendado en trabajos habituales de manipulación de cargas es, en unas condiciones favorables de manejo e ideales de levantamiento, de 25 kg. Sin embargo, si se quiere proteger a la mayoría de la población trabajadora (mujeres, jóvenes, personas de edad...), el peso máximo recomendado es de 15 kg. En trabajos esporádicos de manipulación de cargas, para un trabajador sano y entrenado, el peso permitido puede llegar hasta los 40 kg.

10. El empresario deberá garantizar que las personas que trabajan reciban una formación e información adecuadas a los riesgos derivados de la manipulación manual de cargas, así como que se adopten las medidas de prevención y protección necesarias.

11. El empresario deberá adoptar las medidas técnicas u organizativas necesarias para evitar la manipulación manual de las cargas, en especial mediante la utilización de equipos para el manejo mecánico de las mismas, sea de forma automática o controlada por el trabajador.

En esta ocasión vamos a centrarnos en equipos mecánicos controlados de forma manual.

Estos equipos generalmente no eliminan totalmente la manipulación manual, pero la reducen considerablemente y pueden ser muy útiles ya que son económicos y versátiles.

Según su función se pueden clasificar en:

- Equipos de transporte (cajas y estanterías rodantes, carretillas, carros).
- Equipos de elevación y descenso (mesas y plataformas elevadoras, carros de plataformas elevadoras).
- Equipos de suspensión de cargas (poleas, tornos, cabestrantes).

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que para los trabajadores es fundamental conocer los riesgos existentes en la manipulación de cargas para poder prevenirlos, así como disponer de los diferentes equipos necesarios para el desarrollo óptimo de las diferentes tareas. Todo ello supondría una disminución de los accidentes y bajas laborales de los trabajadores, ya que la prevención es la única forma de trabajar de forma segura y no tener que dañar nuestra salud.

Cada vez es mayor la importancia y la inversión que las administraciones realizan en este ámbito, ya que su implantación y la correcta ejecución de la misma ayuda a eliminar accidentes y enfermedades profesionales, facilita el trabajo en condiciones seguras, mejora la satisfacción de los trabajadores y su motivación aumentando la productividad y beneficios.

6 Bibliografía

1. Guía para la selección de ayudas a la manipulación de cargas. (Octubre 2012) Autores: Esperanza Valero Caballero, Laura Ruiz Ruiz, M^a Félix Villar Fernández . Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
2. Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorso lumbar, para los trabajadores.
3. ERGA Formación Profesional. Notas prácticas. Edita: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Capítulo 401

POSTURAS QUE DEBERÍA CONOCER EL CELADOR DE QUIRÓFANO SEGÚN EL TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

ROSA ABEL PARAJÓN CANGA

ANA MARÍA MÉNDEZ QUINTANA

1 Introducción

En un Centro Hospitalario nos encontramos diferentes áreas donde cumple las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Hay una atención directa de profesionales pero nos vamos a centrar en un profesional no sanitario que es el celador.

Las funciones del celador pueden ser distintas dependiendo del área de trabajo. Una de ellas es el celador en quirófano, un lugar donde hay que extremar precauciones y aquel debería conocer a la perfección sus tareas y normas para que se realice un excelente trabajo sin ocasionar problemas. Ya que este lugar es una zona estéril y limpia, se debe mantener de esta manera. Además, es fundamental para cuidar de posibles transmisiones infecciosas que puedan ocurrir al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente. El celador es el encargado de introducir y sacar al paciente del área quirúrgica y colocarlo en diferentes posiciones dependiendo de la intervención siempre siendo supervisado por el personal de enfermería.

Aquí hablaremos de una de las funciones del celador en quirófano y que debería conocer, ya que dependiendo de que intervención se vaya a realizar, esta conlleva el colocar al paciente de una postura idónea en la mesa quirúrgica. También veremos los diferentes tipos de mesa que nos encontramos en el quirófano.

2 Objetivos

Describir las posiciones más comunes que debe conocer el celador para las diferentes operaciones que se realiza en el quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación y se ha realizado una búsqueda en diferentes libros, páginas web y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo; siempre contrastando dicha información.

4 Resultados

El celador de quirófano hace muchas funciones similares a las que le corresponden a otro tipo de celadores en otras zonas del hospital. Es el encargado de trasladar al paciente desde su habitación al preoperatorio y de este al quirófano; al terminar la operación se llevará a reanimación y finalmente a la habitación. Trasladará junto al paciente toda la documentación de este, aparte de ayudar si es necesario a los médicos/-as, enfermeros/-as (si ellos se lo piden), en la iluminación, elevar la cama quirúrgica, movilizar al paciente, etc.

Es importante a la hora de llevar al paciente a quirófano colocarlo correctamente para realizar la operación por eso existen diferentes posturas; de estas le informará el personal de quirófano sobre cómo debería poner la mesa quirúrgica para colocar el paciente en ella y así realizar la operación con comodidad.

Lo primero de todo debemos conocer las mesas de operaciones o mesas quirúrgicas; estas utilizan una fuente de energía para poder ajustar la altura o su inclinación. Se dividen en dos tipos:

- Mesas de operaciones eléctricas: están equipadas con un motor eléctrico y controlado con un mando a distancia.

- Mesas de operaciones hidráulicas: su fuente de energía es hidráulica y se suelen accionar mediante pedal.

También hay que tener en cuenta que si la ergonomía, en cualquier tipo de trabajo, es importante, en este también lo es; ajustar la altura y la inclinación de la mesa proporciona mayor comodidad al cirujano a la hora de intervenir.

Por otra parte, tenemos que diferenciar los tipos de mesa:

- Mesas de operaciones universales. En ellas se realizan operaciones de cirugía general, digestiva y menor. Se adaptan a la mayoría de intervenciones por su versatilidad.
- Mesas de operaciones especiales. Estas dependen de la intervención que se vaya a realizar y nos podemos encontrar: mesas de operaciones ginecológicas (nos permiten una posición decúbito con reposa-piernas tipo Göpel), mesa de operaciones ortopédicas (admiten reposa-piernas, bastidores de tracción y facilitan la intervención y la maniobrabilidad) y mesas de operaciones oftalmológicas (convertibles con un reposa-cabezas específico para el posicionamiento del paciente).

Ahora hay que tener en cuenta las diferentes posiciones más utilizadas en las que podemos poner a un paciente para los procedimientos quirúrgicos:

1. Decúbito supino: el paciente se encuentra tumbado boca arriba, cabeza y miembros alineados con el cuerpo; los brazos y las piernas sujetos con bandas de seguridad y los pies nunca pueden estar por fuera de la mesa quirúrgica. Esta posición se adopta en la mayoría de las intervenciones, como, por ejemplo, abdominales, urológicas, ginecológicas, de tórax, ortopédicas y vasculares. Esta posición la podemos modificar dependiendo de la mesa quirúrgica:

1.1. Trendelemburg: en esta posición el tronco y los miembros inferiores están más elevados que la cabeza; esta posición es adecuada para intervenciones en el área abdominal y contribuye a una mejor visualización de los órganos.

1.2- Antitrendelemburg: inclinamos la mesa quirúrgica en sentido contrario que Trendelemburg, la cabeza más elevada que el tronco. Está indicada en operaciones de cabeza y cuello, cirugía de tiroides, vías biliares y vesícula.

1.3. Litotomía o ginecología: el paciente decúbito supino con las extremidades inferiores flexionadas y elevadas para acceder fácilmente al recto y periné. Se utiliza para cirugía vaginal, perineal, urología y rectal. Sería una posición para el parto, con los pies colocados sobre reposa-piernas o estribos.

2. Decúbito prono: esta posición es más complicada y menos fisiológica para el paciente; este se acuesta boca abajo con la cabeza en un posicionador facial. Esta

posición es ideal para operaciones de columna vertebral y en ocasiones las de recto. En esta posición podemos encontrar otras variantes:

2.1. Kraske o de navaja: se utiliza para cirugía rectal y coxigea.

2.2. Laminectomía: aquí partimos desde la posición decúbito prono y elevamos el tronco de la mesa permitiendo un hueco entre dos laterales y que se pueda expandir la caja torácica para una buena respiración. Está indicada para laminectomías de columna torácica y lumbar.

3. Decúbito lateral: situamos al cuerpo del paciente sobre el lateral, debemos lograr que el eje de cabeza-tórax-cadera quede alineado. El paciente lo acostamos del lado opuesto de donde se va a realizar la intervención; lo llamaremos decúbito lateral izquierda o decúbito lateral derecha. Es una posición idónea para operaciones de cadera o riñón.

4. Posición sentada: la mesa se convierte en un sillón para posicionar al paciente en un ángulo de 90°. Esta posición la utilizaremos en neurocirugía o cirugía maxilofacial.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos comprobado, todas estas posiciones deben ser conocidas por el celador de quirófano ya que este es el encargado de colocar al paciente en la mesa quirúrgica. Desde el momento que lleva al paciente a la sala de quirófano, debe conocer en qué posición lo debe poner para que el cirujano realice la operación con éxito. Siempre estará supervisado por el personal de enfermería. Durante las intervenciones quirúrgicas se permanecerá en el antequirófano por si es necesario en el propio área quirúrgica o trasladar los aparatos de RX, ecógrafo, arco de anestesia, etc. Mobiliario necesario para la intervención. Y por último, trasladaremos al enfermo a recuperación y de ahí a la habitación.

6 Bibliografía

1. Gestión en Cuidados Integrales de Enfermería: Atensalud. [posiciones quirúrgicas]. [Consultado 01 dic. 2021]. Disponible en: <http://www.atensalud.com/2021/06/posiciones-quirurgicas.html>
2. Revista Electrónica de Portales Médicos.com: portales medicos.Com.[posicion quirurgica]. [Consultado 01 dic. 2021] Disponible en: <https://www.revista->

portalesmedicos.com/revista-medica/alteraciones-fisiologicas-posicion-quirurgica/

3. Quirófano: quirofano.net. [Posiciones quirófano]. [Consultado 01 dic. 2021]. Disponible en: <https://www.quirofano.net/enfermeria-quirofano/posiciones-quirofano.php>

Capítulo 402

CELADORES/AS EL USO CORRECTO QUE DEBEN HACER DE LA MASCARILLA

ALBA MARÍA FERRERAS CADAVIECO

1 Introducción

El coronavirus pertenece a una amplia familia de virus que pueden causar desde un resfriado común hasta enfermedades más graves como la neumonía, la insuficiencia renal e incluso la muerte.

La transmisión se produce mediante pequeñas gotas que se expulsan al hablar, estornudar o toser, y que al ser despedidas por un portador (que puede no tener síntomas de la enfermedad o estar incubándola) pasan a otra persona mediante la inhalación, o queda sobre los objetos y superficies que rodean al emisor.

Uno de los miedos que surgieron durante la pandemia era tener que ir al hospital, por lo tanto, los profesionales de la sanidad tuvieron que mostrar seguridad para que los pacientes no sintieran miedo.

Una de las medidas para protegernos del coronavirus y proteger a nuestros pacientes es el uso correcto de la mascarilla. Debemos tener claro que no es la única medida de protección y que debemos ser responsables y tomarnos en serio las recomendaciones dadas.

La mascarilla debe colocarse de forma correcta, es decir deberá cubrir desde la parte del tabique nasal hasta el mentón, incluido. Si no se coloca de forma correcta dará igual que la llevemos puesta porque no dejaremos que realice su función.

2 Objetivos

- Explicar el uso correcto de la mascarilla para protegernos nosotros y a nuestros pacientes.
- Visibilizar la importancia de la mascarilla en los celadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 pandemia de Covid-19 ha traído consigo la necesidad de usar mascarilla para frenar la transmisión y evitar el contagio por aerosoles de persona a persona. Se trata de la principal medida a seguir, de hecho su uso es obligatorio, junto con el lavado frecuente de manos y el mantener la distancia social. Sin embargo, para que resulte efectiva frente al coronavirus y no suponga ningún otro problema derivado de su uso (dificultades en la voz, audición, etc.) es importante seguir una serie de consejos para usarla de forma correcta, como los siguientes:

- Tener las manos limpias: es importante lavarse las manos antes y de ponérsela y de quitarla. La mejor forma de quitarla es cogiéndola por las tiras de sujeción, sin tocar la parte delantera. También hay que tener en cuenta que no se debe tocar mientras se lleva puesta para evitar que se descoloque o contamine.
- Colocar bien la mascarilla: es importante que la mascarilla cubra la nariz, la boca y la barbilla por lo que debe poder ajustarse a la cara y no dejar ningún hueco de entrada para evitar la llegada de aerosoles a las vías respiratorias.
- Usarla durante el tiempo adecuado: las mascarillas tienen un tiempo de duración de su protección, dependiendo del tipo. Las higiénicas son las más comunes entre la población y no deben utilizarse durante más de 4 horas. Además, si durante ese tiempo por algún motivo la mascarilla se ensucia, humedece o estropea, se deberá sustituir por otra. Solo se reutilizarán aquellas que estén indicadas para ello y siguiendo los consejos de lavado del fabricante.
- Vocalizar y respirar bien: la mascarilla no debe ser un impedimento a la hora de hablar y escuchar de forma adecuada. Es necesario vocalizar bien y respirar de

manera cómoda para evitar forzar y elevar la voz. En profesiones donde el uso de la voz es continuo, como la de los celadores, es muy importante tener esto en cuenta para evitar disfonías y otros problemas en las cuerdas vocales.

5 Discusión-Conclusión

La OMS (Organización Mundial de la Salud) recordó que el uso de mascarillas hace parte de un paquete integral de medidas de prevención y control para limitar la propagación del SARS-CoV-2, el virus que causa Covid-19, pero solo una mascarilla, incluso cuando se usa correctamente, es insuficiente para proporcionar una protección adecuada o un control de la fuente.

Otras medidas de prevención y control de infecciones incluyen la higiene de manos, la distancia física de al menos un metro, el evitar tocarse la cara, cubrirse al toser o estornudar, la ventilación adecuada en ambientes interiores, así como la realización de pruebas, rastreo de contactos, cuarentena y aislamiento. Juntas, estas medidas son fundamentales para prevenir la transmisión de persona a persona de la enfermedad

6 Bibliografía

1. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332657/who-2019-nCoV-IPC_Masks-2020.4-spa.pdf.
2. <https://magazine.medlineplus.gov/es/art%C3%ADculo/nuevo-estudio-encuentra-otra-buena-razon-para-usar-mascarilla>.

Capítulo 403

RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

CRISTINA MUÑIZ FERRERO

1 Introducción

Los riesgos ergonómicos son aquellos riesgos que se originan cuando el trabajador interactúa con su puesto de trabajo y cuando las actividades laborales presentan movimientos, posturas o acciones que puedan producir daños a su salud, como es en el caso de los servicios de lavandería y plancha en instituciones sanitarias.

Los clasificamos en:

- Carga postura estática.
- Carga postura dinámica.
- Levantamiento de cargas.
- Carga física total.
- Carga de manutención.
- Diseño de puesto.

Según diferentes artículos los riesgos ergonómicos que más destacan son los derivados de la manipulación manual de cargas en el que un factor clave es cargar y transportar pesos pegándolos al cuerpo y en posición erguida y ayudarse de otras personas, movimientos repetitivos y posturas forzadas que están relacionadas con los trastornos musculoesqueléticos de la extremidad superior, y los higiénicos que derivan de sustancias químicas y factores físicos como quemaduras producidas sobre todo por contacto con superficies calientes de medios

de trabajo, o productos calientes y también por exposición a fuentes de ruido generados por equipos o máquinas ruidosas, ruidos exteriores, etc.

Para ello la empresa deberá formar e informar a los trabajadores de los riesgos asociados a su puesto de trabajo que pueden ocasionar a la larga trastornos en su salud física y mental.

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es evaluar los riesgos ergonómicos derivados del entorno de trabajo en instituciones sanitarias y no sanitarias y como poder evitarlos con buenas prácticas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática.

Se han consultado artículos en las principales bases de datos como Scielo, Elsevier y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La ergonomía es una disciplina que tiene en consideración factores físicos, cognitivos, sociales, organizacionales y ambientales, pero, con un enfoque "holístico", en el que cada uno de estos factores no son analizados aisladamente, sino en su interacción con los demás.

Como consecuencia de los diferentes riesgos en el entorno laboral pueden aparecer con frecuencia trastornos musculoesqueléticos (TME) que son alteraciones que sufren estructuras corporales como músculos, tendones, articulaciones, huesos nervios y el sistema circulatorio, debido al trabajo o al entorno en que este se desarrolla.

Deberá realizarse una correcta evaluación de riesgos ergonómicos cuando se presenten estas situaciones:

- Posturas de trabajo forzadas, como en el caso de posturas estáticas, mantenidas durante más de 4 segundos, del tronco o extremidades superiores o inferiores del trabajador.
- Movimientos repetitivos por manipulación de cargas de distintos pesos.

- Manejo de herramientas en los que la aplicación de fuerzas sea constante.
 - Puestos de trabajo con iluminación insuficiente.
 - Lugares de trabajo con dimensiones muy reducidas donde el trabajador apenas tenga espacio para el desarrollo de sus tareas.
 - Puestos donde el trabajador esté sometido a ruido que pueden provocar enfermedades como la sordera.
 - Lugares donde el trabajador o la trabajadora pueda estar sometido a temperaturas extremas que puedan derivar en estrés térmico por demasiado calor o frío.
- Los factores psicosociales también van a ser un factor importante ya que pueden afectar también a la salud del trabajador como la organización del trabajo en lo temporal (trabajo a turno, nocturno, etc.), como los factores dependientes de la tarea (automatización, minuciosidad, apremio de tiempo, complejidad, rapidez, falta de identificación con la tarea, etc.) produciendo fatiga y estrés.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva para prevenir los riesgos ergonómicos en nuestro trabajo deberemos adoptar una serie de medidas en nuestro día a día como por ejemplo adoptar un horario donde se permitan pausas para descansar, desconectar y recuperar tensiones, evitar tareas o trabajos repetitivos por un periodo superior a 30 minutos, dotar a los trabajadores de las herramientas adecuadas para el desarrollo de cada actividad específica, mantener unos correctos niveles de iluminación, insonorización y temperatura, formar a los trabajadores sobre el desarrollo del trabajo seguro, otorgando pautas para evitar las posturas forzadas o sobreesfuerzos, automatizar los procesos manuales para evitar posturas forzadas o el empleo de fuerza intensa y disponer de una buena organización en cuanto al reparto y distribución de las tareas.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 404

ESTRES POSTVACACIONAL EN EL PERSONAL NO SANITARIO

RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA

JORGE MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

El estrés laboral puede ser concebido como un proceso de desgaste cognitivo y mental que acontece durante la jornada laboral. Este tipo de desgaste afecta a la prestación de los servicios.

Un trabajador comprometido con su trabajo es más útil y productivo que uno estresado, apático, cansado y deprimido, de tal forma que la salud del trabajador propicia la prosperidad de la institución mejorando la calidad de vida de los trabajadores y sus familias, el bienestar individual y social y la prosperidad económica en el país.

La salud mental no se refiere únicamente a la falta de enfermedades o trastornos mentales, sino también a la práctica de las capacidades en la vida de las personas, a su interacción con el medio ambiente y social, propias de la naturaleza del ser humano y que también limitan su bienestar individual y colectivo.

Pero el trabajo puede repercutir en la salud del trabajador, concretamente en la salud mental, al producir agotamiento mental, pérdida de energía y estrés emocional crónico.

El estrés es una respuesta automática ante cualquier amenaza, siendo lo más importante la forma en cómo se percibe, no lo que sucede.

No deben confundirse el estrés y el burnout. Este último sólo tiene consecuencias negativas, mientras que el estrés puede tener incluso consecuencias positivas.

Más de un tercio de nuestra vida tiene lugar en el puesto de trabajo, y para muchas personas transcurre a disgusto. Por eso es relativamente fácil que aparezcan síndromes postvacacionales ya que está relacionado simplemente con el «cambio», es decir, el paso de ese período vacacional a la vida normalizada.

Sin embargo, hay que aclarar que el síndrome posvacacional no tiene entidad clínica, puesto que no está incluido en los manuales diagnósticos de los trastornos mentales habituales. Es por ello, que hasta el momento no es reconocido como enfermedad ni trastorno psicológico por la Organización Mundial de la Salud (OMS). No obstante, el conocimiento e incremento de la información sobre el mismo hace que cada vez sean más las personas que se ven reconocidas por sus síntomas y que busques soluciones para atenuarlo.

2 Objetivos

Tomar conciencia sobre la importancia del estrés en la vida de cada trabajador y de esta forma saber manejar cualquier situación que les genere estrés.

Informar sobre qué medidas se deben tomar frente a situaciones de estrés y de esta forma poder mejorar la calidad de vida del personal no sanitario en su centro laboral.

3 Metodología

Realización de búsqueda bibliográfica sistemática en diferentes fuentes de información y bases de datos científicas, tanto electrónicas como en formato papel.

La terminología empleada ha sido: síndrome postvacacional, Estrés en el personal no sanitario, Síntomas de depresión y estrés agudo.

4 Resultados

Por las características de este problema es mucho más importante dedicar los esfuerzos a prevenirlo, ya que cuando se complica realmente estamos tratando una patología precipitada por él mismo más que el síndrome posvacacional en sí. Así bien, alguno de sus síntomas, agrupados en dos grandes grupos, para poder reconocerlos.

Síntomas emocionales y cognitivos: como la tristeza, la irritabilidad, la apatía, la dificultad para concentrarse o para tomar decisiones, la ansiedad.

Frecuentemente estos síntomas del síndrome posvacacional traen consigo cambios en la conducta como el aislamiento, el consumo excesivo de sustancias (café, tabaco, etcétera) o la disminución del rendimiento laboral.

Síntomas físicos: entre los que se encuentran la fatiga, la falta de apetito, el insomnio, la somnolencia, los dolores musculares, la tensión, las náuseas, las taquicardias, la sensación de ahogo y los problemas de estómago, entre otros.

Mantener estos signos durante un periodo largo de tiempo tras la vuelta de las vacaciones podría dar lugar a la aparición de trastornos psicofisiológicos, un tipo de trastornos que tienen una evidencia médica, pero en los que los factores psicológicos, tales como nuestras emociones y las conductas, influyen en su origen, mantenimiento y recuperación.

Es normal que las personas no deseen acabar con el periodo de vacaciones, en el que se suelen dejar a un lado las preocupaciones, por lo que es generalizado el sentimiento de tristeza que conlleva la vuelta a la rutina. Sin embargo, la aparición de muchos de los síntomas citados anteriormente puede dar la voz de alerta de que la situación ha pasado a un nivel superior.

Actualmente el síndrome posvacacional no tiene entidad nosológica (no es considerado como una enfermedad). Si bien, cuando estos síntomas se mantienen pasadas las primeras semanas tras la llegada de las vacaciones puede sugerir la presencia de trastornos psicológicos como los trastornos de ansiedad o la depresión.

5 Discusión-Conclusión

La duración del síndrome posvacacional puede oscilar desde dos o tres días hasta incluso una o dos semanas, y en los casos más extremos incluso meses. En cuanto a la edad en la que predomina este malestar, los datos sostienen que este síndrome es más frecuente en jóvenes de 30 a 44 años.

Las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado ser las más eficaces y eficientes a medio y largo plazo para tratar las alteraciones emocionales como el síndrome posvacacional: técnicas de planificación de tiempo, estrategias para desarrollar un estilo de pensamiento positivo, la reorganización de las actividades cotidianas o el entrenamiento en autocontrol ante situaciones estresantes son algunas de las técnicas que pueden ayudar a afrontar el estrés derivado de la vuelta de vacaciones.

6 Bibliografía

1. <https://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/trabajo-y-tiempo-libre/sindrome-post-vacacional->.
2. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-sindrome-postvacacional->.

Capítulo 405

SALUD LABORAL. HIGIENE POSTURAL EN EL MEDIO HOSPITALARIO

VANESA CEÑERA FERNANDEZ

1 Introducción

Los auxiliares administrativos pasan gran parte de su jornada sentados, esto puede generar una serie de patologías y consecuencias negativas sobre la salud. De acuerdo con la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales, los empresarios deben velar porque se cumplan unos atributos mínimos de calidad ergonómica, disminuyendo así los riesgos asociados al trabajo desempeñado (movilidad restringida, postura inadecuada, iluminación deficiente, etc.). De acuerdo con la Asociación Internacional de Ergonomía, podemos definir la ergonomía como el conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los sistemas, productos y ambientes se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de la persona. Mediante esta técnica se pretenden analizar las condiciones laborales y las posibles lesiones que las posturas, los movimientos y la fuerza pueden provocar. Así mismo se pretende controlar la introducción de las nuevas tecnologías en las organizaciones, su adaptación a las capacidades y aptitudes del trabajador.

La ergonomía se puede clasificar en diferentes áreas (de puestos o de sistemas, de concepción o de corrección, geométrica, ambiental, temporal o cronoergonomía, e informática). Durante este capítulo describiré los factores de riesgo y las pautas que los auxiliares administrativos deben llevar a cabo para evitarlos.

La ergonomía se puede clasificar en diferentes áreas (de puestos o de sistemas, de concepción o de corrección, geométrica, ambiental, temporal o crono-ergonomía, e informática). Durante este capítulo describiré los factores de riesgo y las pautas que los auxiliares administrativos deben llevar a cabo para evitarlos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar, identificar y reducir los riesgos ergonómicos a los que se encuentra expuesto el personal auxiliar administrativo en los hospitales.

Objetivos secundarios:

- Contribuir a la evolución de las situaciones de trabajo, desde sus aspectos socioorganizativos, con el objetivo de que el trabajo se realice salvaguardando la salud y la seguridad de los trabajadores, con el mayor confort, satisfacción y eficacia posibles.
- Proponer una serie de pautas o recomendaciones para evitar los riesgos ergonómicos.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos como Medline. Los criterios de inclusión empleados fueron documentos en España publicados durante los últimos 10 años. Se han seleccionado los artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. La búsqueda se complementó con la revisión de la normativa existente en prevención de riesgos laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales) y con buscadores como google, libros y revistas científicas.

Las palabras clave empleadas son: ergonomía, auxiliar administrativo y ámbito sanitario.

4 Resultados

El personal no sanitario, entre los que se encuentran los auxiliares administrativos, puede desarrollar una serie de patologías derivadas de factores de riesgo en su trabajo. Entre estos factores podemos destacar:

- Desarrollo del trabajo en posturas forzadas, provocado que los músculos se contraigan y generando que el cuerpo soporte cargas mecánicas mayores.
- Movimientos repetitivos de muñeca, o trabajo con las muñecas en posturas desviadas.
- Trabajo prolongando sin descansos establecidos.
- Iluminación deficiente.
- Diseño inadecuado de las herramientas empleadas.
- Calor excesivo que provoca un aumento del estado de cansancio general.
- Trabajo monótono o a ritmo elevado por las exigencias de tiempo.
- Uso de sillas sin asiento regulable, sin respaldo ni movilidad.
- Empleo de mesas no regulables, demasiado grandes o pequeñas, con una altura inadecuada y sin reposapiés.

Todos estos factores dan lugar a los principales riesgos ergonómicos que afectan a los auxiliares administrativos. Por un lado, el uso de pantallas de visualización de datos, cada vez más importante, ya que con las nuevas tecnologías el uso de equipos informáticos se ha generalizado. Por otro lado, la higiene postural, dado que el personal administrativo, como ya he comentado, realiza la mayor parte de la actividad en sedestación.

Adoptando una serie de pautas se pueden prevenir numerosas patologías músculo esqueléticas, las más frecuentes son el síndrome del túnel carpiano (afecta a los nervios de la mano y de la muñeca), tendinitis y tenosinovitis (inflamación de músculos y tendones), lumbalgias (dolor en la parte inferior de la espalda), problemas de columna y molestias en el cuello, hombros y piernas. Las pautas o recomendaciones que se establecen son las siguientes:

- Distancia visual. La pantalla del ordenador, teclado o documentos escritos deben encontrarse a una distancia óptima entre los 450 y los 550 mm. La pantalla del ordenador debe estar a una distancia de entre 60 y 80 centímetros, y la línea superior de la misma no debe encontrarse por encima de la altura de los ojos.
- Iluminación. El trabajo con pantallas de visualización de datos requiere una iluminación no demasiado intensa para evitar posibles deslumbramientos. La pantalla debe estar alejada de las ventanas y permitir el giro y las inclinaciones necesarias para evitar tensiones musculares.
- El teclado del ordenador ha de ser móvil, con una altura respecto al suelo de 60 o 75 cm. El ratón por su lado debe tener un movimiento fácil evitando posiciones forzadas de la muñeca.
- Emplear un atril para colocar los documentos y situarlo al mismo nivel y junto a la pantalla del ordenador, así se puede conseguir evitar problemas cervicales derivados de posturas incorrectas.

5 Discusión-Conclusión

Si seguimos todas las pautas y recomendaciones descritas lograremos una correcta ergonomía e importantes beneficios para nuestra salud y bienestar en el trabajo. Los beneficios más destacados son:

- Se reducen las molestias físicas y la fatiga del trabajador.
- Se disminuye el absentismo laboral y las bajas por enfermedad, con ello se mejora la estabilidad laboral.
- Se logra una mayor productividad y un buen ambiente organizacional.
- Se crea una mejor cultura de seguridad. La ergonomía permite a la Administración Pública demostrar su compromiso con la seguridad y la salud de los trabajadores como valores principales.

Como conclusión final, pretendo destacar cómo invertir en organización y en formación de los trabajadores en este ámbito beneficia a todas las partes implicadas, se evitan riesgos innecesarios para la salud de los trabajadores, se mejora el ambiente laboral y con ello se consigue una mayor motivación. La administración: Pública se beneficia de un menor absentismo laboral y una mejor calidad del servicio prestado y satisfacción en el trabajo.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales. «BOE» núm. 269, de 10/11/1995.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ergonomics.html>.
3. <http://www.ergonomos.es/ergonomia.php>.
4. <https://salud.nih.gov/articulo/sentarse-derecho/>.
5. <https://prevencionar.com/2012/02/28/ergonomia-en-trabajos-de-oficina/>.

Capítulo 406

LA IMPORTANCIA DE LA EMPATIA EN LA RELACION DEL PERSONAL NO SANITARIO Y EL PACIENTE

VANESA CEÑERA FERNANDEZ

1 Introducción

La comunicación es la base de las relaciones sociales. Este acto nos permite intercambiar cualquier información con las demás personas. Cuando observamos las distintas encuestas sobre la valoración que los ciudadanos dan a los distintos servicios, vemos como el elemento más valorado, es el trato que reciben por parte del personal que les atiende. Los servicios de salud son conscientes de este hecho, y apuestan por mejorar la atención que el personal no sanitario debe ofrecer a los usuarios. Es muy importante saber qué decir y cómo hacerlo, ya que de ello va a depender en gran medida la relación entre el personal no sanitario y el usuario. No sólo es importante la comunicación con el usuario, sino también con su entorno y con el resto del equipo multidisciplinar para así lograr unos cuidados de calidad. De todos es sabido que muchas personas, de manera innata, tienen más destreza para establecer relaciones interpersonales que otras. Desarrollar una comunicación efectiva es un proceso complejo y que requiere de cierto entrenamiento. Mediante las técnicas oportunas es posible desarrollar y mejorar la capacidad comunicativa. La prestación de una asistencia sanitaria de calidad y centrada en el paciente exige atender a una amplia serie de cuestiones. Es importante tener en cuenta características tales como la edad, el sexo, el nivel educativo, el nivel socioeconómico y la religión. Conociéndolas, podemos definir como acercarnos a él y que términos utilizar para lograr una comunicación adecuada para obtener una mejor relación asistencial.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Mostrar la importancia de establecer una comunicación adecuada y eficaz con el usuario como pieza fundamental del trato con el personal no sanitario.

Objetivos secundarios:

- Mejorar la comunicación, para que ésta sea eficaz y así lograr los objetivos del usuario.
- Enumerar los pilares fundamentales en los que debe basarse la comunicación personal no sanitario-usuario.

3 Metodología

Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica centrada en la importancia de la comunicación entre el personal no sanitario y los usuarios.

Se establece una estrategia de búsqueda en bases de datos específicas del tema en cuestión. Además, también se utilizó el motor de búsqueda Google.

4 Resultados

Para que las personas utilicen los servicios de salud con confianza, estos deben ser eficientes, seguros y eficaces. La atención debe estar basada en la comunicación interpersonal entre el personal no sanitario y los usuarios, puesto que eso constituye uno de los componentes fundamentales de la calidad del servicio.

La Calidad de la Atención está vinculada a la satisfacción de las necesidades y exigencias del usuario, de su entorno familiar y de la sociedad. Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de los centros sanitarios.

Todas las personas que asisten a un servicio de salud merecen respeto, comprensión y apoyo. Es importante que el personal no sanitario sepa comunicarse con los usuarios, para poder aliviar la ansiedad y obtener una mayor cooperación durante la comunicación. Esta se considera decisiva para asegurar grados óptimos de satisfacción hacia su situación. Los usuarios se sienten más satisfechos al ser escuchados y percibir un ambiente de confianza y sinceridad, lo que facilita un mejor conocimiento para ellos de los trámites que deben seguir según las explicaciones del profesional. Hacerse entender, mostrarse cercano y ofrecer un trato

agradable son actitudes que los usuarios agradecen cuando acuden a un centro sanitario.

La empatía es un elemento clave en la comunicación. Y todavía lo es más en los centros sanitarios, cuando cada día vienen tantos usuarios. A veces, el exceso de trabajo nos lleva a no prestar la atención necesaria a cada uno de ellos. Los usuarios pueden sentirse muy frustrados cuando no se les dedica el tiempo necesario ni se deja que se expresen. El usuario espera encontrar en el personal no sanitario a una persona que le explique de manera sencilla cómo resolver ciertas dudas y no alguien que le hable en unos términos confusos que por mucho que lo intente no va a entender.

Se especifican algunos elementos a tener en cuenta para una eficaz comunicación:

- Comprender la importancia de desarrollar profesionalmente habilidades de comunicación.
- Mejorar la empatía como herramienta fundamental en la humanización de la atención, y en la mejora de la calidad asistencial.
- Mejorar la asistencia en la atención prestada incrementando, siempre, la satisfacción del usuario y su entorno.
- Tener objetividad al valorar el problema del usuario.
- Explicarse correctamente de forma clara y concisa y preguntar al usuario si lo ha entendido.
- Emplear un lenguaje adecuado al nivel cultural del paciente.
- Mirar a los ojos del usuario al comunicarse con él.
- Mantener una actitud agradable.
- Utilizar el tiempo necesario para la comunicación.

5 Discusión-Conclusión

Cabe destacar que la mayoría de los usuarios dan mayor importancia al trato recibido por el personal no sanitario que a sus competencias profesionales, lo que pone de manifiesto lo importante que es una comunicación efectiva en la relación profesional-usuario.

De la forma en la que se establezca la comunicación con el usuario va a depender su propio bienestar, ya que una comunicación efectiva es imprescindible para encaminar cualquier resolución de sus trámites. Así se consiguen objetivos tan necesarios para calmar su ansiedad o resolver sus dudas, entre otros.

Tratar de concienciar sobre la trascendencia de establecer una relación más comunicativa entre el personal no sanitario y el usuario que favorezca unas mayores

garantías, satisfaciendo sus necesidades, creando disposición para el diálogo, ser asertivo, generarle confianza y darle seguridad.

6 Bibliografía

1. <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-decomunicacion-en-Enfermeria.pdf>.
2. <https://revistamedica.com/lenguaje-correctopaciente-auxiliar-administrativo-celador-personal-sanitario/>.
3. <https://www.novartis.es/sites/www.novartis.es/files/PDF-Comunicacionprofesional-sanitario-paciente.pdf>.
4. <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-comunicacion-profesionalessanitarios-pacientes-mejora-orientacion-diagnostica-20190410140907.html>.
5. <https://pdfs.semanticscholar.org/6e95/06c88bbfd3f583a0d11716a08566ce17c2eb.pdf>.
6. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/13605>.

Capítulo 407

SERVICIO DE ADMISION Y DOCUMENTACION CLINICA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

VANESA CEÑERA FERNANDEZ

1 Introducción

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica es un servicio no asistencial que se encarga de facilitar el acceso del usuario a la asistencia sanitaria especializada en régimen ambulatorio de hospitalización, además de gestionar la historia clínica. El servicio de admisión tiene un carácter multidisciplinar.

El auxiliar administrativo es el personal encargado de gestionar la admisión de los pacientes en los diferentes centros sanitarios así como el encargado de manejar la documentación clínica de los mismos.

Las funciones de admisión de hospitalización, urgencias y pacientes ambulatorios, conforman el área de gestión de pacientes. Las funciones de archivo de la historia clínica y documentación constituyen el área de gestión de pacientes.

Como resultado de ambas áreas y producto de ambas gestiones pacientes, y documentación, se configura el Sistema de información asistencial.

El servicio de Admisión y Documentación Clínica Es la Unidad encargada de articular en el ámbito de la Atención Primaria y Especializada del área de salud, la ordenación, coordinación y priorización de las actividades que se producen entorno a la asistencia médica con el fin de mantener la eficiencia en la utilización de recursos y la cohesión de la organización frente al paciente y su proceso asistencial, garantizando así el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva.

2 Objetivos

Establecer las diferentes funciones que el auxiliar administrativo tiene que desarrollar para llevar a cabo un correcto trabajo dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este artículo se han obtenido tras una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Scielo, Medline, PubMed y Google Academy introduciendo los términos de búsqueda relacionados con el tema a tratar. También se han consultado guías clínicas relacionadas con la materia a estudio. Tras llevar a cabo la búsqueda, se han encontrado artículos publicados en inglés, portugués y español. Finalmente se han seleccionado los artículos que más se ajustaban a la información y descriptores establecidos.

4 Resultados

Gestión de pacientes:

El auxiliar administrativo de la salud como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica tiene que integrar los contactos y movimientos asistenciales de todos los pacientes en el hospital y en su área de atención especializada. Sus funciones están orientadas hacia la coordinación de acciones y recursos alrededor de la asistencia al usuario, teniendo una función moduladora y facilitadora de las tareas asistenciales de los servicios clínicos.

En las diferentes áreas básicas de atención (hospitalización, urgencias y atención ambulatoria), deberá desarrollar funciones y tareas encaminadas a:

Gestión operativa de los procesos administrativos de acceso y circulación asistencial de pacientes, con el fin de facilitar y garantizar una sencilla y ágil accesibilidad.

Organización y evaluación del proceso asistencial, manteniendo la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente y favoreciendo una adecuada y eficiente utilización de los recursos.

Obtención de datos que ofrezcan al hospital información sobre la demanda existente y la actividad asistencial realizada.

Hospitalización.

El auxiliar administrativo como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica tendrá que regular los ingresos, traslados y altas del área de hospitalización, así como la actividad de las unidades asistenciales.

Las funciones del auxiliar administrativo con respecto a la hospitalización son:

- Solicitud y programación de ingresos.
- Gestión de camas.
- Registro del episodio de hospitalización.
- Coordinación organizativa del proceso asistencial

Actividad Quirúrgica:

El auxiliar administrativo como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica es responsable de centralizar y mantener actualizado el registro de los pacientes pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente, además de facilitar el soporte organizativo e informativo a los servicios, con el fin de agilizar el proceso asistencial del paciente y favorecer una utilización adecuada y eficiente de los recursos del área quirúrgica.

Las funciones del auxiliar administrativo con respecto a la actividad quirúrgica son:

- Inclusión de pacientes en lista de espera quirúrgica.
- Preparación para cirugía de los pacientes en lista de espera.
- Gestión operativa de la programación quirúrgica.
- Registro de salidas y movimientos en lista de espera y de la actividad quirúrgica.
- Coordinación y evaluación del proceso asistencial.

Atención Ambulatoria:

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica regula y programa el acceso a la atención sanitaria ambulatoria en el hospital y centros de especialidades dependientes de él. Incluye la gestión de pacientes en consultas externas, hospital de día y los procedimientos diagnóstico- terapéuticos que requieran programación previa.

Las funciones del auxiliar administrativo con respecto a la atención ambulatoria son:

- Programación y gestión de agendas.
- Gestión operativa de la solicitud de cita.
- Difusión de la actividad programada
- Registro de la actividad.
- Coordinación organizativa del proceso asistencial.

Urgencias:

Desde el Servicio de Admisión y Documentación Clínica se da apoyo organizativo a la demanda de atención en la unidad de urgencias del hospital, proporcionando el soporte organizativo e informativo preciso para garantizar una adecuada asistencia de los pacientes.

Las funciones del auxiliar administrativo con respecto a la unidad de urgencias son:

- Registro del episodio de urgencias.
- Coordinación organizativa del proceso asistencial.

Gestión de la documentación clínica:

La responsabilidad del auxiliar administrativo en el área de documentación clínica es gestionar toda la información clínica generada por un paciente, independientemente del centro sanitario en el que sea atendido.

Las tareas que debe desempeñar el auxiliar administrativo de sanidad van dirigidas a organizar toda la documentación en una historia clínica única del paciente, custodiar, conservar y administrar la documentación que se va generando 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.

Gestión de la Historia Clínica:

Es el servicio de Admisión y Documentación Clínica el responsable de organizar toda la información clínica en una historia clínica única del paciente, facilitando su utilización por los distintos usuarios definidos por el centro.

Las funciones del auxiliar administrativo con respecto a la gestión de la historia clínica son:

- Identificación de la historia clínica.
- Diseño y mantenimiento actualizado del formato de la historia clínica.
- Control de calidad de la historia clínica.
- Garantizar la accesibilidad de la historia.

Archivo de Historias Clínicas:

Es el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, del cual forma parte el auxiliar administrativo de la salud el responsable de la conservación y custodia de las historias clínicas que se elaboran en el hospital. Este servicio es el que autoriza y ejecuta los movimientos y préstamos de la documentación clínica y mantiene actualizada su localización, asegurando la disponibilidad y velando por su confidencialidad.

Las funciones a desempeñar en el archivo de historias clínicas son:

- Custodiar las historias clínicas.
- Prestar y recepcionar las historias clínicas.
- Seguimiento de la documentación prestada.
- Mantenimiento y tratamiento de la documentación clínica.

5 Discusión-Conclusión

Se hace necesario la creación de una guía que contribuya a la normalización de las funciones que el auxiliar administrativo de la sanidad debe desempeñar dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, promoviendo nuevas líneas de actuación en el campo profesional de la admisión y la documentación clínica. La información generada en dicha guía proporcionará las bases para la formación y la distribución de los recursos humanos de forma óptima.

Su aplicación contribuirá a la unificación y normalización de los contenidos de la actuación profesional. En una época en la que los usos y costumbres sociales, debido a las nuevas tecnologías, impulsan una evolución de consecuencias imprevisibles, el recuerdo de lo que es una buena metodología y cómo debe transmitirse la misma, es un ejemplo a seguir por cualquier profesional que pretenda ser riguroso en su trabajo.

6 Bibliografía

1. López Domínguez, O. (1997). Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 263-273.
2. Álvarez, M. T. (2004). Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos.
3. Hernández, J. M. (2006). Historia clínica. Cuadernos de bioética, 17(1), 57-68.
4. Bonet, R. P., Pérez, I. A., García, M. A., Benavent, R. A., Vernis, M. M., & De La Cueva, A. (2001). La Documentación Médica. Papeles Médicos, 10(1), 24-31.

Capítulo 408

CÓMO MEJORAR LAS CONDICIONES LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD

CAROLINA ANTUÑA FERNÁNDEZ

NURIA MARIA GARCÍA POZUECO

1 Introducción

La ergonomía es la disciplina que se ocupa de la interacción del hombre con su medio laboral y organizacional. Cada puesto de trabajo conlleva unos riesgos inherentes a sus características, por lo que la ergonomía nos ayuda a identificarlos para evitarlos o minimizarlos.

Para lograr la mayor ergonomía en el trabajo administrativo hay que tener en cuenta las interacciones del usuario con el puesto de trabajo informático y cuidar la relación de los pies con el suelo, las manos y brazos con el teclado, los ojos con la pantalla y los documentos empleados y la espalda con la silla.

Estas actividades parece que no tienen riesgos ergonómicos ya que no se realizan cargas físicas. Sin embargo, es muy importante ya que ayudan a evitar riesgos físicos provocados por las malas posturas.

Todo esto que se trata de evitar, es debido a que el trabajo administrativo es un trabajo sedentario, donde se mantiene una posición estática, con movimientos muy repetitivos produciendo un gran riesgo de lesiones.

La función que realiza la ergonomía no es otra que analizar los aspectos que de una forma u otra pueden afectar al entorno artificial constituido por el hombre. Es obvio en este caso, que estos factores se trasladarán posteriormente al puesto de trabajo (auxiliar administrativo) y así poder conocer las características adecuadas que debe cumplir el mismo.

2 Objetivos

- Identificar los riesgos a los que se expone el personal que realiza tareas administrativas en el ámbito sanitario para corregirlos y minimizarlos.
- Discernir si las patologías laborales relacionados con malos hábitos posturales son atribuibles exclusivamente al trabajador o pueden tener como desencadenante una excesiva carga de trabajo.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica existente sobre el tema en buscadores de internet, utilizando palabras clave como "ergonomía", "posturas de trabajo" entre otras. Revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Bases de datos Pubmed y Scielo, en los que se emplearon como descriptores ergonomía sanitaria, calidad laboral.

4 Resultados

El personal administrativo en el sector de la sanidad está expuesto entre otros a riesgos tales como:

- Posturas inadecuadas, al estar tanto tiempo sentados y trabajando con el ordenador, provocando trastornos musculoesqueléticos, tendinitis, epicondilitis, tortícolis por posturas forzadas al sostener el teléfono, hinchazón de extremidades.
- Fatiga visual, por el uso prolongado de pantallas.
- Manipulación ocasional de cargas: cajas de folios.

Identificados los riesgos, la ergonomía ayuda a minimizarlos o paliarlos haciendo uso de algunas medidas preventivas sencillas tales como mantener la postura adecuada, regular el asiento para que los brazos queden apoyados en la mesa y pegados al cuerpo, ajustar la inclinación del respaldo, usar reposapiés, procurar no

mantenerse sentado más de horas seguidas, evitar reflejos en pantalla. Las mesas deben ser amplias, de este modo además de tener espacio para documentación, la pantalla y el teclado se pueden colocar en un lugar adecuado, las sillas deben de ser giratorias para proporcionar una mayor movilidad y es conveniente que tenga reposabrazos y ruedas para que el usuario se mueva para acceder a cajones y mesas supletorias, sin tener que hacer esfuerzos.

El objetivo de la ergonomía en el trabajo administrativo es cuidar de la salud de los trabajadores, aumentando su bienestar y mejorando la productividad. Cuidar las necesidades de los trabajadores y los espacios que habitan aumentan la eficiencia y previenen diferentes enfermedades asociadas a las actividades dentro de una oficina, mejorando la motivación y disminuyendo la fatiga. Por tanto, diseñar oficinas modernas y ergonómicas es un reto que consiste en satisfacer las necesidades de la empresa y del individuo. La ergonomía en el trabajo administrativo es un desafío para contentar a trabajadores y empresarios por el bien común, un ambiente de trabajo más agradable, cómodo y saludable.

5 Discusión-Conclusión

El diseño ergonómico de los puestos del personal administrativo ofrece una serie de ventajas al trabajador:

- Mejora en la calidad y productividad del puesto de trabajo.
- Reducción del absentismo laboral, relacionado con las consecuencias psicosociales.
- Mejora de la comodidad en el ambiente de trabajo.
- Mejora de la postura frente al ordenador.

Con este análisis, se llega a la conclusión que si llegamos a realizar un correcto comportamiento e higiene postural en el trabajo, se evitarán muchos de los problemas de salud que llega a causar el sedentarismo del puesto de trabajo de auxiliar administrativo y se conseguirá un buen ambiente de trabajo.

6 Bibliografía

1. R.D. 480/1997 sobre Lugares de Trabajo.
2. <https://elinsignia.com>.
3. <https://revistamédica.com>.

Capítulo 409

EL SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ROSA MARIA JOYERA GARCIA

1 Introducción

Las funciones que realiza diariamente en su trabajo el auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, pueden provocar una de las enfermedades profesionales más frecuentes a la que se denomina síndrome del túnel carpiano, ya que se relaciona con trabajos que implican movimientos de las manos y muñecas muy repetitivos. Es muy habitual que el auxiliar administrativo durante el desarrollo de sus tareas, de manera inconsciente adopte una postura incorrecta al utilizar el teclado o el ratón dando lugar a la aparición de éste síndrome.

Este síndrome aparece con mayor frecuencia en el sexo femenino, según estudios, la probabilidad de aparición en las mujeres es tres veces mayor que en los varones y en las personas de mediana edad o avanzada. El síndrome del túnel carpiano puede llegar a afectar a la sensibilidad y la fuerza de las manos, y habitualmente afecta a una mano pero pueden verse afectadas ambas.

El túnel carpiano es un paso estrecho de ligamentos y huesos en la base de la mano que contiene nervios y tendones, cuando el engrosamiento de los tendones inflamados u otras estructuras hinchadas estrechan el túnel y causan compresión de los nervios, aparecen los síntomas, a medida que empeoran, puede llegar a ser una tarea complicada el sujetar un objeto.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Realizar una revisión de la literatura que analice el tunel carpiano en el auxiliar administrativo.

Objetivos secundarios:

- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias de la enfermedad del tunel carpiano.
- Conocer la importancia de una realización eficaz del tunel carpiano en el auxiliar administrativo.
- Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al tunel carpiano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El síndrome del túnel carpiano, puede originarse por hacer movimientos repetitivos de la mano y la muñeca, la utilización de herramientas manuales que vibran puede llevar a este síndrome.

La postura que el auxiliar administrativo ejerce habitualmente durante el desarrollo de su actividad laboral sobre el talón de la muñeca hace crecer el riesgo de padecer parestesias como uno de los síntomas iniciales y el propio hecho de ser mujer agrava el riesgo de sufrir dolor.

Los síntomas del síndrome del túnel carpiano suelen comenzar de manera progresiva y suelen provocar:

Hormigueo o entumecimiento: se presenta esta sensación en los dedos y las manos llegando a notar como una pequeña descarga eléctrica en los dedos. Esta sensación puede extenderse hasta el brazo.

Debilidad: puede llegar a dejar caer objetos que se tienen en la mano, ya que al debilitar los músculos del dedo pulgar y no hacer pinza no se hace fuerza.

Con el propósito de evitar el síndrome del túnel carpiano, el auxiliar administrativo deberá conocer los síntomas desde un primer momento y así seguir las pautas marcadas por el departamento de riesgos laborales como:

Ejercitar las manos y muñecas tratando de relajar los músculos y hacer rotaciones suavemente de manera frecuente durante la jornada laboral. Disminuir los apoyos prolongados sobre el talón de la mano, evitar las posturas de flexión o de extensión de la muñeca superiores a 45 grados más de dos horas diarias.

Mantener una posición correcta durante la jornada de trabajo, como medida de prevención o para minimizar el dolor, el auxiliar administrativo debe de cuidar la posición de las manos delante del teclado del ordenador, utilizando almohadillas acolchadas para ayudar a reposar la muñeca al manejar el ratón.

5 Discusión-Conclusión

En el desarrollo del trabajo del auxiliar administrativo, se produce frecuentemente el Síndrome del túnel carpiano, ya que el desarrollo de su actividad laboral implica estar delante de un ordenador la mayor parte del tiempo, realizando constantemente movimientos repetitivos, ya sea con el teclado o el ratón, estando así mismo comprobado, según estudios científicos, que con el transcurso de los años de trabajo los trastornos músculo-esqueléticos van en aumento.

En la actualidad, encontramos tratamientos capaces de mejorar los síntomas y la calidad de vida de los pacientes que padecen el síndrome del túnel carpiano, ya sea leve o moderado. Estos tratamientos, se basan en terapia física, la utilización de férulas, suministro de fármacos orales, técnicas de electroterapia, pudiendo combinarse y en los casos con pronósticos más graves se recurriría a la cirugía para descomprimir el túnel del carpo.

6 Bibliografía

1. Díez Mora, Eduardo, “Síndrome del Túnel Carpiano”, 25 de Agosto de 2019. Link: <https://www.peritomedico.es/sindrome-del-tunel-carpiano>.
2. Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares, publicado en “<https://medlineplus.gov/spanish/carpaltunnelsyndrome.html>”.
3. Mayo Clinic, síndrome del Túnel Carpiano. Link: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/carpal-tunnel-syndrome/symptoms-causes/syc20355603>.

Capítulo 410

PRIMEROS AUXILIOS: PRINCIPIOS BÁSICOS DE ATENCIÓN

LAURA MIGUÉLEZ SARMIENTO

1 Introducción

Los primeros auxilios son una herramienta esencial para cualquier ciudadano, por este motivo, debería ser básica la enseñanza desde edades tempranas de unas nociones mínimas en primeros auxilios para poder subsanar situaciones a las que todas y todos, en un momentos dado, podemos estar expuestos.

La importancia de prepararse para enfrentar con responsabilidad y conocimiento cualquier emergencia es de gran utilidad ya que podemos ser de gran ayuda en situaciones de diversa índole, dentro y fuera del hogar, a nivel comunitario, en carretera, etc.

Dentro del estudio de los primeros auxilios se contempla de manera especial el tema de la prevención de accidentes, como el mecanismo lógico para conseguir que nuestra vida sea más segura y ordenada.

En el momento que se nos referimos a "primeros auxilios", es cuando describimos o relatamos una actividad que le sucede a una persona que ha tenido o pudiera sufrir una pérdida de salud inmediata de un modo repentino. Es decir, serían todas aquellas acciones que se deben desarrollar de manera urgente e inmediata, ante la inminencia de que la no actuación sea peor que la actuación y siempre dar esos primeros auxilios a personas que presentan algún tipo de problema de salud que impide su actividad normal y realizarla en el lugar donde se presenta la situación de emergencia.

La mayor parte de la población desconoce las nociones básicas en materia de primeros auxilios, sin tener conocimientos específicos en materia sanitaria, pero ello no impide que podamos prestar una atención que no requiera la utilización de instrumentos para su aplicación.

Aún así, con unas nociones básicas, como ciudadanos podemos dedicar una atención urgente básica que impida que el desenlace sea fatal para la persona afectada.

En este tipo de actuaciones, hay que ser consciente de que si la persona que va a dedicar los cuidados de primeros auxilios desconoce totalmente los principios básicos, es mejor ser cauto y no provocar situaciones que puedan empeorar por una nefasta actuación.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Aprender a actuar coherentemente en caso de accidente.

Objetivos secundarios:

- Diferenciar cuándo es mejor no hacer nada que atender a un accidentado de manera ineficaz.
- Realizar una valoración simple de salud.
- Conocer las herramientas adecuadas para desarrollar una atención de primera auxilios que sea de utilidad para la persona afectada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 estemos frente a cualquier tipo de accidente, sea cual sea el motivo, la causa, el lugar, las personas afectadas, debemos tener en cuenta siempre, que el objetivo primordial de nuestra actuación ha de ser evitar agravar o empeorar las

lesiones que presente la víctima del accidente, ya que una mala actuación puede acarrear consecuencias nefastas e irreparables. Por tanto, la norma número uno de los primeros auxilios es estar totalmente seguros de que la actuación va a mejorar la situación de la víctima.

Para llevar a cabo lo anterior con responsabilidad, son 2 los pasos básicos a seguir:

1. Tranquilidad:

Para evitar el pánico y tener dominada la situación transmitiremos una sensación de calma a nuestro entorno.

Es importante que la persona que asista a la víctima tenga unos conocimientos básicos de primeros auxilios, ya que podemos encontrar con frecuencia, situaciones que resultan muy perjudiciales para el accidentado por actuar con nerviosismo.

2. Observar el lugar y actuar en consecuencia: P.A.S. (proteger, avisar y socorrer):

Realizando el PAS correctamente, se encauzarán los primeros auxilios de forma eficaz. Antes de actuar sobre la víctima, con un solo vistazo, se debe valorar si el lugar es seguro y si la víctima precisa asistencia especializada.

- P (proteger el lugar de los hechos): cuando se produce un accidente, puede que la causa que lo provocó aún esté presente, es recomendable poner solución para evitar que haya más accidentados. Un buen ejemplo de la importancia de actuar así nos lo dan los medios de comunicación con bastante frecuencia (por ejemplo, un accidente de coche en el que fallecen cuatro personas: el que tuvo el accidente y su acompañante y las personas que trataron de auxiliar al conductor). Conclusión, siempre hay que asegurar el lugar del accidente haciéndolo más seguro. Si hay algún peligro, nos alejaríamos de ese lugar, sea cual sea la causa que haya provocado el accidente y si es asumible el hecho de hacerse cargo de la situación sin ponernos nosotros en riesgo. Sólo en el caso en el que no podamos alejarnos de la causa del problema, se moverá al accidentado a un lugar más seguro (por ejemplo, un gran incendio).

- B (alertar a los servicios de socorro): cuando sea necesaria la intervención de los expertos, deberemos dar aviso usando los teléfonos de emergencia, indicando siempre:

Lugar preciso de los hechos.

El tipo de accidente y número aproximado de heridos.

Nos identificaremos en todo momento y colgaremos cuando no necesiten más datos.

Cuando estemos en un centro sanitario, procederemos a buscar al personal cuali-

ficado para la intervención urgente, en el caso de estar solos durante la atención, no abandonaremos nunca a la persona afectada y se pedirá a otras personas que hagan la llamada de emergencia o la realizaremos nosotros mismos, pero sin abandonar a la víctima.

- C (socorrer al accidentado): para evitar empeorar el estado de la persona afectada, realizaremos un examen cuidadoso y detallado siguiendo una serie de prioridades ya que en muchos casos no sabemos la causa del accidente ni los daños que puede presentar la víctima.

3. Evaluación inicial de un accidentado:

Para poder ser lo más útil y eficaz posible, deberemos comprobar el estado real de la víctima, realizando un análisis que se divide en dos bloques:

- Valoración primaria: ésta engloba los hechos más importantes. Tendremos presente tres principios: consciencia, ventilación y circulación. Que nos ayudaran a valorar las lesiones que suponen una amenaza inmediata para la vida del accidentado.

- Valoración secundaria: una vez que las funciones vitales están mantenidas y aseguradas, prestaremos atención a otras lesiones que pudieran provocar problemas a largo plazo, siguiendo siempre un orden predeterminado: cabeza, cuello, tórax, abdomen y extremidades. De esta manera evitamos saltarnos fracturas o heridas importantes.

5 Discusión-Conclusión

Toda persona que realice los primeros auxilios debe aplicar y sobre todo conocer de manera adecuada los principios básicos conocidos también como sistema PAS, que es la herramienta más completa para poder ayudar y prestar unos primeros auxilios de calidad, siempre teniendo en cuenta que la tranquilidad para afrontar cualquier circunstancia es la mejor aliada para salir indemne de una situación de riesgo. Teniendo en cuenta y por el siguiente orden que ante una emergencia hay que:

- Proteger a la víctima y hacer lo más seguro el entorno donde se ha producido el accidente. Usar señalización si se tiene y todas las herramientas al alcance para poder alejar el peligro o al menos, que no se provoquen más accidentes.
- Alertar/Avisar a emergencias, comprobar e indicar a los servicios de emergencia

el estado de la víctima, ofrecer todos los datos que soliciten, enviar la ubicación concreta, la información completa y real sobre el estado del lugar, de la persona o personas afectadas, los posibles peligros que acechen y finalizar la llamada una vez que los servicios lo indiquen o la información haya sido dada completamente.

- Socorrer y evaluar los signos vitales, explorar los síntomas, las posibles heridas, las situación general del afectado y las posibles complicaciones tras una visión primaria del accidente.

Recaltar que una mala atención urgente puede ocasionar más problemas para el accidentado que la no actuación.

6 Bibliografía

1. <https://www.formacionegs.com/archivos/1290443407.pdf>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <http://medlineplus.gov/spanish/>
<http://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 411

EL LAVADO DE MANOS DEL PERSONAL NO SANITARIO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ANTONIO GONZÁLEZ GUERRERO

1 Introducción

El Ministerio de Sanidad español junto con cada una de las Comunidades Autónomas que conforman el estado español, crearon el Programa de Higiene de las Manos del Sistema Nacional de Salud (SNS), en el año 2008. Con este programa, se pretendía que todos los centros sanitarios españoles se adhirieran a él y lo implementarán para así recordar la importancia que tiene un correcto lavado de manos y la necesidad de hacerlo bien; sobre todo en este ámbito.

En la actualidad, en medio de la pandemia de Covid-19 que estamos sufriendo, cobra más importancia si cabe este aspecto. Una correcta higiene de manos puede llegar a salvar muchas vidas y está científicamente comprobado; ya que las manos son una fuente de propagación de virus y bacterias para los demás y para nosotros mismos.

Dada la importancia que adquiere un buen lavado de manos, se ha instaurado el Día Mundial del Lavado de Manos el 15 de octubre, celebrado por primera vez en el año 2018. Con este día, se pretende resaltar la importancia de lavarse las manos bien con agua y jabón y que solamente con este gesto, estaremos contribuyendo a evitar infecciones, transmisión y contagio de virus y bacterias. En definitiva, estaremos salvando vidas.

2 Objetivos

1. Resaltar la importancia que tiene una correcta higiene de manos en el ámbito hospitalario para prevenir las infecciones nosocomiales, centrándose en el personal no sanitario.
2. Exponer la/las técnicas adecuada para llevar a cabo un correcto lavado de manos.
3. Incidir en la importancia que tiene una correcta higiene de manos en la no-propagación de la Covid-19.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre el tema tratado. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos y leyes relacionados/as con la materia; seleccionando aquellos que se han considerado más acordes con el planteamiento del mismo.

4 Resultados

Llevar a cabo una correcta higiene de manos previene de contraer enfermedades; tales como las enfermedades nosocomiales, que son las que se producen en el ámbito hospitalario.

Las enfermedades nosocomiales son aquellas que se producen por la transmisión o contagio hospitalario, es decir, el paciente empieza a sufrir síntomas de infección a partir de su internamiento en el hospital.

La reducción y/o eliminación de estas infecciones, constituyen todo un reto tanto para el personal sanitario como para el no sanitario; ya que reducirlas redundaría en la mejora y bienestar de los pacientes y evitaría muchos problemas derivados de estas infecciones; que pueden ser leves pero también llegar a ser graves o incluso provocar la muerte del paciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), nos propone varias maneras distintas de realizar un correcto lavado de manos y así evitar la propagación y el contagio de estas enfermedades en los pacientes.

“Según la OMS, las indicaciones para el lavado y antisepsia de las manos”, son las siguientes:

1. Lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o contaminadas con material proteínico, o visiblemente manchadas con sangre u otros líquidos corporales, o bien cuando haya sospechas fundadas o pruebas de exposición a organismos con capacidad de esporular, así como después de ir al baño.
2. En todas las demás situaciones clínicas descritas en los apartados que aparecen más abajo, aunque las manos no estén visiblemente sucias, utilizar preferentemente la fricción con una preparación alcohólica para la antisepsia sistemática de las manos, o lavarse las manos con agua y jabón.
3. Proceder a la higiene de las manos: a) Antes y después del contacto directo con pacientes. b) Después de quitarse los guantes. c) Antes de manipular un dispositivo invasivo (se usen guantes o no) como parte de la asistencia al paciente. d) Después de entrar en contacto con líquidos o excreciones corporales, mucosas, piel no intacta o vendajes de heridas. e) Al atender al paciente, cuando se pase de un área del contaminada con otra limpia. f) Después de entrar en contacto con objetos inanimados (incluso equipo médico) en la inmediata vecindad del paciente.
4. Lavarse las manos con agua y un jabón simple o antimicrobiano, o frotárselas con una preparación alcohólica antes de manipular medicamentos o preparar alimentos.
5. No utilizar jabones antimicrobianos cuando ya se haya utilizado una preparación alcohólica para la fricción de las manos.

“Una de las técnicas de higiene de manos que propone la OMS”, es la siguiente:

1. Aplicar una dosis de producto, extenderlo por toda la superficie de las manos y friccionarlas hasta que queden secas.
2. Cuando se laven las manos con agua y jabón, mojarlas con agua y aplicar la cantidad de producto necesaria para extenderlo por toda la superficie de las mismas. Frotarse enérgicamente ambas palmas con movimientos rotatorios y entrelazar los dedos para cubrir toda la superficie. Enjuagarse las manos con agua y secarlas completamente con una toalla desechable. Siempre que sea posible, utilizar agua corriente limpia. Utilizar la toalla para cerrar el grifo.
3. Asegurarse de que las manos estén secas. Utilizar un método que no las contamine de nuevo. Cerciorarse de que las toallas no se utilicen varias veces o por varias personas. No emplear agua caliente porque la exposición repetida a ella eleva el riesgo de dermatitis.
4. Para el lavado de las manos con agua y un jabón no antimicrobiano pueden emplearse jabones simples líquidos, en pastilla, en hojas o en polvo. Las pastillas de jabón deben ser pequeñas y colocarse sobre rejillas que faciliten el drenaje.

El lavado de manos es una de las armas que utilizamos para protegernos de la Covid-19; como sucede con otras enfermedades infecciosas.

La Covid-19 es una enfermedad de tipo respiratorio, que se transmite por las gotículas procedentes de una persona infectada por el virus. Estas gotículas pueden transmitirse bien por el aire o también por las manos, que pueden estar contaminadas con el virus.

Por ello, lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón durante al menos veinte segundos, es una barrera frente a la propagación de la infección por coronavirus.

Es conveniente lavarse las manos antes y después de comer, después de ir al baño, después de tocar superficies de uso público que puedan contener el virus, después de toser o estornudar, después de sonarse la nariz y en todo momento que creamos conveniente.

5 Discusión-Conclusión

Una buena higiene de manos es imprescindible para evitar la transmisión y/o propagación de diversas enfermedades, que pueden afectar al paciente en su ingreso hospitalario.

Estas enfermedades, denominadas nosocomiales; pueden entrañar un riesgo para el paciente, que puede ir de leve a moderado y/o grave. La reducción de la transmisión hospitalaria de estos agentes patógenos es todo un reto y un objetivo a cumplir por el personal sanitario y no sanitario de dichas instituciones.

Es muy difícil eliminarlas por completo, pero sí reducir su transmisión y una de las cosas más importantes que se pueden hacer para ello, es una correcta higiene de manos. Tan solo este pequeño gesto, puede prevenir muchas infecciones que se producen en el ámbito hospitalario, y que pueden perjudicar más o menos al paciente.

Un buen lavado de manos, también se ha tornado imprescindible, como un arma contra la propagación de la Covid-19 así de otras enfermedades infecciosas. Lavarnos las manos correctamente, es una técnica que está al alcance de todos/as y es una manera de evitar y romper la cadena de contagio de dicha enfermedad.

6 Bibliografía

1. Artículo: “Todo lo que debes saber sobre el lavado de manos para protegerte del coronavirus (Covid-19)”. (Citado el 6 de dic. 21). Disponible en: <https://www.unicef.org/es/coronavirus/todo-lo-que-debes-saber-sobre-el-lavado-de-manos-para-protegerte-del-coronavirus-Covid-19>.
2. “Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria”. (Citado el 6 dic. 21). Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf.
3. Artículo en revista electrónica: “Lavado de manos como principal método de prevención de las infecciones nosocomiales hospitalarias dentro del ámbito de los celadores”. (Citado el 6 dic. 21). Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/lavado-de-manos-como-principal-metodo-de-prevencion-de-las-infecciones-nosocomiales-hospitalarias-dentro-del-ambito-de-los-celadores/>.
4. Artículo en revista electrónica: “Higiene de manos de personal no sanitario frente al Covid-19”. (Citado el 6 dic. 21). Disponible en: <https://revistamedica.com/higiene-de-manos-personal-no-sanitario-frente-al-Covid-19/>.

Capítulo 412

COMO AFECTA LA VIOLENCIA DE GÉNERO A LA SOCIEDAD

JOSE VICENTE GARCIA ALVAREZ

JUANJOSE TUÑON PRIETO

1 Introducción

Las naciones unidas definen la violencia contra la mujer como todo acto de violencia de género que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer. Esto incluye las amenazas de tales actos, la coacción o la privación de libertad.

La violencia de género en nuestra sociedad es un problema de salud pública muy complicado que significa una violación de los derechos humanos. La violencia contra las mujeres es un problema social que afecta tanto a la salud física como a la mental, su salud sexual y reproductiva también se ve afectada y su autoestima, lo que provoca problemas de integración social y en el mundo laboral. Menos del 40 por ciento de las mujeres que experimentan violencia buscan algún tipo de ayuda.

La violencia de género es uno de los problemas más grandes que afecta a la sociedad mundial. Afecta a millones de personas en todo el mundo sobre todo a mujeres y adolescentes. Las víctimas mortales a causa de la violencia de género en lo que va de año hasta noviembre de 2021 ascienden a 37. En noviembre de 2021 un total de 1 mujeres han sido asesinadas víctimas de la violencia machista, lo que supone una variación de -2 respecto al mismo mes del año anterior .

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Acabar con la violencia de género.

Objetivos secundarios:

- Concienciar a la sociedad en la importancia de la igualdad entre hombres y mujeres.
- Ayudar a las mujeres que sufran violencia de género.

3 Metodología

En la elaboración del presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en la que se han consultado diferentes bases de datos como Pubmed, bibliotecas electrónicas como Scielo, editorial electrónica Elsevier, revistas y artículos académicos, así como páginas web especializadas.

4 Resultados

La violencia contra las mujeres se produce por un conjunto de valores que siguen predominando en la sociedad en la actualidad. La violencia de género empieza en la cultura, la educación, la religión, las propias leyes, el lenguaje; en definitiva, la sociedad, que ha tenido a la mujer en una condición de inferioridad a lo largo de la historia. Ha sido justificada por la tradición, por la cual las mujeres están sometidas a los hombres.

Esto hace que la relación entre hombres y mujeres de cara a la sociedad sean desiguales, no solo en el ámbito familiar, sino también en lo referente al trabajo, la economía y las relaciones sexuales.

Existen dos factores principales como causa de la violencia de género:

- Factores culturales: violencia de género estructural.
- Factores de control y dominación social: violencia de género instrumental.

Violencia de género estructural: es una forma cultural de establecer las relaciones entre hombres y mujeres.

Violencia de género instrumental: se utiliza como instrumento de dominación y control dentro de la sociedad. Socializando es la forma más eficaz de conseguir el control y por tanto dominar a la mujer.

No hay un perfil de mujer víctima de violencia de género. Las hay de todos los

países del mundo, de todos los niveles sociales y económicos y niveles de formación académica.

Las características comunes en todas las víctimas de violencia de género son las propias del maltrato después de sufrir la violencia contra ellas, baja autoestima, aislamiento social, sentimiento de culpabilidad, depresión, dependencia, etc., se ven en un estado de gran vulnerabilidad y con una gran necesidad de ayuda para poder salir de esa situación.

Tipos de violencia de género:

- Física.
- Económica.
- Sexual.
- Psicológica.

La violencia de género se produce de manera progresiva habitualmente y se suele alargar en el tiempo, lo cual para muchas mujeres les cuesta reconocer lo que les está pasando.

El proceso de la violencia de género tiene tres fases:

- Acumulación de tensión.
- Explosión o agresión.
- La reconciliación o luna de miel.

5 Discusión-Conclusión

La violencia de género aumenta las desigualdades entre hombres y mujeres en la participación del mercado laboral y contribuye al aumento de la brecha salarial. La violencia es producto de la evolución cultural, no es una enfermedad, por tanto para cambiarla y dar una solución se necesita un cambio en la cultura y educación.

Otras manera de prevenir que se produzcan conductas violentas es reduciendo algunos factores de riesgo, como pueden ser el alcoholismo y el consumo de drogas, la tenencia de armas de fuego y las desigualdades económicas y de género. Una manera de prevenir estas conductas sería implantar por parte de los gobiernos políticas de tipo social y económicas de la salud.

La educación en las escuelas aplicando programas que garanticen el respeto y la igualdad entre hombres y mujeres.

6 Bibliografía

1. <https://www.redalyc.org>.

2. <http://scielo.sld.cu>.
3. <https://www.paho.org>.
4. <https://www.boe.es>.
5. <https://www.violenciadegenero.igualdad.gob.es>.

Capítulo 413

HERRAMIENTAS PARA GESTIONAR EL ESTRÉS EN EL TRABAJO

DAVID LOBATO FLECHA

1 Introducción

La epidemia del siglo XXI, es como denominan al estrés algunos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT). La Fundación Europea para la Mejora de las condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound) valoró el estrés como la segunda causa de los problemas de salud relacionados con el trabajo (28% de los mismos). Para la OIT, “el estrés es la respuesta física y emocional dañina causada, por el desequilibrio existente entre las exigencias del entorno del trabajo y los recursos y capacidades del trabajador/a para hacer frente a esas exigencias”. Nuestro organismo afronta situaciones de peligro utilizando recursos excepcionales, y en muchas ocasiones estos recursos son útiles para enfrentarnos y combatir situaciones fisiológicas, emocionales, de conducta, etc. En el caso, de que no se manejen de forma adecuada pueden llegar a provocar situaciones clínicas, conducentes a estrés crónico. A nivel profesional, en la empresa, se puede producir un aumento de bajas laborales y accidentes, abandono de puesto de trabajo, descoordinación, etc. Según datos ofrecidos por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, aproximadamente uno de cada cuatro trabajadores europeos señala tener estrés laboral. Como podemos intentar dominar situaciones de estrés:

- Utilizando técnicas de relajación, de control de respiración, de meditación, mentales, etc.
- Intentando conseguir un autocontrol de la conducta.

2 Objetivos

- Reconocer los estados de estrés para en la medida de lo posible controlarlos.
- Buscar estrategias factibles para disminuir las situaciones de estrés, aplicando diferentes técnicas de relajación y poder conseguir desarrollar la suficiente capacidad de control.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica y de consultas relativa a la literatura científica existente sobre factores psicosociales. Búsqueda sistemática de libros, informes, monografías, artículos, etc., en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Consulta de “preguntas frecuentes” acrónimo inglés FAQ- en páginas web de Prevención de Riesgos Laborales y diversas publicaciones de Técnicas para afrontar el estrés en el trabajo y Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo.

4 Resultados

El estrés es el resultado de un conjunto de situaciones mal gestionadas, todo ello provoca en nuestro organismo unos desordenes que pueden alterarnos a nivel físico o mental. En muchas ocasiones sería importante llevar a cabo unas pautas para gestionar situaciones no agradables que pueden llegar a provocar mayores consecuencias, por lo tanto, es necesario tomar un poco de tiempo para poder afrontar las cuestiones del día a día:

- Utilizar el tiempo suficiente para ejecutar una tarea hasta el final.
- No es necesario controlarlo todo, es importante confiar en uno mismo y en los demás.
- Cada persona tiene un ritmo de trabajo, por lo tanto, las comparaciones son innecesarias y contraproducentes.

Se considera al estrés como uno de los grandes males del mundo contemporáneo, es complicado seguir el ritmo que impone en muchas ocasiones la sociedad, ya que la tecnología actualmente avanza a unas velocidades de vértigo. Pero también existen otras situaciones no tan tecnológicas como las grandes dosis de ruido a que estamos sometidos dentro de entorno de trabajo, estas pueden provocar situaciones de tensión que de forma continuada y bajo presión conducen a estados de

estrés. Aunque la capacidad para habituarnos a los cambios, tanto de trabajadores como de trabajadoras, es muy grande, una tarea menos fácil, es poder gestionar el estrés que todas estas situaciones pueden provocarnos. Por lo tanto, es importante:

- Poder saber en qué momento empezamos a estresarnos y con qué. En algunos casos la tensión en la mandíbula o muscular son muestras de que la situación puede llegar a ser no deseada, estas circunstancias son motivo suficiente para parar.
- Capacidad para respirar y conseguir que la respiración sea un mecanismo de recuperación de la serenidad.
- Buscar otro foco de atención, cambiar de tema o de actividad, etc.
- Cambiar de postura, ponerse en pie, hacer simples ejercicios de manos, cuello, brazos, etc.

Los momentos de estrés se producen tanto a nivel personal como profesional, en el ámbito laboral, el exceso de responsabilidad, la carga excesiva de trabajo, la falta de compañerismo, etc., pueden llegar a provocar situaciones estrés, por lo tanto, es importante reflexionar para gestionar la situación y utilizar las herramientas o técnicas expuestas anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

Es importante reducir el estrés ya que puede llegar a provocar insomnio, dolores de cabeza, musculares, infecciones, sobrepeso y en mayor medida alterar nuestro sistema inmunológico, nervioso y endocrino. Actualmente, el ritmo de vida que llevamos está sometido a grandes presiones, por lo tanto, debemos realizar actividades que rompan con la monotonía del trabajo, técnicas de relajación, de respiración, de gestión del tiempo, de relaciones sociales, de vida saludable, etc. Otro factor importante a tener en cuenta es el apoyo social, es necesario que exista una situación favorable tanto en el entorno personal como en el profesional, para poder hablar, contar los problemas, afrontar retos, etc.

6 Bibliografía

1. Guía sobre el estrés.
2. Instituto europeo técnicas para afrontar el estrés.
3. La gestión del estrés en el trabajo: objetivo del mes (gigroup.com/).
4. muysaludable.sanitas.es/salud/objetivo-2017-reducir-el-estres-y-la-ansiedad/.
5. MC Mutual: Stop al estrés.

Capítulo 414

RIESGOS ERGONÓMICOS ASOCIADOS A LA ACTIVIDAD DEL PERSONAL NO SANITARIO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

TERESA SÁNCHEZ GARCIA

RAFAEL SANCHEZ GARCÍA

1 Introducción

Según la Organización Internacional del Trabajo (OTI), en Europa, el 25% de los trabajadores sufren dolor de espalda, y el 23% sufre dolores musculares. La Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, abala la relación entre los trastornos musculoesqueléticos (TME), con las malas posturas, los movimientos repetitivos, la movilización de cargas, etc., durante la jornada laboral.

En nuestro país, la VII Encuesta Nacional de Condiciones del trabajo, elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), concluye que el 84% de los trabajadores sufren TME asociados a la adopción de posturas inadecuadas o movimientos repetitivos, realizados durante la actividad laboral. Las tareas realizadas por los profesionales del sector sanitario, les hace especialmente vulnerables a la aparición de TME, que no solo afectan a su salud, sino que suponen un grave problema a nivel social, en cuanto que suponen una merma de la calidad asistencial que se ofrece a los ciudadanos y, también, un aumento en el gasto público derivado de las bajas laborales.

Este artículo es una oportunidad para conocer los factores de riesgo o condiciones laborales relacionadas con levantamientos, arrastres, posturas repetitivas, etc.,

que, mantenidas en el tiempo, pueden dañar la salud de los trabajadores, con la finalidad de establecer pautas y medidas de prevención que favorezca unos entornos laborales saludables.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar los factores de riesgo ergonómico más frecuentes en los centros hospitalarios, desde la perspectiva del personal no sanitario.
- Identificar las lesiones musculoesqueléticas más frecuentes, asociadas a las actividades realizadas por el personal no sanitario.
- Establecer pautas para el análisis y evaluación de las condiciones de riesgo ergonómico.
- Concretar las medidas de prevención y control, en relación con los riesgos ergonómicos.

3 Metodología

Para el logro de los objetivos planteados en este artículo, se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos científicas como: Dialnet, Scielo y Google Académico.

La búsqueda se ha realizado en base a los siguientes criterios:

- Disponibilidad del texto completo.
- Redactado en inglés o español.
- Publicado en los últimos 10 años.

Para acotar los resultados de búsqueda, se han utilizado palabras clave como: ergonomía, hospital, prevención, personal no sanitario.

4 Resultados

Con respecto al primero de los objetivos formulados, el Informe de necesidades de las empresas del sector sociosanitario, emitido por el Instituto de Biomecánica de Valencia, identifica como factores de riesgo ergonómico en las empresas analizadas, los siguientes: elevado número de movilizaciones de pacientes realizado por cada trabajador, organización y distribución deficitaria de los espacios, escasa dotación de ayudas mecánicas para la movilización de los pacientes, escasa

formación de los trabajadores en materia de prevención, evaluación ergonómica de los puestos de trabajo con escasa continuidad y con herramientas adecuadas. En relación con el personal no sanitario y, centrándose en las tareas desarrolladas por celadores, personal de lavandería, cocineros y personal de limpieza, los riesgos ergonómicos prevalentes están asociados a: manipulación de cargas, posturas forzadas y movimientos repetitivos.

Con respecto al segundo objetivo planteado, el informe antes mencionado, señala que la exposición continuada y mantenida en el tiempo a los riesgos mencionados, puede desencadenar lesiones o trastornos musculoesqueléticos a corto o largo plazo, siendo el dolor de espalda (cervical y lumbar), tendinitis (mano, brazo) y la fatiga muscular, los más frecuentes.

En esta misma línea, el trabajo realizado por Somarriba Jiménez, J.M. “Factores de riesgos físicos causantes de trastornos musculoesqueléticos en el personal de lavandería del Hospital Fraternidad”, concluye que el 82’18% de los trabajadores presentan síntomas osteomusculares, localizados principalmente en miembros superiores y, en menor medida (37’5%), en miembros inferiores y zona lumbar. Por otra parte, el 29’7% de los trabajadores declararon haber estado incapacitados en el último año, debido a algún problema de tipo osteomuscular. Los profesionales más afectados resultaron los celadores.

Por otro lado, en cuanto al tercer objetivo, a la hora de establecer pautas para el análisis y evaluación de las condiciones de riesgo ergonómico, según lo establecido en la Ley 31/1995, de riesgos laborales, los empresarios tienen la obligación de mejorar las condiciones de trabajo, en pro de favorecer la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores. Para ello, deberán:

- Informar y formar a los trabajadores sobre los riesgos ergonómicos a los que se encuentran expuestos.
- Promover la consulta y participación de los trabajadores, con la finalidad de adaptar los puestos de trabajo a las características personales de los mismos.
- Vigilancia del estado de salud de los trabajadores de manera periódica, en función de los riesgos ergonómicos detectados.
- Investigar y aplicar medidas correctivas, en caso de haberse producido accidentes o enfermedades profesionales.
- Efectuar estudios ergonómicos de los puestos de trabajo, teniendo en cuenta las actividades que en ellos se desarrollan, y las características de los trabajadores, con especial atención a aquellos con mayor vulnerabilidad.

El análisis y evaluación para las condiciones de riesgo ergonómico se realizará en dos pasos:

1. Identificación de la existencia de riesgos ergonómicos. A través de entrevistas

a los trabajadores, analizando la frecuencia e incidencia de lesiones (dolor de espalda baja, tendinitis, síndrome del túnel carpiano, etc.)

2. Cuantificación de riesgos ergonómicos a través de distintas herramientas de efectividad ampliamente contrastada. Por ejemplo, RULA (Raid Upon Limbo Asesinem), para la evaluación rápida de miembros superiores, investigando riesgos de trama acumulativa como: postura, uso de músculos o fuerza; Checklist, para el análisis detallado de estaciones de trabajo con ordenadores; evaluación de DRURY para movimientos repetitivos; modelo de fuerza comprensiva UTAH para evaluar los riesgos de espalda baja durante una tarea; y modelo de movimiento de hombro para evaluar el riesgo del hombro durante una carga, comparando el movimiento con la capacidad individual.

Para terminar, y en relación con el último de los objetivos planteados, hay que subrayar que, en la actualidad, la prevención y el control de los riesgos ergonómicos se realiza a través de:

- Controles de ingeniería, relativa a los aspectos físicos de las tareas realizadas por los trabajadores: dotación de equipos, utensilios más modernos, etc.
- Controles administrativos, relativos a los cambios o actuaciones de la organización del trabajo: rotación en los puestos de trabajo, cambios en las tareas, formación del personal para la rotación en los puestos, aumento de la frecuencia y duración de los descansos, mejorar las técnicas de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El personal no sanitario está expuesto a determinados factores de riesgo, que incrementan sus posibilidades de padecer lesiones o trastornos musculoesqueléticos, principalmente lesiones a nivel cervical o lumbar.

Los trabajadores del sector realizan un elevado número de movilizaciones de pacientes y cargas, en unas condiciones que no siempre son las más adecuadas (espacios mal distribuidos, escasa dotación de equipos y materiales, etc.), quedando expuestos a posturas forzadas y sobreesfuerzos que pueden dañar su salud.

Se hace necesaria la promoción de una ergonomía preventiva, que permita adecuar los puestos de trabajo a las características de las tareas que se realizan, y a las personas que las efectúan. El daño o lesiones que sufren los profesionales del sector no afecta solamente a su salud, sino que condiciona su trabajo y la forma de cuidar a los que más lo necesitan.

6 Bibliografía

1. Herrera Jiménez, M. B., y Huanchaco Mejía, M. I. (2018). Riesgos ergonómicos de los profesionales de enfermería en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Trabajo fin de grado]. Facultad de enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3870/Riesgos_HerreraJimenez_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
2. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas. (2003). <http://fremm.es/portal/UserFiles/File/riesgosLaborales/documentos/cargas.pdf>.
3. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, 269, de 10 de noviembre de 1995, 24292. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf>.
4. Martínez Fernández, N. (2016). Prevención de riesgos laborales en el sector de la sanidad. [trabajo fin de grado]. Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos, Universidad de Jaén. <http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/7701/1/TFG%20-%20martinez%20fernandez%2c%20noemi.pdf>.
5. Somarriba Jiménez, J.M. (2015) Factores de riesgos físicos causantes de trastornos musculoesqueléticos en el personal de lavandería del Hospital Fraternidad. [Tesis doctoral], CIES UNAN-Managua. <https://repositorio.unan.edu.ni/7757/1/t858.pdf>.

Capítulo 415

LA IMPORTANCIA DE UN CALZADO IDONEO PARA EL PERSONAL NO SANITARIO

JULIO MARTIN SECO

MARGARITA REIG RUIZ

1 Introducción

En toda actividad laboral se deben tener en cuenta multitud de factores a la hora del desarrollo de la misma. Muchos de esos factores pasan desapercibidos, no le damos la importancia que merecen o parecen irrelevantes a la hora de desarrollar dicho trabajo; sin embargo, algunos de esos aspectos son o adquieren una máxima importancia.

Podemos destacar y enumerar algunos como:

- El confort visual en el trabajo: a la hora de desarrollar el trabajo, se necesita un equilibrio para que podamos tener una visión evidentemente adecuada, pero a la vez debe ayudarnos para poder reducir la fatiga visual en la medida de lo posible; de esta manera ayudará al trabajador a realizar su trabajo de una forma más cómoda y menos estresante, y con un mayor rendimiento.
- Confort térmico: estamos relacionando el bienestar físico, por una parte, y el psicológico por otra de los trabajadores con aspectos como temperatura, humedad, o el viento. Estas condiciones cuando resultan idóneas favorecen de una forma importante el desarrollo del trabajo.
- La ergonomía: la ergonomía por definición es la adaptación del puesto de trabajo al trabajador. Eso nos dice claramente la importancia de este factor a la hora

de salvaguardar la salud del trabajador, así como su bienestar, a la vez que se consigue una mejora en la seguridad en el trabajo, y a la vez, una mayor eficiencia del mismo.

Por estos y otros motivos nos fijamos en la ropa de trabajo, y más concretamente en el calzado, por la importancia que adquiere en muchas categorías de personal no sanitario. Y la influencia que tiene para la salud de este personal, debido a que el uso de un calzado inadecuado afectaría decisivamente al cuerpo en general y especialmente a pies, piernas y espalda.

2 Objetivos

- Mostrar la importancia que el uso adecuado del calzado sobre el personal no sanitario puede conseguir para evitar lesiones o patologías derivadas de la utilización de un calzado inadecuado.
- Determinar la influencia sobre los factores de confort o fatiga que se pueden conseguir dependiendo del tipo de calzado que se utilice.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Aunque no todo el personal no sanitario que trabaja en las diferentes instituciones sanitarias realiza el mismo tipo de trabajo, muchas de esas características son comunes, y en todo caso una de las que probablemente más influencia puede tener, es el calzado para el desarrollo de su trabajo.

Los trabajos de este personal tienen características diferentes, siendo los celadores y celadoras los que más caminan, las planchadoras y planchadores los que más tiempo pasan de pie en un mismo sitio; en la cocina, probablemente es donde los suelos resbaladizos sean un mayor problema; y son los auxiliares administrativos los que más tiempo pasan sentados.

Aunque el calzado tiene que ser cómodo, flexible, transpirable, antideslizante, y con punteras endurecidas para proteger los dedos, para cada especialidad de este personal el calzado debe incidir más en el aspecto específico de cada puesto, para conseguir acomodarse a las características de los trabajos que estos realizan.

Aunque cada categoría pueda variar en los riesgos físicos por las diferentes características de los trabajos, las patologías dermatológicas pueden darse de forma común. Las más frecuentes son:

Hiperhidrosis, caracterizada por un aumento de la sudoración de los pies; Onicomycosis y Dermatomicosis, o “pie de atleta” ambas infecciones producidas por hongos y Xerosis, o “pies secos” que producen los pies grietas, fisuras y piel áspera.

Podemos decir que las características idóneas de un calzado adecuado para personal no sanitario debe al menos ser:

Con suelas antideslizantes; los suelos de los centros sanitarios suelen ser muy lisos y pueden estar mojados por la limpieza durante la jornada de trabajo, o por caída de líquidos y, por tanto, pueden estar resbaladizos; los zuecos deben ser antiestáticos para amortiguar o inhibir la descarga antiestática; que sean cerrados o tengan buena sujeción, para que se adhiera al pie para evitar torsiones y caídas; que sean ligeros anatómicos y cómodos; resistentes a los lavados constantes; una suela que tenga una buena amortiguación ayuda a reducir las dolencias y molestias de espalda; y además que cumplan con las normas de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

El calzado para el personal no sanitario resulta de suma importancia para evitar y prevenir lesiones que pueden producirse durante el desarrollo de su actividad profesional. Un calzado adecuado a las características de su trabajo favorece sin duda su rendimiento, y sobre todo y más importante, su salud.

Por esto, el personal no sanitario, como medida de autoprotección, debe intentar que el calzado utilizado durante la jornada laboral sea lo más adecuado a las necesidades para la realización de su trabajo, y que cumpla siempre las normas de seguridad que se requieren en su puesto de trabajo, y aunque todas las personas son diferentes, hay que procurar que el calzado se adapte fisiológicamente y morfológicamente al pie de cada persona, por seguridad y también, por salud.

6 Bibliografía

1. <https://blog.anade.com/>.

2. "manual de ergonomía aplicada a la prevención de riesgos laborales".
3. "Podología general y biomecánica".
4. <https://worket.es/>.

Capítulo 416

LA IMPORTANCIA DE LA ERGONOMIA EN CENTROS SANITARIOS PARA EL PERSONAL NO SANITARIO

MARGARITA REIG RUIZ

JULIO MARTIN SECO

1 Introducción

Podemos definir la ergonomía como el estudio de las condiciones de adaptación de un lugar de trabajo, una máquina, un vehículo, etc., a las características físicas y psicológicas del trabajador o el usuario. La ergonomía busca conseguir el mayor rendimiento en el trabajo, dando una mayor importancia a la humanización para conseguir ese rendimiento. El objetivo es adaptar productos, tareas, herramientas, espacios y en general, el medio ambiente, a las capacidades y necesidades de esas personas. El objetivo principal es, sin duda, el mejorar la eficiencia, seguridad y bienestar de los trabajadores.

Se utiliza para diseñar o adaptar el lugar de trabajo al trabajador a fin de evitar distintos problemas de salud y aumentar la eficiencia, es decir, para hacer que el trabajo se adapte al trabajador en lugar de obligar al trabajador a adaptarse a él. Y según la organización Mundial de la Salud El objetivo de la ergonomía es la prevención de daños en la salud, considerando esa en sus tres dimensiones: física, mental y social.

La ergonomía tiene en cuenta al trabajador y sus características físicas y psíquicas, y tratando y de adaptar el puesto y las condiciones de trabajo al trabajador que las desarrolla.

Asimismo, podríamos decir que la ergonomía preventiva trata de impedir las lesiones causadas por las malas posiciones y posturas que el trabajador adopta en el puesto de trabajo o a la hora de realizar la actividad productiva. Por ese motivo esta interrelacionada con la seguridad e higiene en el trabajo. Y podemos decir que la ergonomía se aplica en dos ámbitos como son el producto y el trabajador, analizando las tareas, herramientas, zonas y modos de producción, para conseguir prevenir los riesgos que se puedan ocasionar sobre el trabajador en su actividad laboral.

2 Objetivos

- Argumentar las ventajas de la ergonomía y desventajas de su no aplicación para el personal no sanitario, y la importancia que adquiere para los diferentes servicios de salud su implantación en muchos de los puestos.
- Desarrollar aspectos que ayudan a mejorar la salud del personal no sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. También se ha realizando una búsqueda de artículos en Google académico, y en las principales bases de datos: Scielo, Pubmed y Medline buscando palabras como “ergonomía”.

4 Resultados

Si atendemos a las definiciones de ergonomía como la adaptación del puesto donde desarrolla su actividad el trabajador, y lo extrapolamos al personal no sanitario, el cual desarrolla en multitud de ocasiones de forma repetitiva su trabajo, así como en posiciones donde pasa gran parte de la jornada laboral sin moverse prácticamente de esas posiciones, deberíamos preguntarnos si los puestos están adaptados a los individuos debidamente, si cambian de posición o posturas con la asiduidad que debieran, si reciben la información suficiente para evitar lesiones,

si muchas de esas lesiones pueden ser evitables, y si no bajarían las bajas laborales que se producen por parte de este personal, si se tomaran las medidas ergonómicas adecuadas. Y si compensa el absentismo laboral producido por la no adaptación del puesto de trabajo, en este caso al personal no sanitario de instituciones sanitarias.

La ergonomía para el personal no sanitario podríamos asegurar que adquiere una importancia extraordinaria en muchos de los puestos que ocupa este personal. Por ejemplo los auxiliares administrativos pasan una gran parte de su tiempo sentados delante de un ordenador, en la misma posición durante horas, un día tras otro, para un ayudante de servicios, en una cocina, puede suponer estar durante horas de pie, moviendo pesos o estando en posiciones indebidas; para un celador es el movimiento de enfermos seria uno de los mayores problemas. Si este personal no adopta las debidas posiciones debido al tipo de trabajo que realiza, puede suponer que cause bajas que podrían evitarse si la ergonomía de cada puesto estuviera mejor definida y adaptada a cada individuo, y que a la larga puede ocasionarle problemas de salud de una gravedad en muchos casos irreparables.

Los diferentes servicios de salud deben entender que el gasto en informar y adaptar los diferentes puestos de trabajos a este personal no sanitario, así como la vigilancia de las normas a cumplir y las medidas de seguridad ergonómicas por parte del personal no sanitario y por las características en muchas ocasiones de estos puestos de trabajo, puede suponer un gran ahorro económico a la larga, y puede conseguir a la vez el bienestar de dichos trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Invertir en ergonomía por parte de las empresas en este caso los servicios sanitarios, en puestos de una especial importancia por las características repetitivas o de la continuidad de largos tiempos prolongados en las mismas posiciones, repercutirá por una parte en el bienestar de este personal pero a la larga puede suponer un ahorro económico para estos servicios.

Por otra parte, tener en cuenta la estrecha relación que existe entre la ergonomía y la prevención de riesgos laborales, que en muchas ocasiones se solapan o fluyen paralelas para conseguir el bienestar tanto físico, psíquicos, o ayudar en la prevención de lesiones y accidentes de los trabajadores.

6 Bibliografía

1. <http://seso.org.ec/phocadownload/revista0052016.pdf>.
2. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000100003&script=sci_arttext.
3. “Diseño ergonómico en la prevención de la enfermedad laboral” de Antonio Bustamante.

Capítulo 417

EL ESTRES EN EL AMBITO LABORAL

CESAR DÍAZ PIQUÍN

1 Introducción

El estrés lo definiremos como un nuevo problema de salud del siglo XXI, propio del ritmo actual de vida que llevamos, está totalmente relacionado con el ámbito laboral y se le considera una enfermedad profesional, siendo una causa de baja laboral ya que es considerado un riesgo psicosocial.

En un contexto más técnico la OMS define el estrés laboral en sus comienzos como una reacción psicológica y de conducta propia de personas que trabajan a un ritmo de trabajo muy alto, muy superior al que están habituados es decir que hablando coloquialmente “no dan abasto”, toda esta sobrecarga laboral debe a varios motivos como pueden ser físicos, psíquicos, ambientales o de localización las relaciones personales con otros compañeros la propia estructura piramidal de la empresa (gerente, director/es, jefe/s encargado/s subordinados..) también otro dato a tener en cuenta es el trabajo a turnos es decir que se puede estar de mañanas, tardes y noches ya que un hospital se trabaja los 365 días del año y las 24 horas del día.

El estrés laboral afecta a un tercio de la población en edad de trabajar y este porcentaje es mucho más alto en otros países más desarrollados o avanzados, en base a estudios; ya sea encuestas o análisis de trabajos se ha llegado a la conclusión de que el estrés laboral es uno de los mayores problemas para la seguridad y la salud en el trabajo en todo el entorno europeo y un gran porcentaje sobre una cuarta parte de los empleados lo padecen.

2 Objetivos

Un objetivo principal es tener bien claro el concepto o definición de que es el estrés, y otros factores también importantes serían las causas y consecuencias de tenerlo y como no las soluciones a esta problema o enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo he consultado mis apuntes de oposición a personal sanitario, leído y consultado varios libros en la biblioteca del HUCA. Y En internet he consultado; la revistamedica.com, insst.es, seguridadlaboral.es. También he leído algunos reportajes o artículos relacionados con el tema.

4 Resultados

Según los distintos análisis, estudios, controles realizados o efectuados sobre el estrés hemos llegado a encontrarnos varias categorías o factores desencadenantes de dicha enfermedad como pueden ser:

Un ambiente físico la localización del entorno laboral; es decir que la situación de la empresa sea en un local o instalaciones de poca dimensión, estrecho con poca ventilación o cerrado.

La organización, el organigrama de la empresa; (gerente, director/a, jefe/s, encargados, subordinados.

El reparto de tareas , su control, su definición, la facilidad para llevarlas a cabo por parte del empleado o trabajador, que estas sean equitativas.

Las relaciones entre las personas que trabajan en conjunto en la empresa

El progreso personal, los ascensos, promociones, cambio de puesto o tareas

Las nuevas tecnologías (en informática, telecomunicaciones, redes sociales) tanto la presencia como ausencia de ellas.

Las consecuencias o causas derivadas de trabajar en un sector como es el sanitario en que se trata directamente con personas y muchas veces con enfermedades o problemas serios trae consigo una serie de dolencias ,alteraciones o padecimientos a tener muy cuenta como pueden ser; depresión, angustia, ira, rabia, falta de sueño, somnolencia, pérdida de apetito, ansiedad, etc., todas ellas repercuten o afectan no solo a la calidad de vida del operario o trabajador sino también a la pérdida o perjuicio en la producción o en el rendimiento total o general de la empresa. Además de poner en serio riesgo la seguridad, protección o defensa de

las instalaciones o lugar de trabajo lo que puede llevar a tener alguna incidencia o percance

Otra problemática derivada del estrés son los trastornos musculoesqueléticos que afectan a una gran cantidad de profesionales sanitarios a lo largo de su vida laboral.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final a este capítulo se debería conocer el nivel de estrés de los trabajadores en el ámbito sanitario haciendo análisis y evaluaciones que nos llevasen a prevenir o anticiparnos a dicho problemas, aprendiendo de errores anteriores y buscando soluciones como por ejemplo campañas de sensibilización que nos llevasen a crear un buen entorno de trabajo, crear un grupo o sección de sugerencias o ideas creadas por los propios trabajadores, la toma de decisiones conjunta por parte tanto de los jefes como subordinados.

Todas estas decisiones o actividades llegarían a buen término llegando incluso a reducir o eliminar las quejas o reclamaciones por parte de los usuarios de la sanidad.

6 Bibliografía

1. Apuntes de oposición a personal sanitario, biblioteca del HUCA.
2. En internet; la revistamedica.com, insst.es, seguridadlaboral.es.

Capítulo 418

LA HIGIENE DE MANOS

CESAR DÍAZ PIQUÍN

1 Introducción

La higiene personal es el conjunto de medidas dirigidas a la conservación de las diferentes funciones del organismo mejorando o incrementando la salud de la persona.

Estas medidas comprenden por tanto la limpieza de la piel como las prendas personales (vestimenta, calzado).

El contacto con distintos pacientes de diferentes patologías son las llamadas infecciones nosocomiales muy habituales en centros hospitalarios, realizar a diario a ser posible un lavado completo de la piel realizar varias veces al día un lavado de manos, es un procedimiento básico ya que los celadores van a estar en contacto con muchos pacientes.

Realizar una higiene de cabello , orejas, boca así como en especial el mantenimiento de la higiene de pies cambiándose los calcetines o medias diariamente con esta serie de procedimientos evitaremos lo más posible de estas enfermedades.

En todos los centros hospitalarios existe un procedimiento para realizar el lavado de manos dependiendo de si es un lavado higiénico, aséptico, quirúrgico siempre que nos pongamos en contacto realizaremos un lavado de manos antes y otro después.

Precisamente debido a que unos de los medios más habituales de propagación de virus y gérmenes son precisamente las manos están importante que tanto el personal sanitario y no sanitario mantengan una especial higiene en las manos para así evitar contagios.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa la higiene de manos y cuales son sus conceptos mas fundamentales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como consecuencia de un buen lavado de manos evitaremos la transmisión de microorganismos a los pacientes. Dependiendo del tipo de lavado de manos puede ser:

- Higiénico.
- Aséptico.
- Quirúrgico.

El lavado de manos higiénico tiene que ser una práctica habitual en todos los centros hospitalarios, como normativa suele realizarse:

- Al comienzo y fin de la jornada.
- Antes y después de tocar a un paciente.
- Después de limpiarse la nariz o tocar secreciones de sangra.
- Antes y después de comer.
- Después de ir al baño.
- Siempre que se tenga la manos sucias.

Para la realización de un buen lavado de manos higiénico es necesario contar:

Mejor realizarlo con agua tibia no utilizar temperaturas extremas ya que si no dañaríamos la piel.

Utiliza un jabón neutro mejor líquido y toallas de papel para el secado. Antes de realizar el lavado de manos higiénico hay que tener la precaución de quitarse anillos, joyas, relojes, etc., debido a que son una fuente de acumulación de gérmenes. Mejor llevar las unas cortas ya que son también lugares de acumulación de bacterias.

Para la realización de las técnicas primero abriremos el grifo y regularemos la temperatura a continuación pondremos la mano sobre el chorro y las mojaremos abundantemente teniendo las manos por debajo de los codos, aplicaremos una cantidad de jabón entre 2 y 5 ml y frotaremos al menos durante 10 segundos de forma circular y bajo las uñas a continuación aclararemos con abundante agua y finalizaremos con el secado mediante una toalla de papel.

En el lavado de manos aséptico el procedimiento es similar al higiénico con la particularidad de que usaremos un jabón antiséptico. Este lavado es recomendable cuando nos encontremos en unidades de alto riesgo (UCIS-UVIS) o cuando se realicen procedimientos invasivos.

Por el contrario cuando realizaremos un lavado de manos quirúrgico deberá emplearse unas condiciones de asepsia especiales ya que este método se usa en intervenciones quirúrgicas.

5 Discusión-Conclusión

La higiene en el trabajo es el conjunto de normas que pretende sea una actividad saludable para el individuo. En el ámbito sanitario una de esas normas de higiene consiste en el lavado de manos una práctica fundamental para evitar la propagación de geles y virus por todo el ámbito hospitalario, el lavado de manos puede ser higiénico, antiséptico y quirúrgico dependiendo de la zona de trabajo en la que nos encontremos pero siempre procederemos al lavado de manos en los casos que anteriormente hemos descrito.

En definitiva el lavado de manos es una acción higiénica que nos evitará la propagación de enfermedades llamadas en el ámbito sanitario enfermedades nosocomiales para lo cual existen unos procedimientos estándares para la realización efectiva del lavado de manos.

6 Bibliografía

1. García- García – Saavedra, M.^a J Y Vicente García , J.L. Higiene del medio hospitalario.
2. Manual de gestión de los procesos de esterilización de material sanitario.
3. Base de datos de internet.

Capítulo 419

RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL PUESTO DE CELADOR

PABLO GONZÁLEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

En el ámbito laboral la salud y el trabajo están relacionados de manera intrínseca. Mediante el trabajo se desarrollan nuestras capacidades tanto físicas como intelectuales lo cual nos aporta unas influencias positivas respecto a la salud tanto a nivel físico como mental aunque existe también su parte negativa que se refleja en la pérdida de salud si el trabajo se desarrolla en condiciones que puedan repercutir en nuestra salud e integridad física.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir los Riesgos Profesionales como aquellas situaciones de trabajo que pueden romper el equilibrio físico, mental y social de las personas. No podemos limitarnos a considerar como riesgo solamente aquellas situaciones que han causado accidentes o enfermedades, sino que debemos buscar el origen de todos los desequilibrios que afectan a nuestra salud.

Se define como riesgo laboral la posibilidad de sufrir un daño derivado del trabajo o de las condiciones en que éste se desarrolla.

Un factor de riesgo es una condición potencialmente productora de daño, es decir, el antecedente inmediato del daño, la causa que lo ha producido.

No podemos limitarnos a considerar como riesgo solamente aquellas situaciones que han causado accidentes o enfermedades, sino que debemos buscar el origen de todos los desequilibrios que afectan a nuestra salud.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Comprender la relación entre trabajo, salud y enfermedad profesional.

Objetivos secundarios:

- Analizar los conceptos de salud laboral y condiciones de trabajo.
- Identificar los tipos de riesgos y los daños derivados del trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, 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 progreso en el trabajo ha conllevado a una mejora de la productividad, de las condiciones de dicho trabajo y de la calidad de vida de los propios trabajadores (en este caso de los celadores) no conlleva que dichos factores de riesgo desaparezcan, aunque disminuyan no dejan de aparecer nuevos riesgos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha creado un nuevo concepto de salud en el que abre un nuevo campo de actuación incluyendo una nueva serie de patologías o lesiones como los trastornos psicosociales como el estrés, el burnout, la fatiga mental, etc.

Entre los elementos que pueden influir negativamente vamos a comentar a continuación los relacionados con la salud del trabajador, también denominados “riesgos laborales” y dentro de estos riesgos están los que nos atañe en este estudio los riesgos ergonómicos.

A este grupo pertenecen todos los factores de riesgo que se producen por un esfuerzo físico excesivo, ya sea por una incorrecta postura en el lugar de trabajo, un incorrecto diseño del mismo o en actividades que suponen el traslado y manejo de enfermos.

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

Las causas de las lesiones derivadas de los riesgos ergonómicos pueden ser variadas: movimientos repetitivos, manipulación de cargas y de enfermos, adopción de posturas inadecuadas y forzadas.

La movilización de enfermos es una manipulación donde la carga tiene características especiales.

Por tanto, son factores de riesgo en la movilización de pacientes:

Características peculiares de la carga.

Esfuerzo físico necesario, asociado a posturas forzadas o movimientos repetitivos.

Características del medio de trabajo: falta de espacio, suelo resbaladizo, temperatura, etc.

Factores individuales de riesgo: escasa formación en movilización de enfermo falta de condiciones físicas.

Otros riesgos: no disponer de asistencia, equipos inadecuados, falta de formación y/o información.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, casi el 40% de los accidentes por sobreesfuerzo es debido a la manipulación manual de cargas y a la movilización de pacientes, llevado a cabo en especial por Celadores, Auxiliares de Enfermería y Enfermeras.

La Organización Internacional del Trabajo) reconoce como la lesión más común dentro del personal que moviliza pacientes los trastornos musculoesqueléticos, debido al esfuerzo asociado a la movilización.

Por lo que la aparición de trastornos dorsolumbares, musculo esqueléticos, lumbalgias, etc., que son la principal causa del absentismo laboral del personal sanitario.

6 Bibliografía

1. Ley de Prevención de Riesgos laborales 31/1995.
2. Instituto Asturiano de Administración Pública Adolfo Posada. Prevención Riesgos Laborales.

3. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Capítulo 420

ESTRATEGIA "MANOS LIMPIAS SALVAN VIDAS"

MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ

ROSALIA VILLABRILLE MARTÍNEZ

1 Introducción

El lavado de manos con jabón es una actividad que salva vidas, una 'vacuna' que uno mismo puede aplicarse. Es una de las maneras más efectivas y económicas de prevenir enfermedades diarreicas y respiratorias que son responsables de la mayoría de muertes infantiles.

A pesar de ser una barrera protectora, el lavado de manos con jabón rara vez se practica y no siempre resulta fácil promoverlo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace énfasis en que las niñas y los niños pueden ser agentes poderosos para lograr el cambio de comportamiento. También es importante añadir otros mensajes que van dirigidos a las madres y padres, ya que ellos también son claves en la educación en el cuidado de los niños menores de cinco años.

La promoción del lavado de manos está asociada con la garantía al acceso al agua segura y el mejoramiento del saneamiento. Las Naciones Unidas sugieren que cada persona necesita entre 20 y 50 litros de agua al día para asegurar sus necesidades de bebida, cocina e higiene. Según las cifras publicadas por el Programa Conjunto de Monitoreo para el abastecimiento de agua y saneamiento de UNICEF y la OMS, más de una persona por cada seis personas en el mundo, es decir 894 millones, no tienen acceso a la cantidad sugerida de agua.

2 Objetivos

Dar a conocer en qué consiste la estrategia "manos limpias salvan vidas".

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en la página web oficial de la OMS, en libros de la comunidad científica y sanitaria, también se han consultado artículos de revistas sanitarias, científicas y académicas revisadas.

4 Resultados

Es un llamamiento para concienciar a la población de que un poco de agua y jabón pueden salvar muchas vidas. Un hábito que debe ser parte de nuestra rutina diaria y a través del cual evitamos el contagio y propagación de muchas enfermedades, sobre todo en los más pequeños. El objetivo de este día es procurar que en todo el mundo la práctica de la higiene de las manos sea algo regular.

Con las manos cocinamos, nos aseamos y hacemos otras actividades. Muchas enfermedades se inician al contaminarse las manos con bacterias y virus o sustancias nocivas. Puede ocurrir tras usar el inodoro, por el contacto con excrementos de un niño, toser, estornudar, tocar manos de otras personas o superficies contaminadas.

Un gesto tan simple como lavarse las manos con agua y jabón puede ser clave para la supervivencia de millones de personas.

La OMS hace un llamamiento a los profesionales sanitarios, para continuar con la práctica de la Higiene de Manos, como elemento clave para mantener a los pacientes a salvo, mediante la prevención y el control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, y la prevención de la diseminación de microorganismos multirresistentes, es un llamamiento para aunar esfuerzos y motivar a los profesionales sanitarios por su importante trabajo en primera línea de atención, y su papel crítico en pro de reducir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y de prevenir la propagación de microorganismos multirresistentes. Realizar la higiene de manos en los momentos precisos y de manera efectiva y continua siendo una práctica de efectividad demostrada, que es costo efectiva, pero requiere dedicación continua en distintas fases de atención al paciente:

- Fase 1: garantizar la preparación de la institución.

- Fase 2: llevar a cabo la evaluación inicial de la práctica de la higiene de las manos así como de la visión, los conocimientos y las infraestructuras disponibles con respecto a la misma.
- Fase 3: aplicar el programa de mejora. Es de vital importancia garantizar la disponibilidad de preparado de base alcohólica para manos en el punto de atención, así como ofrecer formación al personal y poner recordatorios en el lugar de trabajo. Los eventos bien publicitados que impliquen la aprobación o las firmas de compromiso por parte de los directivos y los profesionales sanitarios generarán una gran participación.
- Fase 4: llevar a cabo la evaluación de seguimiento para evaluar la eficacia del programa.
- Fase 5: desarrollar un ciclo continuo de plan de actuación y revisión, y desarrollar al mismo tiempo la sostenibilidad a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

El lavado de manos correcto y frecuente salva vidas. La atención sanitaria limpia está reconocida como uno de los desafíos urgentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para ser abordados por la comunidad global.

La campaña mundial "manos limpias salvan vidas", de periodicidad anual, se inauguró en 2009 dentro de un esfuerzo internacional, encabezado por la OMS en apoyo de los trabajadores de la salud, con el fin de mejorar la higiene de las manos en la atención sanitaria.

La higiene de manos es trascendental, ¿Por qué? Es considerada la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes y evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Todo profesional o dispensador de servicios de atención sanitaria, o cualquier persona que participe directa o indirectamente en la atención de la salud, debe mantener la higiene de sus manos y saber cómo hacerlo correctamente en el momento adecuado.

Además, ante la actual contingencia mundial por la Covid-19, todas las personas debemos lavar nuestras manos correcta y frecuentemente, para prevenir la transmisión del virus SARS-CoV-2.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 421

LA FIGURA DEL RASTREADOR DE CONTACTOS COVID-19 EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

ROBERTO BENITO FERNANDEZ

1 Introducción

La enfermedad causada por el virus Covid-19, ha sido declarada una Emergencia de Salud Pública por el comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional. Se propaga principalmente a través del contacto cercano de persona a persona, especialmente por vía aérea mediante la inhalación de aerosoles con partículas virales.

Hasta la llegada de la vacuna, las intervenciones no farmacológicas de carácter poblacional son las únicas intervenciones efectivas para controlar la propagación, de ahí la importancia de la existencia de un sistema de vigilancia de contactos estrechos, que se fue mejorando y perfeccionando hasta llegar al sistema organizativo que existe hoy en día, concretamente, y como se describirá a continuación, en el Principado de Asturias.

Surge así la figura del rastreador de contactos Covid-19, compuesta por trabajadores del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

A continuación, se describirá la forma de actuar de los rastreadores en diferentes ámbitos, según el grupo poblacional sobre el que se vaya a trabajar, así como las principales herramientas utilizadas que todos los trabajadores han de conocer para el desempeño de dicho trabajo. También se mencionarán el resto de profesionales con los que se mantiene un contacto continuo y de la importancia del trabajo en equipo.

2 Objetivos

- Controlar la propagación del virus en la comunidad.
- Concienciar sobre el protocolo y aportar toda la información necesaria durante las llamadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha recogido información por un lado del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España y por otro, de la documentación ofrecida por el Servicio de Salud del Principado de Asturias a lo largo de la pandemia.

4 Resultados

El Covid-19 se propaga principalmente a través del contacto cercano de persona a persona, especialmente por vía aérea. Esta rápida transmisión hace que sea necesaria la creación de un sistema de vigilancia y detección precoz de todos los casos compatibles con Covid-19 y sus contactos estrechos, así como de una figura que lleve a cabo dichas tareas, el rastreador.

Los rastreadores son trabajadores del SESPA, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros y médicos para la supervisión y coordinación del trabajo.

En este punto, los rastreadores tienen dos tareas principales:

- Identificar casos positivos y sus contactos estrechos y llevar a cabo la cuarentena de dichas personas, así como la petición de la prueba PCR correspondiente.
- Identificar la existencia de posibles focos epidemiológicos para anticiparse en lo posible en la toma de próximas medidas.

Para el desempeño de dichas tareas, el rastreador debe utilizar distintas herramientas:

- Microsoft Teams: utilizada para la puesta en contacto con todo el equipo de trabajo, reuniones de equipo y acceso a la documentación necesaria para el conocimiento y reciclaje de conocimientos.
- Programa GO.Data: es una aplicación de la OMS creada para el registro de casos en pandemias utilizada en diferentes países del mundo, en este caso adaptada localmente a la Comunidad Autónoma. Es la herramienta a través de la cual se registran los datos tanto de los casos confirmados por Covid-10 como de sus contactos estrechos. A través de ella, también se realizan las peticiones de PCR necesarias y el seguimiento de dichos contactos.

En cuanto a la gestión de los contactos en diferentes ámbitos, existe una diferenciación organizativa, distinguiéndose así entre ámbito educativo, laboral y sociosanitario.

En el ámbito educativo se adaptaron diferentes normas y actuaciones, los centros educativos crearon planes de contingencia, se hicieron vías informativas para las familias y para el alumnado y se organizaron reuniones con los equipos directivos de los centros educativos para explicar los procedimientos y resolver sus dudas. Para el control de la propagación en este ámbito, se coordinan diferentes entidades:

- Consejería de Salud: donde se encuentran los rastreadores.
- Consejería de Educación: los equipos directivos de los centros escolares
- SESPA: equipos de atención primaria y para la realización de PCR y enfermeras coordinadoras para centros educativos de cada área sanitaria.

En el ámbito laboral, el servicio de prevención de riesgos laborales (SPRL) discrimina en sus registros, entre caso positivo laboral y caso no laboral, dependiendo de si reconocen el origen del caso dentro del ámbito laboral o no.

Los profesionales del servicio sanitario del SPRL son los encargados de establecer los mecanismos para la detección, investigación y seguimiento de los casos y contactos estrechos laborales de forma coordinada con las autoridades de salud pública.

Por su parte, los rastreadores llevan a cabo el rastreo y seguimiento de los contactos estrechos sociales y familiares.

El ámbito sociosanitario integra los centros residenciales para personas mayores, centros de día y centros de apoyo a la integración.

Se pone en marcha una colaboración del SESPA con los centros sociosanitarios, basada en la intervención y control centralizado en la consejería de salud y el SESPA. Para ello, se asigna un coordinador sociosanitario para dirigir y coordinar la actividad asistencial de dichos centros.

El coordinador se encarga de que los responsables de cada centro sociosanitario actúen con homogeneidad y realizará una vigilancia en coordinación con el Servicio de Vigilancia Epidemiológica.

5 Discusión-Conclusión

La aparición y propagación acelerada y repentina de la Covid-19 ha obligado a poner en marcha de forma precoz mecanismos innovadores y una coordinación de profesionales de diferentes disciplinas para perseguir un objetivo común, retrasar o minimizar en la medida de lo posible su propagación.

A pesar del poco tiempo de respuesta del que se dispuso en los primeros momentos, la colaboración y la comunicación entre el ámbito sanitario y el social ha demostrado ser muy efectiva consiguiendo resultados en los momentos mas críticos de la comunidad autónoma.

Como resultado de dicho trabajo en equipo, se han sentado las bases y la estructura organizativa a seguir en el caso de volver a producirse en un futuro un acontecimiento similar.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (2021). Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de Covid-19. Instituto de Salud Carlos III.

Capítulo 422

EL DESGASTE LABORAL: CONSECUENCIAS Y MANERAS DE COMBATIRLO

NOELIA PLIEGO GÓMEZ

ISABEL CIUDAD RODRIGUEZ

MÓNICA MARÍA RODRÍGUEZ SIERRA

SARA ALONSO FERNANDEZ

1 Introducción

Al estado emocional que aparece ante la sobrecarga de estrés que manifiesta una persona en su ámbito laboral y que le condiciona una motivación interna, actitudes y conducta se le denomina síndrome de burnout.

En concreto la Organización Mundial de la Salud se refiere al burnout como una situación en la que el trabajador se encuentra tanto psíquica como físicamente en una situación de estrés causado por el trabajo que le impide realizar las labores encomendadas para el correcto desempeño de sus funciones laborales y que conlleva repercusiones en su estilo de vida fuera del ámbito laboral, arrastrándole a un agotamiento emocional, físico y mental grave. Este síndrome aparece incluido en la lista de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

Esta patología, cada vez más común entre la población activa, es también conocida como síndrome del trabajador quemado, síndrome de desgaste ocupacional o surmenage, por su nombre en francés.

Cuando hablamos de sector sanitario estamos hablando de un abanico amplio de profesiones y categorías que no necesariamente son de índole sanitaria, por lo que no han tenido una formación específica para saber manejar situaciones extremas relacionadas con la salud de las personas, pero que tienen una elevada exigencia en su labor profesional. Si añadimos una sobrecarga de trabajo por cuestiones organizacionales más factores estresores circunstanciales como pueda ser un sistema de contratación precario, el resultado es que se trata de personal vulnerable a padecer este síndrome del trabajador quemado.

Es por ello que conocer las causas que generan ese desgaste en el trabajador para poder tomar medidas de prevención frente a esta patología, es sumamente importante para dar solución a un problema de salud cada vez más frecuente entre la población activa.

2 Objetivos

- Indicar los factores estresores en el entorno laboral.
- Exponer el síndrome de burnout como la respuesta ante síntomas en situaciones de estrés laboral crónico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de datos e información a través de distintas fuentes de una selección de textos y artículos publicados en diversas bases de datos como SciELO, Google académico o Pubmed, así como páginas de organismos oficiales. Analizados los contenidos y en base al objetivo y la finalidad del tema se ha realizado una revisión sistemática utilizando las palabras clave: burnout, agotamiento profesional, estrés laboral, sistema sanitario.

4 Resultados

El estrés laboral, según la Comisión Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo se define como “las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador”.

La ausencia de un proceso de recuperación tras un periodo de estrés continuado, y la acumulación del agotamiento puede llevar a un estrés crónico. Cuando el

individuo manifiesta ese deterioro, exhausto, desbordado y agotado como consecuencia del desgaste que le provoca el entorno laboral, describe el síndrome de burnout o desgaste profesional en el que el trabajador responde con manifestaciones de desgaste físico, emocional y cognitivo con influencias negativas para él y para el sistema.

El desgaste laboral se entiende como un proceso continuo en el que el individuo se ve inmerso en un proceso lento de pérdida de energía, optimismo e ilusión en su trabajo. Va pasando por etapas de pérdida de entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía.

Para detectar el burnout conviene utilizar metodología y técnicas que involucren tanto al propio individuo como al sistema organizacional.

Como estrategias individuales se encuentran las técnicas de autocontrol emocional que ayudan a frenar y reducir el malestar emocional. Éstas pueden ir dirigidas a enfoques físicos como respiración, relajación o mindfulness, o adquisición de habilidades sociales para potenciar comportamientos de interacción social y utilizar estrategias para resolución de problemas.

Respecto a estrategias organizacionales, dirigidas a programas de formación e inserción laboral que otorguen al trabajador información sobre su actividad laboral enmarcada dentro del sistema organizativo con el objetivo de generar motivación y desarrollo profesional.

No existe una causa concreta que determine el origen del síndrome del trabajador quemado pero el cúmulo de diversas circunstancias como las condiciones laborales, las relaciones interpersonales, la propia personalidad del individuo, el sistema organizativo, el contexto social y económico y las características propias del diseño del puesto de trabajo pueden ser los factores estresantes que más intervienen en el desgaste profesional.

Esa exposición elevada a los diversos estresores dentro del ámbito laboral se relaciona con el deterioro de la salud, y se puede dividir en tres grupos de consecuencias en función de los estresores involucrados.

- Consecuencias en la salud física: alteraciones físicas, las que inciden directamente en la salud física. Desgaste físico, dolores de cabeza, dolores musculares y contracturas. El cuerpo no responde como suele hacerlo, manifestando agotamiento y malestar generalizado. Palpitaciones, taquicardias o pinchazos en el pecho.
- Consecuencias laborales: alteraciones en la conducta relacional con compañeros, disminución de productividad y falta de competencia originando un deterioro en la calidad del servicio. Sentimiento de que los niveles de productividad han bajado considerablemente, con bajo rendimiento y sensación de no poder completar las

tareas y funciones encomendadas. Disconformidad salarial. Comunicación deficiente. Absentismo laboral.

- Consecuencias salud mental: provocan alteraciones emocionales en el trabajador, llevándolo a situaciones depresivas, de ansiedad, irritabilidad, baja autoestima y falta de motivación, frustración y distanciamiento o desconexión emocional. Malhumor y apatía con el entorno social y familiar.

5 Discusión-Conclusión

Es importante establecer cuestiones que ayuden al personal a establecer una conexión entre los síntomas manifestados y las causas derivadas del entorno laboral, ya que indagar en dichas causas será la clave para poder combatir los síntomas. Se pueden distribuir en ciertos aspectos como el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal en el trabajo.

El individuo debe conseguir manifestar el sentimiento que le invade con el desempeño de sus funciones, para determinar cómo puede llegar a sentirse de realizado en cuanto a retos personales y profesionales, y llegar a conocer si se cumplen las expectativas inicialmente planteadas o dista mucho de lo deseado. Por ello conviene utilizar criterios exclusivos que ayuden a determinar y relacionar situaciones concretas, para de esa manera establecer una detección eficaz de los agentes estresores.

Sería conveniente establecer un plan de acción que permita identificar los aspectos a mejorar incluyendo cambios organizativos en los puestos de trabajo, con medidas incentivadoras y de igualdad de recursos. Poner a disposición de los trabajadores todos los medios de personal especializado y recursos para conseguir una situación lo más óptima posible.

También se recomienda activar sesiones formativas a los profesionales de ayuda al autocontrol y gestión del estrés que permitan reforzar individualmente y aportar al colectivo del sistema. Realizar la identificación y la evaluación de riesgos psicosociales. Desarrollar habilidades sociales y de resolución de conflictos. Promover el trabajo en equipo, aumentar el grado de autonomía y el control del trabajo. Es muy importante conseguir un diseño óptimo de las funciones del trabajador, incluyendo la flexibilidad horaria y una orientación profesional al inicio del trabajo.

Para evitar el estrés laboral es importante que el trabajador se sienta identificado con sus funciones y el entorno laboral, con el apoyo por parte de sus superiores y compañeros. Esa interrelación permite tener una percepción de satisfacción propia con consciencia del alcance de su responsabilidad que se traduce en ben-

eficios individuales y para el sistema.

6 Bibliografía

1. <https://www.insst.es/estres-laboral>
2. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf>
3. <https://www.ocu.org/salud/bienestar-prevencion/noticias/burnout-estres-laboral>
4. https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_732.pdf/bf45e644-2986-42b0-b9a5-ce5bef2917bd

Capítulo 423

ERGONOMÍA AMBIENTAL

DAVID SASTRE RAMOS

1 Introducción

La ergonomía es la ciencia de carácter multidisciplinar que tiene como objetivo la adecuación de los productos, sistemas y entornos a las características, limitaciones y necesidades físicas y psicológicas de los usuarios para así optimizar su eficacia, seguridad y confort. En este capítulo interesa su aplicación para “cuidar a los que cuidan” y sensibilizar de la importancia que tiene “cuidarse para cuidar”. Los profesionales que trabajan dentro del sistema sanitario están sometidos a una serie de riesgos ergonómicos que no solo les afecta individualmente en el desempeño de sus tareas, sino que tiene una incidencia social notable, puesto que su trabajo de asistencia sanitaria repercute directamente en los ciudadanos. El principal escollo con el que se encuentran estos trabajadores es la falta de prevención en la adopción de medidas ergonómicas, prevaleciendo las correctivas que se establecen una vez que muchos daños físicos y emocionales ya están ocasionados.

La ergonomía sanitaria tiene una gran repercusión social, ya que los profesionales de estos centros trabajan “con” y “para” las personas en situaciones especialmente vulnerables. Los factores de riesgo ergonómicos que se exponen a continuación son tan o más importantes que otros que conciernen a aspectos de seguridad e higiene, ya que sus consecuencias se mantienen en el tiempo, siendo mucho más dañinas para un sistema sanitario y para una sociedad.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la ergonomía ambiental en las profesiones sanitarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 finalidad del diseño ergonómico de los puestos de trabajo es conseguir una adaptación satisfactoria de las condiciones de trabajo a las características físicas y psíquicas del trabajador, con el objeto de salvaguardar su salud y bienestar al mismo tiempo que se mejoran la eficiencia y la seguridad en el trabajo.

Actualmente las intervenciones ergonómicas realizadas son correctivas, rediseñando el entorno físico, el producto, la organización del trabajo por iniciativa propia o debido al incremento sin motivo aparente de las cifras de absentismo y bajas laborales. Un hecho que además genera pérdidas económicas para el sistema sanitario. No se aplica, sin embargo, la ergonomía preventiva, olvidando las repercusiones tan evidentes que tiene respecto a la calidad de vida, profesional y personal, al reducir la carga de trabajo físico y mental, e incrementando así el rendimiento. También se mejora la calidad asistencial al acelerar la recuperación física y psíquica del paciente, traduciéndose todo ello en un bienestar social.

Una efectiva prevención requiere de un sistema sanitario que motive y facilite la integración al trabajador en su praxis diaria y a su vez responsabilizarse de su salud tanto en el ámbito laboral como extralaboral.

La intervención multidisciplinar es necesaria para controlar, evitar y minimizar los factores de riesgo ergonómicos y psicosociales. Es necesario fortalecer la mirada no solo a los sistemas de información sanitaria y destapar la responsabilidad del propio sistema, sino también de la sociedad, responsabilizar a los agentes socializadores y educadores, e insistir en el papel de los transmisores, y orientar su planificación hacia un mismo objetivo. Es responsabilidad de todos mejorar

la calidad de vida de los individuos, pero nunca hay que olvidar que el propio individuo es su máximo cuidador.

La ergonomía y los factores de riesgo en Salud ocupacional deben ser contemplados de forma sistematizada en cada puesto laboral, mediante las revisiones periódicas de los trabajadores que habitual y sistemáticamente usan equipos informáticos.

Los ambientes adecuados y amigables reducen consecuencias negativas en la salud, mediante el cumplimiento de lo regulado en relación con riesgos laborales en salud ocupacional.

El personal cualificado debe educar a los trabajadores de los centros laborales, en relación con los cambios de estilo de trabajo en sus puestos laborales, de esta forma se evita la aparición de enfermedades profesionales.

Como resultado buscaremos la optimización en los procesos de trabajo y los sistemas de producción, mediante la generación, implementación y seguimiento de recomendaciones y lineamientos ergonómicos, orientados al uso correcto de herramientas, equipos, maquinaria, dispositivos y ejecución de tareas.

Una buena actuación de prevención al realizar nuestras tareas profesionales va a permitir que no se produzcan, o minimicen el impacto ergonómico que vienen asociados a los factores de riesgo que están presentes en mayor o menor medida en cada puesto de trabajo, los cuales provocan que la presencia de riesgo pueda llegar a generar un accidente o una enfermedad profesional del sistema musculoesquelético.

Cuando hay que realizar una tarea que requiere el uso continuado de los brazos, aunque los gestos sean diferentes, pero éstos se utilicen durante más del 50% del tiempo, nos encontramos ante un trabajo repetitivo.

Para combatir y reducir los riesgos ergonómicos en hospitales y centros sanitarios, es necesario trabajar en un sistema que permita gestionarlos, comenzando por la identificación de los mismos y su presencia en cada unidad o área de trabajo.

Esta identificación se puede realizar utilizando los criterios de las normas técnicas, e incluso la reciente norma ISO-CEN-TR 12295.

5 Discusión-Conclusión

La ergonomía busca facilitar la actividad humana, diseñando el trabajo de manera que resulte cómodo, fácil, seguro y saludable. Como toda disciplina científica que se precie de estar al servicio del ser humano, la ergonomía debe evolucionar con el paso del tiempo, intentando satisfacer las cambiantes necesidades humanas.

Los ambientes laborales adecuados y amigables reducen las consecuencias nocivas, generan una productividad mayor, por lo que sería bueno fomentar la realización de ejercicios en forma regular en los diferentes puestos de trabajo, en dependencia de los riesgos ocupacionales de salud detectados.

Las personas, en cualquier actividad que desempeñan, actúan como una "central de comunicación", que perciben información del ambiente, la elaboran sobre la base de conocimientos previamente adquiridos y habitualmente ejecutan sus decisiones. Las actividades intelectuales aumentan las demandas de percepción y toma de decisiones, con un escaso componente de trabajo físico.

6 Bibliografía

*<https://seguridadysalud.wordpress.com/ergonomia/917-2>

*<https://seguridadysalud>.

*<http://scielo.sld.cu/scielo.php>

Capítulo 424

SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL NO SANITARIO

JOSE ANGEL PALACIO PRESA

1 Introducción

Definimos este síndrome de estar o sentirse quemado, conocido como “BURNOUT”, como ese proceso negativo que surge en las relaciones laborales, en el, los trabajadores sufren una serie de estados de agotamiento mental y físico que es debido a las características particulares de su puesto de trabajo.

Sus síntomas principales que se manifestarían serían:

- Irritabilidad para la realización de cualquier tarea, pero pequeña o simple que parezca.
- Frustración constante con el desempeño del trabajo.
- Desilusión o desmotivación recurrente por ir a trabajar.
-

Esto lleva a la somatización en síntomas físicos como:

- Cansancio recurrente.
- Dificultad para respirar.
- Ansiedad.
- Problemas respiratorios.
- Problemas gastrointestinales.
- Etc.

Para que todo esto se produzca existen varios factores de riesgo que hacen que aparezcan, sean recurrentes incluso con un carácter crónico. Por ejemplo:

- Esfuerzos mentales por encima del ritmo normal del trabajo en periodos prolongados.

- Reorganización constante de las tareas a realizar.
 - Continuas interrupciones que hacen que no seamos capaces de concentrarnos en el trabajo.
 - En el ámbito sanitario, el trato diario y constante con gente que sufre de estrés, ansiedad y demás trastornos mentales, a veces incluso no diagnosticados.
- Aunque su origen viene del ámbito deportivo, por la situación de frustración generada entre el entrenamiento exhaustivo de los deportistas de elite con la no consecución de los objetivos que se imponían. Luego se ha pasado al ámbito laboral, donde los trabajadores, tanto un tiempo de dedicación a su trabajo poniendo esfuerzo, concentración y ganas, por diferentes circunstancias, muchas veces ajenas a ellos nos consiguen los resultados deseados y sienten una sensación de desgaste, vacío o de “estar quemado”.

2 Objetivos

Analizar este proceso, su origen, síntomas y evolución, para ello nos valdremos de un cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory) el cual nos va a ayudar tanto a identificarlo como medirlo.

3 Metodología

Para ayudarnos en la tarea de indagar, analizar, identificar, clarificar este síndrome así como poder evaluarlo y dimensionarlo dentro de la relación laboral, hemos investigado a través de una interesante revisión bibliográfica sobre literatura existente sobre este tema. También a través artículos en publicaciones científicas y en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline.

4 Resultados

Después del análisis de toda esta información, podremos afirmar que el síndrome BURNOUT o síndrome de “estar quemado” es un síndrome de naturaleza psicológica que afecta a las personas, centrándonos en el tema laboral sus características serian:

- Falta de participación en la toma de decisiones tanto de la organización del trabajo como en aspectos relativos a mejora de procesos.
- Incomprensión de las decisiones tomadas por los mandos de la empresa sobre situaciones de la empresa que afectan en el día a día del desarrollo del trabajo

hecho por sus subordinados.

- Baja autoestima personal que se traduce en constante frustración, producida por la incapacidad de no poder hacer nada.
- Sentimiento de ser un “número” en la empresa. Despersonalización del puesto de trabajo. Cada mayor dimensión tiene la organización, más posibilidades de que ocurra esta situación.
- Falta de equidad o justicia en la organización de la empresa, así como en la toma de decisiones.
- Relación tensa tanto con los compañeros como con los mandos de la empresa. Este mal ambiente de trabajo produce una baja productiva y un bajo ratio de eficiencia que repercute negativamente tanto en los objetivos como en los resultados anuales de la empresa.
- Agotamiento emocional y pensamiento recurrente de querer dejarlo, es algo con lo que muchos psicólogos relatan que tratan a diario con sus pacientes.
- Incapacidad de poder ascender en la organización o ver que quien asciende no hace méritos suficientes para ella.

Hemos visto muchas maneras tanto de identificar como evaluar estos síntomas, el más utilizado sería el anteriormente mencionado como MBI (Maslach Burnout Inventory). Se trata de un cuestionario donde se recogen las respuestas del sujeto interesado en relación preguntas sobre sus pensamientos, reflexiones y emociones. Este cuestionario vio la luz en el año 1981 y fue publicado por Maslach y Jackson.

5 Discusión-Conclusión

Ya sabemos que la causa de este síndrome tan habitual en las relaciones laborales de hoy en día es una exposición importante y continuada en el tiempo a altos niveles de estrés y exigencia.

Si nos centramos en el ámbito sanitario y hospitalario, todo esto puede ser una bomba de relojería porque incide negativamente en los comportamientos del personal con los pacientes, sabiendo que eso puede tener consecuencias incluso letales para ellos.

En las publicaciones consultadas hemos visto que este síndrome, a pesar de no estar reconocido en el CIE-10, ni tampoco en los DSM-IV y V con entidad, tiene un alto grado de incidencia entre el personal del ámbito tanto hospitalario como sanitario. No es un tema baladí, porque hemos detectado que en casos extremos afecta a la vida personal de los trabajadores que lo sufren, no dejándoles hacer

una vida plena y normal, afectando a las relaciones personales, conyugales, familiares, de forma grave, incluso provocando casos de suicidio en algunas personas. Por ello debemos enfocar este problema, dándole la importancia que realmente merece, reconociéndolo como un proceso que afecta mucho a las organizaciones laborales, y que su prevención, detección y tratamiento puede ser una fuente de beneficios tanto sociales como económicos de la empresa.

6 Bibliografía

- Manzano, G. (2002). Bienestar subjetivo de los cuidadores formales
- Hombrados. M.I. (1997). Estrés y Salud. Valencia; Promolibro.
- American Psychiatric Association. Barcelona, Masson.
- Ansiedad y estrés. Nº 2-3 pp. 225-244
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). Empleo, Estrés y Salud. Madrid. Pirámide

Capítulo 425

SISTEMA DE DOTACION Y REPOSICION DE ROPA EN EL SERVICIO DE LAVANDERIA DEL HOSPITAL

JOSE ANGEL PALACIO PRESA

JORGE PALACIO PRESA

1 Introducción

El objetivo final de la lavandería de un hospital es transformar la ropa sucia y contaminada en ropa limpia cuyas características principales sean tanto la ausencia de infección, como la ayuda a la comodidad y confort del paciente. Esta ropa sucia debemos tratarla porque puede ser una vía de contaminación microbiana. Debemos diseñar procedimientos adecuados para la recogida, transporte, procesamiento y almacenamiento de la ropa del hospital. El objetivo que se persigue es una adecuada desinfección de la ropa hospitalaria para poder asegurarnos facilitar el correcto suministro de ropa bacteriológicamente limpia en la atención al paciente a través de los sistemas de higiene textil de dicha ropa.

Si dicha ropa, no se trata con una serie de medidas higiénicas y con las precauciones necesarias para impedir la circunstancia, que puede darse, de re contaminación antes de que esa ropa vuelva a estar en contacto con el enfermo, no estaremos consiguiendo el objetivo de que debemos perseguir en cuanto a procesos tanto de tratamiento, lavado y descontaminación.

Para ello, la idea sería necesario establecer una serie de acciones de una manera estructurada, concisa y sin ambages sobre cómo proceder en la higiene textil. Debemos mantener ciertas premisas, una de ellas es mantener tanto la comodidad de esta ropa para el paciente como para el personal que trabaja con esa ropa. Esto es un tema importante, esta ropa tratada debe no perder sus propiedades naturales, así como mediante ese proceso quedar libres tanto de las acciones y efectos secundarios de detergentes y/o blanqueantes y por supuesto de cualquier tipo de contaminación, impureza, restos de suciedad, etc., que pueda tener esa ropa.

Es normal que el proceso de lavado y desinfección de la ropa y la utilización de detergentes, blanqueantes y otros productos tengan consecuencias en las prendas y pudiesen generar incomodidades para enfermos y trabajadores, como por ejemplo escoceduras. Se deben evitar al máximo estas circunstancias estableciendo un minucioso proceso de lavado, donde los detergentes. Jabones, etc. que se utilicen no hagan decaer la suavidad de las fibras, por un lado, y a su vez, impidan las incrustaciones cristalinas tanto de detergentes y jabones que se utilizan una vez pasada la fase de aclarado.

2 Objetivos

- Llegar a un estándar alto de calidad y eficiencia, mediante la implementación de unas reglas o medidas de organización de rotación de la ropa.
- Poner en valor la necesidad de la relación directa entre tener la dotación adecuada en cada momento a las necesidades hospitalarias que exija cada momento.

3 Metodología

Llevar a cabo una revisión de manera sistemática tanto de los estudios como de los artículos científicos sobre la violencia de género, donde se identifiquen sus causas y donde aparezcan los planes para evitar y tratar esta violencia desde varias perspectivas.

4 Resultados

Cuando ponemos en circulación cada pieza hospitalaria, estamos comenzando un proceso de desgaste de esa prenda que pueden deberse a diferentes motivos como:

- El lavado.
- El uso asistencial a que se dedique.
- Manchado y ataque a la calidad de la ropa por antisépticos y fármacos.
- Malas prácticas de utilización.
- Utilización atípicos: cortes, rasgaduras, etc.
- Robo

Este ciclo de empleo de las prendas y sustitución de las mismas se conoce como reposición, y el cual supone un gasto que nos lleva a una manera especial de administración en varias acciones:

- Modalidades, vicios de empleo y costumbres.
- Política y reposición.
- Controles de las prendas.
- Compra de las mismas.
- Contención del robo.
- Costura tanto de mantenimiento como de reposición de las mismas.

Para que una Central de lavandería tenga un funcionamiento óptimo es necesario que no recaigan causas ajenas que no permitan su correcto desarrollo y que se lleve a cabo, de una manera estudiada y clara su concepción, proyecto y tipo de maquinaria a instalar dentro de ella. Es necesario estudiar y tener en cuenta rentabilidades en el proceso de lavado y reposición de los textiles del hospital, diferenciando gestiones de los mismos que, aunque parezcan ligadas merezcan ser tenidas en cuenta por separado.

Uno de los problemas más recurrentes es la carga de trabajo que ejercen los hospitales sobre la central. Como medida de prevención para esta situación y teniendo en cuenta que como máximo que la central funcionará 5,5 días a la semana (dos turnos al día de lunes a viernes y el sábado un turno) cada hospital que procese su ropa en la central de lavandería deberá tener en circulación 5 dotaciones de cada prenda (teniendo en cuenta que las sabanas se cuentan doble de las camas). Con esta dotación la rotación de cada prenda se cifrará entre 4 y 4,5 días, quedando el remanente para cubrir domingos y eventualidades. Para fijar estas dotaciones es obvio que hay que determinar una y multiplicarla por cinco.

La manera de fijar este sistema de dotación se desarrolla de la siguiente manera:

- Establecer los centros de gastos o consumo (unidades de hospitalización, urgencias, consultas, gimnasios, salas de tratamiento, etc.).

Por la división de enfermerías se establecerán los diferentes tipos de ropa (sábanas, toallas, entremetidas, etc.) y el consumo diario de cada prenda en estos centros de gasto.

La resultante de la suma de los consumos diarios de cada centro de gasto será la dotación de cada prenda.

En el caso de que el hospital ya esté funcionando, debemos contar el número de unidades de cada prenda y completar la diferencia con la cantidad resultante de las cinco dotaciones.

Una vez que el hospital ya cuente con la dotación precisa, debemos establecer el sistema de reposiciones tanto con respecto a cada unidad como del hospital en su conjunto. Debemos tener en cuenta los siguientes factores:

- Calidad de la ropa y otras variables como textura, dimensiones, etc. La central de lavandería tendrá que intervenir en el proceso de compra. En función de lo anterior determinar cuál sería el número de lavados teóricos de cada prenda.
- Hacer una estimación relativa en cuanto a desapariciones y bajas incontroladas (enfermos, prendas que se van con los cadáveres, enfermos, roturas por mal uso, ambulancias, etc.) y hacer repercutir este porcentaje sobre el número de lavados. En relación con el punto anterior, debemos tener en cuenta que prendas concretas como pijamas hay un mayor consumo de pantalones que de chaquetas.

Una vez considerados estos puntos, nos ayudará a establecer el tiempo real de duración de las cinco dotaciones de cada prenda.

Con estas consideraciones pretendemos sustituir el método tradicional que tenía como mayores defectos los siguientes:

- Las peticiones diarias de las diferentes unidades del hospital eran puestas en tela de juicio de una manera sistemática en cuanto a las cantidades que se demandaban.
- Las bajas que se producían en las dotaciones se cubrían si hubiese existencias en el almacén y considerando siempre las consideraciones crediticias del momento y desde luego con atención a las bajas que se detectasen en el costurero, no teniendo en cuenta las prendas que desapareciesen por distintos motivos.
- La falta de una dotación racional de inicio, dependiendo de los tipos de ropa, asistenciales, funcionales, etc.

Cuando el hospital maneje las dotaciones que precise hay que determinar el sistema de reposiciones tanto a nivel del hospital en su conjunto como de cada unidad de gestión clínica. Para ello, consideraremos:

- Estimación de las pérdidas o bajas incontroladas que se pudieran producir (ambulancias, roturas, prendas que se van con los cadáveres).
- Factor de agresividad de los lavados. Determinándose el número de lavados teóricos que afecten a cada prenda.
- Factor de calidad de la ropa.

5 Discusión-Conclusión

Los procesos tanto de reposición como de lavado de los textiles del hospital son:

- Procesos bien diferenciados dentro lo que es el Servicio de Lavandería.
- Ambos son igualmente necesarios, ya que ambos deben asegurar el abastecimiento de las necesidades de lavado de la ropa hospitalaria.
- Ambos son complementarios dentro del servicio de lavandería.
- Es imprescindible tener ajustadas las dotaciones que sea necesarias cuando se estiman las reposiciones, controlando imprevistos varios como bajas, pérdidas, roturas, calidad de tejidos, etc.
- Su finalidad última es optimizar y maximizar el servicio, en términos de productividad, seguridad laboral, servicio al paciente y ahorro de costes.

6 Bibliografía

1. T. Bartolomeu. "Identificación y evaluación de factores de calidad en la lavandería hospitalaria UFSC". Brasil 1998.
2. C. Sánchez Ortiz. "Análisis del puesto de trabajo de discriminación de textiles en una lavandería hospitalaria".

Capítulo 426

COVID 19 Y VACUNACIÓN: EL PAPEL DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES

NATALIA CALVO TOREL

1 Introducción

Ante la epidemia de COVID-19 que asola el mundo, la estrategia más efectiva y por la que han optado la mayoría de gobiernos del planeta es la vacunación masiva, primero a partir de los 11 años y ya a finales de este 2021, incluyendo a los menores a partir de 5 años.

En el Principado de Asturias, el Servicio de Salud, en un informe de 2021, declaró que la vacunación masiva era la única forma de conseguir reducir los ingresos en hospital con cuadros de enfermedad grave que además conllevaban a la saturación de los servicios de urgencia.

Es fundamental contar con un plan de vacunas bien planteado en todas las áreas de salud de la comunidad, accesible y bien estructurado, que llegue a todos los ciudadanos y que ayude a frenar las sucesivas olas que se espera que sigan viniendo por culpa de las variantes de la enfermedad que se están desarrollando en otros países y se importan a intervalos a nuestro país y comunidad.

Entre las estrategias a seguir en el plan de vacunación, lo más importante es reducir el alto grado de mortalidad entre las personas de más edad y con enfermedades autoinmunes o graves, que venían siendo víctimas prioritarias del SARS-COVID-19 y cuya mortalidad superó con creces los límites establecidos durante las fases más duras de la pandemia a finales de 2020 y principios de 2021.

Para lograr estos objetivos, el Servicio de Salud del Principado de Asturias, en coordinación con la Consejería de Salud y el Ministerio de Sanidad, se ha propuesto la utilización de cuatro vacunas: AstraZeneca, Janssen, Pfizer y Moderna, que se administrarán según franjas de edad y en diferente número de dosis pero comenzando siempre por las personas de mayor riesgo del COVID en su sistema inmunológico y continuando por franjas de edad, de las más altas a las más bajas.

2 Objetivos

- Explicar el plan de vacunación del Principado de Asturias y el Servicio de Salud respecto a los órdenes de vacunación y sus estrategias.
- Poner en valor el trabajo de los profesionales de atención primaria no sanitarios en cuanto a la logística, centros de vacunación, estrategias para llevar a cabo la vacunación en dichos centros, triaje de personas según acudan a primeras o segundas dosis, trabajo in situ de administrativos y celadores.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se han consultado fuentes del Ministerio de Sanidad, Consejería de Sanidad del Principado de Asturias y del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Además, se ha utilizado la experiencia propia como celadora y administrativo en un centro de vacunación.

4 Resultados

El plan de vacunación del Principado de Asturias, que se ha mostrado como uno de los más exitosos del Estado español, ha dado preferencia a determinados grupos siguiendo unas pautas prioritarias:

Primero. Se vacuna a personas que tengan la condición de dependientes o grandes dependientes en sus residencias, así como a todo el personal que trabaja en las mismas, para garantizar una inmunidad completa.

Segundo. Vacunación de todos los profesionales sanitarios y no sanitarios de primera línea. Después, trabajadores de prisiones y resto de personal de Sanidad.

Tercero. Dependientes fuera del circuito de residencias públicas.

Cuarto. Colectivos esenciales de la función pública.

Quinto. Personas con enfermedades que puedan reaccionar provocando síntomas graves tras la infección por COVID-19 sin importar rango de edad.

Sexto. De 60 a 65 años. De 51 a 49 años. De 40 a 49 años en ese orden de llamada. Después, vacunación por orden de llamada hasta los 11 años.

En este plan de vacunación es importante el trabajo de los profesionales no sanitarios, como los auxiliares administrativos y los celadores, puesto que los servicios que prestan, sobre todo los de organización y llamada, son la primera puerta hasta el trabajo de los sanitarios.

Los auxiliares administrativos realizan las labores de cribado y llamada telefónica a las personas que, por lista, deberán ser convocadas en el centro de vacunación con una cita con hora precisa y lugar. Además, una vez en el centro de vacunación, se encargarán de resolver incidencias sobrevenidas en los mensajes de texto, cambios de hora de citas, atención a gente sin cita, comprobación de papeles y solución de problemas con los mismos.

Por otro lado, los celadores son los encargados de vigilar los accesos, instalar los elementos del circuito que deberán de recorrer los citados tanto exterior como interiormente, dar información en puerta y dentro del recinto, realizar un primer triage entre personas que se vacunan por primera vez o segunda; controlar el acceso a las diferentes zonas de vacunación, como la resolución de incidencias, el paso a registro, la vacunación o el tiempo de espera preventivo. En este tiempo de espera preventivo también se ocuparán de vigilar a los vacunados ante posibles desmayos o reacciones a la vacuna; en caso de producirse, deberán ayudar a la persona y avisar a los sanitarios para que se ocupen del caso.

5 Discusión-Conclusión

Para que la estrategia de vacunación del Principado de Asturias sea efectiva se debe contar con dos factores: impacto y manera de operar.

En el segundo caso, hay que tener en cuenta que dado que la vacunación no es obligatoria en nuestro país, muchas personas pueden rechazar la vacuna por cualquier motivo, poniendo en peligro la inmunidad de rebaño necesaria para poder rebajar las restricciones generadas por la pandemia, pero sobre todo, reducir la cantidad de muertes y secuelas que ésta está dejando en buena parte de la población de riesgo.

Las personas vacunadas tienen una mejor reacción ante el posible contagio con el SARS-COVID19, ya que, por norma general, presentan síntomas leves que no requieren hospitalización ni cuidados preferentes.

En medio de esta pandemia, el trabajo tanto de celadores como auxiliares administrativos es fundamental para poder llevar a cabo una vacunación ágil que permita alcanzar las cuotas previstas en el tiempo dado. La labor de llamada y resolución de incidencias de los auxiliares administrativos junto con la organización, información y atención de los celadores, son una pieza clave del sistema sanitario multidisciplinar que debe tomarse en consideración a la hora de elaborar otros planes ante futuras pandemias o episodios de urgencia sanitaria.

6 Bibliografía

Acuerdo de 8 de octubre de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen medidas especiales de carácter extraordinario, urgente y temporal de prevención, contención y coordinación, necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, en el territorio del Principado de Asturias.

Capítulo 427

CELADOR: ESTRÉS LABORAL

ALBA MARÍA FERRERAS CADAVIECO

1 Introducción

El estrés laboral es un fenómeno, cada vez más frecuente, que está aumentando en nuestra sociedad, fundamentalmente porque los tipos de trabajo han ido cambiando en las últimas décadas. Afecta al bienestar físico y psicológico del trabajador y puede deteriorar el clima organizacional.

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.

La situación de estrés laboral se produce cuando las demandas superan los recursos del trabajador. 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.

Si bien las causas del estrés en profesionales de la salud son distintas para cada persona, existen algunas fuentes comunes de estrés en el lugar de trabajo, que son analizadas y pueden ser objeto de prevención. Estas incluyen

- Carga de trabajo: atención continua y responsabilidad
- Ritmo de trabajo muy lento, poco estimulante
- Ritmo de trabajo muy alto.
- Cambios tecnológicos o de organización.
- Ambigüedad de rol, el trabajador no tiene claro su tarea o lo que de él se espera.
- Condiciones laborales
- Gerencia

- Conflictos
- Miedo por su futuro

2 Objetivos

- Definir estrés laboral en el ámbito hospitalario
- Explicar cómo aparece el estrés laboral
- Dar pautas para prevenir el estrés laboral

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 estrés laboral continuado en el tiempo puede conducir a enfermedades. Cuando los trabajadores tienen una mínima influencia sobre las condiciones laborales, están sometidos a sistemas profesionales autoritarios muy exigentes y el apoyo social es inexistente, los niveles de estrés se disparan.

Existen muchas maneras de manejar el estrés. Pruebe algunas para averiguar cuáles funcionan mejor para usted.

- Reconozca las cosas que no puede cambiar. Aceptar que no puede cambiar ciertas cosas le permite dejarlas ir y no alterarse. Por ejemplo, no puede cambiar el hecho de que debe conducir durante la hora pico. Pero puede buscar maneras de relajarse en el trayecto, como escuchar un podcast o un audiolibro.
- Evite las situaciones estresantes. Siempre que le sea posible, aléjese de la fuente del estrés. Por ejemplo, si su familia discute en los días festivos, dese un descanso y salga a caminar o a dar una vuelta en el auto.
- Haga ejercicio. Realizar actividades físicas todos los días es la mejor y más fácil manera de lidiar con el estrés. Al hacer ejercicio, su cerebro libera químicos que lo hacen sentir bien. También puede ayudarlo con su energía reprimida o su frustración. Busque algo que disfrute, ya sea caminar, montar en bicicleta, jugar softball, nadar o bailar, y hágalo por al menos 30 minutos la mayoría de los días.

- Cambie su perspectiva. Intente desarrollar una actitud más positiva ante los desafíos. Puede hacerlo reemplazando los pensamientos negativos con pensamientos más positivos. Por ejemplo, en lugar de pensar, "¿por qué siempre todo sale mal?", cambie esa idea por, "puedo encontrar una manera de superar esto". Puede parecer difícil o tonto en un principio, pero podría descubrir que esto le ayuda a dar un giro a su perspectiva.
- Haga algo que disfrute. Cuando el estrés lo tenga decaído, haga algo que disfrute para ayudar a ponerlo de pie de nuevo. Puede ser algo tan simple como leer un buen libro, escuchar música, ver su película favorita o salir a cenar con un amigo. O comience un nuevo pasatiempo o clase. Sin importar lo que elija, intente hacer al menos una cosa al día que sea solo para usted.
- Aprenda nuevas maneras para relajarse. La práctica de técnicas de relajación es una gran manera de lidiar con el estrés del día a día. Las técnicas de relajación le ayudan a disminuir el ritmo cardíaco y reducir la presión sanguínea. Existen muchos tipos, desde respiraciones profundas y meditación hasta yoga y taichí. Tome una clase o intente aprender de libros, videos o recursos en línea.
- Conéctese con sus seres queridos. No deje que el estrés se interponga entre usted y su vida social. Pasar tiempo con familiares y amigos puede ayudarle a sentirse mejor y olvidarse del estrés. Confiar sus problemas a un amigo también puede ayudarle a resolverlos.
- Duerma lo suficiente. Descansar suficientemente durante la noche puede ayudarle a pensar con más claridad y a tener más energía. Esto hará que sea más fácil manejar cualquier problema que pueda surgir. Intente dormir entre 7 y 9 horas todas las noches.
- Mantenga una dieta saludable. Comer alimentos saludables ayuda a darle energía a su cuerpo y su mente. Evite los refrigerios con altos contenidos de azúcar y consuma muchas verduras, frutas, granos integrales, lácteos reducidos o libres de grasas y proteínas magras.
- Aprenda a decir que no. Si su estrés viene de realizar demasiadas tareas en casa o en el trabajo, aprenda a establecer límites. Pida ayuda a los demás cuando la necesite.

5 Discusión-Conclusión

La solución más efectiva para un problema de ansiedad o estrés es encontrar y abordar su causa, aunque esto no siempre es posible. El primer paso consiste en hacer un inventario de los factores que se piensa que podría estar ocasionando el "exceso de estrés". Lo siguiente es pensar que solución le podemos dar, para

evitar ese estrés. También es importante pedir ayuda, ya sea a un amigo, familiar o a un profesional si fuese necesario.

Tenemos que ser conscientes de que estrés lo sufrimos continuamente pero debemos ser conocedores de ello para que no nos afecte o para poder mitigarlo y que no nos llegue a afectar en la salud.

6 Bibliografía

1. <https://www.insst.es/estres-laboral>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000884.htm>

Capítulo 428

LA IMPORTANCIA DEL TRIAJE ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA

ALMUDENA GONZALEZ ALONSO

1 Introducción

Podemos definir triaje como “la acción de triar”, es decir, escoger, separar, entre-sacar. El triaje o clasificación en el ámbito de la salud es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder establecer adecuadamente y con seguridad el flujo de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos.

La situación en la que se desarrolla la actividad en la Atención Primaria en nuestro país desde hace tiempo, debido a diversos motivos, hace que los recursos de los Centros de Salud se vean superados.

A pesar de algunas medidas llevadas a cabo para reducir la carga burocrática evitable en las consultas de los profesionales sanitarios de Atención Primaria, ésta sigue generando una actividad excesiva (calculándose que ocupa en torno al 30% de la actividad del médico de atención primaria), incluyendo tareas transferidas desde otros niveles asistenciales. Esto se añade a la sobrecarga asistencial y al aumento de la complejidad de la misma. Dentro de las actividades burocráticas que se realizan en la consulta, diferenciamos actividades útiles (como informes médicos para la Ley de Dependencia, con el formato determinado por el Servicio de Salud) y otras prescindibles, o que deben ser resueltas por categorías profesionales no sanitarias, en otros niveles asistenciales o de una manera más eficiente.

La desburocratización de la consulta permite «liberar tiempo médico» consumido de manera poco eficiente, para dedicarlo a las tareas propias de la Atención Primaria: asistenciales, formación, investigación, actividades comunitarias, etc. Esta es la finalidad del triaje administrativo: la interlocución de los administrativos de los centros de salud entre el usuario y los servicios y unidades asistenciales, asegurando una información adecuada y guiando al ciudadano en su relación con la organización sanitaria, ayudando o canalizando las gestiones precisas para resolver incidencias.

2 Objetivos

- Identificar actividades clínico-administrativas evitables en la consulta de profesionales sanitarios de Atención Primaria que puedan resolverse por profesionales no sanitarios del centro de salud
- Valorar la importancia de los procedimientos de actuación de las actividades burocráticas o clínico-administrativas más frecuentes en los centros de Atención Primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, en distintas bibliotecas, archivos digitales, en bases de datos y revistas médicas, tomando como referencia aquellos artículos científicos de publicaciones académicas sobre los cambios organizativos a realizar para una gestión compartida de la demanda, tanto asistencial como burocrática, que permita distribuir el trabajo entre todos los profesionales de la Atención Primaria.

4 Resultados

La situación actual de sobrecarga de la Atención Primaria por el incremento de demanda, debido a factores como el envejecimiento de la población, el aumento de pacientes con patologías crónicas, el cambio de modelo hospitalario hacia una actuación más transversal o el impacto del propio Covid-19; obliga a las autoridades sanitarias a abordar esta cuestión de una manera más eficiente.

En algunas Comunidades Autónomas es el personal administrativo el que, al recibir las llamadas telefónicas a los usuarios, tienen un papel decisivo a la hora de cribar la demanda de los centros de salud. Basándose en un procedimiento

para la adecuada gestión compartida de la demanda, se optimiza la citación y se reduce el número de consultas indemorables sin hueco en las agendas.

De este modo, los administrativos de los centros de salud, utilizando como herramienta un esquema de preguntas cerradas, no solo deberán limitarse a buscar en las agendas de los profesionales sanitarios una fecha para la cita que se solicita al otro lado del teléfono, sino que tendrán que valorar el tipo de consulta que se pide (trámite administrativo o problema de salud), si se puede resolver por teléfono o tiene que ser presencial, si puede esperar hasta el primer hueco en la agenda disponible o, por el contrario, hay que abrir un procedimiento de demanda no demorable para que sea atendido a la mayor celeridad posible.

Las administraciones sanitarias remarcan que el personal administrativo, aun no siendo sanitario, no solo puede sino que debe preguntar al usuario para realizar una correcta gestión de la citación.

Sin embargo, estas medidas han suscitado el rechazo del personal de Enfermería y de algunos sindicatos de este sector, señalando que estas labores que conlleven una valoración clínica y sanitaria, para derivar un paciente, tiene que ser realizada por un profesional sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Parece claro que se deben tomar medidas para descongestionar el trabajo en los Centros de Salud de la Atención Primaria y la implicación del personal no sanitario en esta tarea puede ser una de ellas.

A través de la clasificación que realicen los servicios administrativos se puede dirigir la demanda en función de lo que el paciente le comunica, si desea responder a las cuestiones formuladas, y así poder derivarlo al profesional con menos demora de espera.

Es preciso que las administraciones sanitarias:

- Establezcan claramente la ordenación de actividades clínico-administrativas en Atención Primaria;
- Realicen las actividades de formación para que el personal administrativo tenga claro su papel;
- Lleguen a un acuerdo con los sindicatos sanitarios que no están de acuerdo con este procedimiento.

6 Bibliografía

1. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 (Proyecto AP-21) https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
2. Ordenación de actividades clínico-administrativas en Atención Primaria. Estrategias para un nuevo enfoque de la Atención Primaria. SESPA09/07/2021 <https://www.astursalud.es/documents/35439/36785/Ordenacion+de+actividades+cl%C3%ADnico-administrativas+2021+9+julio.pdf/ce47440c-f2ee-641e-f3c2-821b73ef6008?t=1626869783695>
3. Plan para que los administrativos “tríen” pacientes en Atención Primaria. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/plan-para-que-los-administrativos-trien-pacientes-en-atencion-primaria-7297>

Capítulo 429

ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA EN ATENCIÓN A LAS PECULIARIDADES DEL SERVICIO PARA CONSEGUIR UNA BUENA CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO

JORGE PALACIO PRESA

ALLENDE ZALVIDEA FERNANDEZ

1 Introducción

El servicio de lavandería y planchado constituye un departamento perteneciente al hospital que gestiona el mantenimiento de la ropa hospitalaria, tanto a nivel de calidad (la ropa estará siempre en perfecto estado para su uso), como a nivel de volumen (el centro contará siempre con la cantidad de ropa suficiente para prestar sus servicios de manera adecuada).

El procesado de la ropa hospitalaria que se realiza en la lavandería se divide en distintas áreas que se situarán siguiendo el orden lógico del proceso de lavado y planchado de esta manera la ropa avanzará por las diferentes áreas para ser sometida a las operaciones correspondientes de manera progresiva, sin que se produzcan rebotes a fases previas, ni encuentros entre la ropa sucia y la ropa limpia.

Entre las funciones del personal adscrito a la lavandería se encuentran las de efectuar labores relacionadas con el lavado de ropas y prendas del servicio hospitalario previa clasificación y recuento de las mismas, con la finalidad de procesar la ropa sucia, así como su secado ya sea a mano o utilizando las máquinas adecuadas convirtiéndola en ropa limpia que ayude a la comodidad y cuidado del paciente.

Para dar este servicio de una manera eficaz, se aplicarán modelos de gestión adecuados, según las necesidades y se cumplirán los requisitos organizativos tanto a nivel espacial como funcional.

2 Objetivos

Conocer cómo debe ser la actuación del personal de lavandería para conseguir una buena calidad en el servicio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación que consiste en la revisión sistemática bibliográfica. Se ha realizado una búsqueda en libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Cuiden, Dialnet, Scielo, seleccionando a su vez artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El objetivo del servicio de lavandería y planchado debe ser conseguir la mejor calidad en todas las fases del proceso llevado a cabo, no solo en el producto final ya que un fallo en cualquiera de las fases podría cambiar el resultado esperado. Se establecerá un programa de calidad que diseñará tanto la manera de proceder como los recursos necesarios en cada área de trabajo y definirá todas las fases del proceso.

Dicho programa debe ser flexible, porque será valorado y revisado de forma permanente en un proceso de gestión interna dirigida a la mejora continua.

Un programa de calidad en la lavandería tendrá tres objetivos básicos:

- 1) Calidad higiénica del producto
- 2) Calidad estética del producto
- 3) Calidad del proceso

También durante el procesado de la ropa el servicio de lavandería y planchado tendrá en cuenta:

- La garantía de que la ropa quede perfectamente limpia e higienizada sin ningún tipo de suciedad ni olor para que pueda ser usada de nuevo con la seguridad de no constituir un foco de infección.
- El control en el tratamiento de la ropa debe ser eficaz para que el deterioro de los tejidos en el proceso sea mínimo.

Todas las fases del proceso de lavado y planchado llevado a cabo por el departamento de lavandería estarán definidas y formarán parte de un “modo de hacer” que puede representarse con un diagrama de flujo en el que cada fase sucederá a otra y así hasta completar todo el proceso.

En cada fase se tendrán en cuenta los criterios de calidad marcados en el programa de calidad, ya que cualquier error en cualquier fase puede afectar a las siguientes y así a todo el proceso y/o al producto final, por ello es importante detectar cualquier fallo a tiempo y corregirlo.

Durante el procesado de la ropa en la lavandería, se pueden subsanar los defectos en cualquiera de las fases, enviando la prenda a reparación o a un nuevo proceso de lavado, pero si la prenda sale de la lavandería en condiciones no optimas de uso se considera un fallo de calidad en el proceso. La finalidad de la planificación en el programa de calidad debe ser evitar esto implantando medidas de diferentes tipos:

☒ Medidas preventivas: detectar los riesgos y puntos críticos y buscar la manera de evitar los fallos o desviaciones sobre lo planificado.

☒ Medidas correctoras: solucionar los problemas una vez que se han producido y detectado.

☒ Medidas de control y verificación: comprobar que se cumplen los criterios de calidad en todos y cada uno de los puntos del proceso y que las medidas correctoras son eficaces y resuelven los problemas.

En este procedimiento se desarrolla en una estrategia de gestión que permita conseguir la satisfacción plena del usuario al menor coste posible que incluya los siguientes aspectos:

Calidad de la ropa:

☒ Los tejidos deben ser fácilmente lavables y resultar cómodos.

☒ El aspecto de la prenda tras el proceso debe ser normal.

☒ Se almacenará correctamente para evitar que se contaminen o deterioren.

☒ El proceso en general debe respetar la integridad de los tejidos, así como sus características iniciales.

☒ Como es inevitable que las prendas se deterioren con los lavados, habrá que

calcular cuántos ciclos de lavado puede resistir cada tipo de prenda manteniendo sus características y cuando se llegue a ese momento debe de renovarse.

Calidad de proceso:

- ☒ El personal sabrá manejar los equipos, conocerá y cumplirá las normas de seguridad.
- ☒ Se elegirá el tratamiento adecuado, el programa de lavado, así como las temperaturas de plancha para cada tejido.
- ☒ Se llevará a cabo un mantenimiento preventivo de los equipos.
- ☒ Se asegurará que las propias máquinas no rompan o manchen las prendas de grasa.
- ☒ Se reducirá al mínimo la contaminación generada durante el proceso.

Calidad de servicio:

- ☒ El proceso estará diseñado para funcionar con las mínimas interrupciones, cumplir así los objetivos previstos en cuanto a ropa producida y calidad
- ☒ Se procesará la cantidad de ropa diaria que se estipule según la capacidad de la lavandería, para atender puntualmente la demanda de los usuarios.

5 Discusión-Conclusión

En el programa de calidad se incluirán los criterios aplicables a todas y cada una de las fases del proceso de producción y servicio, además de un sistema de verificación que permita controlar en todo momento su cumplimiento.

Se deberá contar con la colaboración de todas las áreas del hospital en el proceso que afecta a la ropa hospitalaria, exigiendo la comunicación y coordinación entre todos ellos para así poder hacer del servicio de lavandería y planchado un servicio que esté completamente integrado dentro del hospital.

Es muy importante que el proceso en el servicio de lavandería y planchado esté bien definido y orientado a conseguir unos resultados satisfactorios, puesto que es un factor clave para llegar a obtener una comodidad e higiene óptima de los pacientes y del personal.

6 Bibliografía

Curso lavandero/a y planchador/a del servicio de salud del principado de Asturias editorial MAD. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/>
"funciones del personal de lavado y planchado" <http://www.csi-era.org/>

Capítulo 430

FACTORES QUE SUPONEN RIESGOS ORGANIZATIVOS PARA CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

CARMEN NATIVIDAD RODRÍGUEZ RAMOS

NÉSTOR ÁLVAREZ ALONSO

1 Introducción

Los factores de riesgos laborales son los elementos o conjunto de elementos que, pudiendo estar presentes en las condiciones de trabajo, son capaces de desencadenar una disminución en la salud del trabajador, siendo esta susceptible de causar un daño en el ámbito laboral.

Existen diferentes tipos de factores de riesgo en el ámbito laboral, dependiendo de cuál sea la causa que los provoca. De este modo, podemos diferenciar diferentes categorías de factores de riesgo laboral en función de cuál sea la causa de la que están derivados. Así es que, podemos diferenciar los factores derivados de la carga de trabajo, son los que tienen que ver con la carga física, el esfuerzo físico y mental que la persona realiza durante su jornada laboral. Por otro lado están los factores derivados de las condiciones del ambiente de trabajo, estos incluyen condiciones tales como el ruido, la iluminación, la temperatura, las vibraciones y radiaciones. Del mismo modo, encontramos los factores de riesgo provocados por agentes químicos, los factores de riesgo provocados por agentes biológicos y los factores de riesgo derivados de la organización del trabajo.

En este trabajo nos vamos a centrar en este último tipo de factores, los que tienen que ver con las cuestiones organizativas del trabajo.

2 Objetivos

Detallar cuáles son los factores que pueden afectar al personal de las categorías de Celador y Auxiliar Administrativo en el ámbito sanitario los riesgos de tipo organizativo

3 Metodología

Para realizar este trabajo, se ha hecho una búsqueda sistemática de la bibliografía disponible a través del buscador Google Académico, centrándonos en las fuentes más actuales y decantándonos por los sitios web de entidades de reconocido prestigio, tales como organizaciones oficiales u organismos públicos.

4 Resultados

El informe nº517 emitido por la OMS (La Organización Mundial de la Salud), se enumeran los factores de tipo organizativo que actúan como riesgos en el trabajo. Son los siguientes:

- El horario de trabajo: hace referencia a la duración de la jornada, al reparto del horario, si el trabajo se realiza a turnos... Con los efectos en la fatiga del trabajador, que a su vez repercute también en su vida familiar o social.
- El salario: Es una cuestión de gran importancia, que en muchas situaciones se convierte en el principal factor de satisfacción e insatisfacción
- La promoción: Supone el reconocimiento de la valía del trabajador y de sus aptitudes e interés por la actividad laboral. Si no se reconoce, puede provocar una pérdida de motivación y de satisfacción.
- La Organización y los mandos. Los trabajadores que conocen con la debida antelación lo que deben hacer, el cómo y el cuándo estarán más satisfechos con la organización. Del mismo modo, los trabajadores también aprecian que tanto la dirección de la empresa como los mandos, tengan en cuenta su opinión profesional y favorezcan mecanismos para la participación de los trabajadores

- El tamaño de la empresa: La dimensión de la empresa también influye en la satisfacción del trabajador. Aunque no siempre sucede, en una gran empresa es más probable que el trabajador pueda considerarse a sí mismo como alguien irrelevante dentro de la masa de trabajadores. Pero este factor depende de cómo sea la organización empresarial, el estilo de mando y el tipo de relaciones con el grupo de trabajo
- El grupo de trabajo: Para valorar la satisfacción o insatisfacción del trabajador dentro de un grupo de trabajo, influyen factores tales como la cohesión y armonía entre los miembros, así como la coincidencia de objetivos de carácter personal dentro del grupo

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto, son múltiples los factores de tipo organizativo que pueden suponer un riesgo laboral para los trabajadores de un centro sanitario.

En el caso de los Celadores, observamos que es un colectivo afectado profundamente por los riesgos organizativos que antes detallamos. Obviamente, dependerá del puesto de trabajo que desempeñe el celador, pero suelen estar más afectados por el trabajo a turnos que en el caso de los Auxiliares Administrativos, que suele tratarse de un trabajo más regular, dependientes de las consultas, salvo en los servicios de urgencias.

Del mismo modo, si ponemos el ejemplo de los celadores del ámbito hospitalario, vemos que es una situación bastante común que existan centros sanitarios en los que no exista un puesto fijo para cada trabajador, sino que sean los mandos de la instalación sanitaria quienes dispongan de estos trabajadores para los servicios que consideren oportuno de manera diaria, situación que genera insatisfacción en el trabajador y puede derivar en estrés o otras afecciones.

En cuanto a la categoría de Auxiliares Administrativos, estos están más afectados por el grupo de trabajo y por la difícil promoción dentro del ámbito público

6 Bibliografía

1. <https://www.coordinacionempresarial.com/factores-de-riesgo-laboral/>
Última vez visitado el 11/12/2021
2. <https://sites.google.com/site/riesgoslaboralesrocio/factores-organizativos>

Visitado por última vez el 12/12/2021

Capítulo 431

CONCILIACIÓN VIDA FAMILIAR Y LABORAL PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD

CAROLINA ANTUÑA FERNÁNDEZ

NURIA MARIA GARCÍA POZUECO

1 Introducción

La conciliación de la vida familiar y laboral es un concepto que hace referencia, por un lado, a la articulación en el desarrollo de ambas tareas y, por otro, a cómo se lleva a cabo utilizando diferentes y variadas estrategias.

La conciliación personal, familiar y laboral se puede definir 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 único 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".

Hombres y mujeres se enfrentan al reto de compaginar sus obligaciones laborales con el disfrute familiar y cuidado de los hijos. Las políticas de conciliación nos ayudan a alcanzar ese equilibrio. Hay que poner especial atención en dos leyes fundamentales que son de obligatorio cumplimiento por parte de las empresas: La Ley 39/1999, de 5 de noviembre, conocida como la Ley de conciliación familiar

y laboral. Esta Ley se completa con el Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral.

2 Objetivos

Determinar la importancia de la conciliación del trabajo con la vida familiar resulta un factor de gran importancia en la sociedad actual, y que ha provocado una serie de cambios económicos y sociales.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Bases de datos Pubmed y Scielo, en los que se emplearon como descriptores: conciliación laboral, familia, ley 39/1999, de 5 de noviembre, Real Decreto 3/2012, de 10 de febrero, entre otras.

4 Resultados

El actual clima laboral que se caracteriza por el continuo cambio y la competitividad laboral cada vez mayor, da lugar a una serie de consecuencias para el trabajador:

- cambios en la salud psíquica: estrés, ansiedad, insomnio y acoso psicológico
- falta de tiempo para desarrollar una relación laboral sana y estable, que provoca la aparición del conflicto.

La normativa europea establece unos requisitos mínimos de obligado cumplimiento, que cada país miembro debe luego adaptar y mejorar.

En España todavía estamos a años luz de otras legislaciones europeas, pero hemos avanzado mucho.

Uno de los puntos más importantes es el permiso de maternidad con una duración de 16 semanas con sueldo integro.

Permiso de paternidad es uno de los derechos en los que más se ha avanzado en la última década.

Permiso de lactancia, este punto es fundamental para las madres trabajadoras que acaban de tener un hijo.

Reducción de la jornada laboral, un derecho que tiene que ver con el cuidado de los hijos menores de 12 años.

Excedencias, el trabajador debe conocer que tiene derecho a que le guarden su puesto de trabajo si decide coger excedencia por maternidad, paternidad, o por el cuidado de un familiar dependiente.

Vacaciones, a la madre se le concede de plazo 18 meses para disfrutar de las vacaciones que no ha podido disfrutar por el embarazo, parto o lactancia.

A pesar de todos los avances, queda mucho por conseguir, pero es muy importante saber que estar feliz en tu puesto de trabajo aumenta tu rendimiento y productividad y como consecuencia también el de tu empresa. Los beneficios que ofrece la conciliación de la vida laboral, familiar y personal afectan tanto a trabajadores, empresarios y a la sociedad en general. Si todos estamos implicados, los resultados serán más reales.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario que se realicen una serie de cambios:

- Buscar el equilibrio entre el tiempo de trabajo y el tiempo de ocio y dedicación a la familia.
- Equilibrar los niveles de satisfacción laboral con los de satisfacción familiar para fomentar la calidad y productividad en el trabajo.
- Adaptación de la jornada laboral, flexibilizándola en cada caso concreto.
- Fomentar el teletrabajo.

Se ha conseguido que la necesidad de conciliación del trabajo y la familia, haya sido planteada a nivel internacional y comunitario, como una condición vinculada de forma inequívoca a la nueva realidad social. Ello plantea una compleja y difícil problemática que debe abordarse con reformas legislativas, promoviendo servicios de atención a las personas, en un marco amplio de política de familia.

6 Bibliografía

1. Ley 39/1999 de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.
2. Normativa y legislación en España sobre conciliación familiar y laboral.

Capítulo 432

COMUNICACIÓN TELEFÓNICA EFECTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA POR LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS

MARÍA MONTSERRAT DÍAZ MIGUEL

NATALIA DÍAZ MIGUEL

1 Introducción

De los principales medios de acceso de los usuarios a la red de los sistemas sanitarios, la llamada telefónica es, con un amplio margen de diferencia sobre el resto (presencial, telemática) el más utilizado habitualmente, dado que la mayor parte de las citas se reservan a través del teléfono.

El usuario prefiere este método al presencial porque le evita desplazamientos a su Centro de Salud, sea para resolver alguna duda, realizar algún tipo de gestión que no necesita su presencia física con un profesional o para realizar una petición de cita.

Por otro lado, la ventaja que supone el teléfono a la tramitación de cita por internet, es que no toda la población usuaria tiene acceso a internet y que muchos de los usuarios, aun disponiendo de internet, prefieren ser atendidos por una persona, dado que a través de la cita telemática es todo mucho más estructurado y cerrado.

El hándicap de la llamada telefónica respecto a la atención presencial es que no tenemos delante a la persona demandante, con lo cual se pierden muchos de los

aspectos no verbales de una comunicación, lo que en ocasiones puede llegar a dificultar la fluidez de la comunicación, sobre todo cuando existe algún tipo de interferencia.

2 Objetivos

- Conocer las fases de la llamada
- Reconocer las barreras comunicativas que puedan producirse para ser capaces de eliminarlas
- Dar a conocer cómo cerrar con éxito la llamada, dando cumplimiento a la solicitud del usuario y de no ser esto posible ofrecerle una alternativa que le satisfaga y cumpla sus expectativas

3 Metodología

Revisión bibliográfica a través de literatura existente relacionada con los canales de comunicación. Además también se han consultado artículos y trabajos de investigación en distintas bases de datos.

Así mismo se ha consultado material procedente de exposiciones, cursos y ponencias

4 Resultados

En una comunicación telefónica los interlocutores no están frente a frente, por lo que se debe de ser muy cuidadosos con las palabras empleadas, el tono, los silencios, manejar muy bien las técnicas de escucha y ser capaces de ofrecer un feedback adecuado a la persona que está al otro lado de la línea.

La primera fase de la llamada se produce con el contacto inicial, en ella se determinará la buena marcha del resto de la comunicación. Esta fase comienza con el saludo inicial el cual incluirá el nombre del servicio a dónde el usuario se está dirigiendo, para de este modo dejar claro que está hablando con quien verdaderamente quiere hablar y a continuación se le pedirá que diga en que se le puede ayudar. Para que el usuario perciba un clima positivo en este primer contacto es necesario que el trabajador de la unidad administrativa sonría, hable de modo pausado y se muestre relajado.

La segunda fase corresponde al acercamiento, es muy importante en esta fase que el usuario tenga la sensación de que la persona que está al otro lado le escucha,

le comprende y es capaz de ponerse en su lugar, el usuario debe sentir que quien le está atendiendo le muestra empatía.

La tercera fase es donde verdaderamente se da respuesta a la demanda del usuario, es la fase de la información. Las preguntas se deben de realizar de modo preciso con el fin de concretar la demanda que realmente se está realizando para ser específicos a la hora de facilitar la información, esta se deberá de proporcionar en un lenguaje claro, asequible y de manera exacta y fiable. Es importante obtener un feedback del usuario con el fin de asegurar de que su solicitud ha sido totalmente satisfecha.

Una vez se ha resuelto la demanda del usuario da comienzo la última fase, la despedida, aunque parezca intrascendente también se debe de poner atención y cuidado en su desarrollo, puesto que al ser la fase de desenlace de la conversación, ésta última será también determinante en el concepto que el ciudadano se lleve de la atención recibida. Para ello debemos verificar la satisfacción del usuario, se debe también realizar un ofrecimiento de ayuda en alguna otra cuestión y en último término es importante aplicar una fórmula de despedida cordial y abierta manteniendo el clima positivo, para ello se debe de sonreír, hablar pausadamente y dejando abierta nuestra disponibilidad para futuras consultas

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que con la comunicación telefónica se pierde parte de la comunicación no verbal, debemos de potenciar y amplificar aquellos aspectos no verbales que se mantienen en este tipo de comunicación, por ello se debe de extremar el cuidado en la voz, en las pausas y en el vocabulario a utilizar.

Aunque el usuario no esté presente si puede percibir a través del tono y la velocidad si la persona que le está atendiendo está enfadada, molesta o sonriendo, se debe de procurar siempre que el usuario se sienta cómodo, que no tenga reparos al realizar cualquier tipo de consulta o demanda, que pueda percibir que se le está prestando la atención que requiere y que la persona le está escuchando con interés.

En ocasiones, es posible, que por la casuística del problema, el entorno del usuario, las particularidades del caso en concreto, la mayor o menor dificultad para acceder al servicio... en el momento del contacto el usuario esté molesto, por ello antes de iniciar la fase de información y después del saludo se debe de rebajar la tensión del usuario, para que la comunicación sea más fluida y provechosa.

Son muchos los factores que influyen en el flujo de la conversación, el trabajador

debe de dirigir esa conversación para hacer que ese transcurrir de fases se realice del modo más certero y amable posible.

6 Bibliografía

<http://atenciontlf.blogspot.com/p/el-proceso-de-comunicacion-telefonica.html>

<https://es.scribd.com/document/387918418/Etapas-de-Una-Comunicacion-Telefonica-Asertiva>

La comunicación no verbal. Cultura, lenguaje y conversación.

Poyatos, F. Ed. Istmo. 1995

Capítulo 433

UNIDADES ADMINISTRATIVAS, GESTIÓN DE TRÁMITES BUROCRÁTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA MONTSERRAT DÍAZ MIGUEL

NATALIA DÍAZ MIGUEL

1 Introducción

Las unidades administrativas son el primer y principal punto de acceso por parte de los usuarios al gran sistema que forma el servicio de salud.

La importancia del conocimiento por parte del personal de administración es un factor primordial para el eficaz y eficiente funcionamiento del sistema. Las respuestas a las dudas y la gestión de las demandas de los usuarios, la resolución de los procesos que les competen y la atención clara, directa y sencilla de todos los protocolos de los procedimientos que se gestionan desde los centros de salud, es trabajo fundamental que se gestiona desde los puntos de admisión de éstos. Ese primer contacto, deriva, por ende, en la primera impresión que el usuario se formara del sistema de salud.

Es deber y obligación de los gerentes de transmitir protocolos de actuación claros, concisos y unánimes y es un derecho y obligación del personal de las unidades administrativas de tener acceso y conocer exhaustivamente el desarrollo de la gestión de cada trámite.

Es necesario desburocratizar las agendas médicas de ciertos trámites, que suponen una carga adicional de trabajo para el personal sanitario, pudiendo ser asumible por el personal administrativo, tanto en los centros de atención primaria como en el ámbito hospitalario

2 Objetivos

- Discernir qué trámites se gestionan desde los centros de salud de aquellos otros que, teniendo relación con la promoción y/o prevención de la salud, son competencia de otros órganos o entidades
- Dar a conocer los protocolos de las actuaciones de trámites burocráticos que se gestionan desde los centros de salud de atención primaria
- Distinguir perfectamente aquellos procesos en donde el trabajo compete solamente a las unidades administrativas y aquellos otros en los que se va a hacer necesaria la actuación de otro profesional.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura existente en protocolos editados por la Consejería de Sanidad y los existentes en distintos centros de salud, así como de cursos relacionados con la temática

4 Resultados

Son varios los trámites que es usuario, a priori, puede creer que corresponde su tramitación y sin embargo no es así, se hace necesario, por tanto, dirigir al demandante al órgano, entidad o persona encargado de su gestión, algunos de estos trámites son:

- Justificante de ausencia de personas menores de edad de centros educativos por motivos médicos: Serán los progenitores o tutores del menor los encargados de justificar las ausencias y sus motivos.
- Informes médicos de aptitud y peritaje: Estas tramitaciones se llevan a cabo a través de peritos médicos acreditados a tal fin, en el Colegio Oficial de Médicos se encuentra un listado de los profesionales competentes para ello.
- Evaluación de aptitud, capacidad o riesgo para determinadas actividades laborales: Es desde la propia empresa del trabajador, bien a través del Servicio de

Prevención de Riesgos Laborales, si existe o del servicio médico de empresa, a quienes compete su tramitación

- Evaluación de aptitud, capacidad o riesgo para otras actividades distintas de las relacionadas con temas laborales: Su gestión se lleva a cabo a través de los Centros de reconocimiento habilitados o acreditados por la institución que corresponda, dependiendo de la actividad a realizar.
- Certificado de fe de vida: Su solicitud se lleva a cabo a través del Registro Civil, o por delegación en los Juzgados de Paz.

Existen otro tipo de trámites que gestionándose en los Centros de Salud, que si bien el inicio y cierre de la tramitación corresponde al personal de las unidades administrativas, es necesaria también la intervención del personal sanitario de dichos Centros. Podemos distinguir:

- Actualización de receta médica de enfermedades crónicas: Desde las unidades administrativas se reservara una cita “no presencial” con el médico correspondiente y será éste quien realice la demanda solicitada por el paciente (caducidad, nueva prescripción, cambio de pauta o posología, solicitud de visado), el personal de la unidad administrativa le dirá al usuario a partir de cuando estará su receta actualizada y el tiempo del que dispondrá para poder recoger lo prescrito.
- Emisión de recetas y pruebas indicadas: Serán los profesionales sanitarios los que valorarán la indicación o prescripción siguiendo su criterio clínico. La realización de pruebas una vez el médico haya expedido el volante será gestionado por el personal de las unidades administrativas del Centro de Salud o del Hospital al que el paciente sea derivado, según el tipo de prueba que deba de realizar
- Emisiones de parte de baja, confirmación y alta dentro de los plazos: Dependiendo de la casuística que el usuario presente (emisión del parte de baja, alta, o confirmación u otro tipo de trámite), son varias las citas (presencial, telefónica o no presencial) que se podrán reservar con el MAP, será la persona de la unidad administrativa la encargada de discernir a qué tipo de cita corresponde la demanda del paciente. El MAP será el encargado de realizar la tramitación y el personal de la unidad administrativa será quien emita el impreso al paciente, generándole la cita para la próxima confirmación, si es el caso.
- Informes de salud: Una vez realizada la demanda por parte del usuario, éste debe de cubrir un impreso de solicitud de informe, proporcionado en su Centro de Salud de AP por la persona que le atienda en la unidad administrativa, se da traslado de dicho informe al MAP y éste lo redacta y lo remite nuevamente a la unidad administrativa para ponerlo a disposición del usuario.
- Justificantes de enfermedad a posteriori: Se emitirán siempre que el usuario haya

consultado por su dolencia y así conste en la historia clínica, el procedimiento es el mismo que para el informe de salud

- Transporte sanitario: Demandado para aquellos usuarios con problemas de movilidad, que tienen que acudir a consulta de especializada. La gestión también se realiza conjuntamente por el MAP y las unidades administrativas del Centro de Salud.
- Facturación a terceros: Procede realizar este tipo de gestión cuando se trate de un usuario no perteneciente a la Seguridad Social que haga uso de los servicios, así como cuando se trate de accidentes laborales, de tráfico, de caza, deportivos, usuarios de mutualidades, extranjeros con o sin convenio, viajeros de transportes públicos, seguro escolar, etc. Una vez realizado el acto clínico el personal sanitario dará cuenta de ello a las unidades administrativas para proceder a realizar la facturación y el trámite

Por último se relacionan a continuación aquellos trámites que son llevados a cabo desde las unidades administrativas únicamente

- Justificantes de asistencia: Son los profesionales de las unidades administrativas los encargados de realizar dichos justificantes, haciendo constar en ellos los datos personales del paciente, la fecha, la hora y la consulta a la que asistió. Dichos justificantes para ser válidos deberán llevar el sello del Centro de Salud.
- Trámites de consulta sobre Atención Primaria y Atención Especializada: Los referidos a todas aquellas actividades dirigidas a resolver todo lo relacionado con las citaciones de ambas unidades. La demanda del usuario es atendida a través de las unidades administrativas de los centros, puede estar referida a información general, modificación de citas, lista de espera, cancelación de citas por parte del usuario, tramitación de citas derivadas del Área o de otras Áreas, citación de volantes de analítica, etc.
- Trámites de Tarjeta Sanitaria: Todas aquellas actividades que guardan relación con todos los procesos relacionados con la Tarjeta Individual Sanitaria, a saber, altas en el SNS, modificación de los datos del usuario, cambios de médico, modificación de afiliación, trámites de usuarios extranjeros, desplazados, etc.
- Facilitación al usuario de la interposición de quejas y sugerencias: Desde las unidades administrativas se la dará al usuario que quiere presentar una queja o sugerencia, toda la información para realizar estas del modo correcto, bien de

forma presencial o telemática. Los motivos pueden estar relacionados con las tardanzas, desatenciones, u otras anomalías que observen en el funcionamiento de los servicios del Sistema Sanitario Público. Más que considerarlas un problema son elementos clave para la continua mejora de la calidad de los servicios

5 Discusión-Conclusión

Las diferentes diligencias que tienen que ver con peticiones administrativas por parte de los usuarios de los centros de AP, son diversas y el modo de ejecutarlas también difiere dependiendo de qué trámite es el solicitado. Las distinciones se dan no solo entre quienes deben de ser los responsables, sino también en el modo de llevar a cabo dichas tramitaciones, estos protocolos deben de ser conocidos y dominados perfectamente por las personas que integran las unidades administrativas, dado que solo de este modo se podrá dar una respuesta fiable y veraz a las demandas de los usuarios del Sistema de Salud.

6 Bibliografía

1. Consejería de Salud del Gobierno del Principado de Asturias. Instrucciones técnicas sobre la gestión de citas en los Centros de Salud de AP (2020)
2. www.astursalud.es
Trámites y prestaciones sanitarias (2020)
3. Villazon Menéndez, Sira; García Lana, Antonio. El sistema de información de población y recursos sanitarios. Curso IAAP (2009)

Capítulo 434

EL USO DE LAS MASCARILLAS

MÓNICA RUANO GARCÍA

1 Introducción

La pandemia de COVID-19 ha traído consigo la necesidad de usar mascarilla para frenar la transmisión y evitar el contagio por aerosoles de persona a persona. Para que resulte efectiva frente al coronavirus y no suponga ningún otro problema derivado de su uso (dificultades en la voz, audición, etc.) es importante seguir una serie de consejos.

El uso de mascarillas por sí solo, incluso aunque se haga de manera correcta, es insuficiente para limitar la propagación de la pandemia. La OMS (Organización Mundial de la Salud) insiste en que debe formar parte de un conjunto combinado de medidas de prevención y control de infecciones: la higiene de manos, guardar una distancia física de al menos un metro, evitar tocarse la cara, cubrirse la nariz y la boca al toser o estornudar (etiqueta respiratoria), ventilar adecuadamente los espacios interiores, realizar test diagnósticos y estudio de contactos, y seguir las medidas de cuarentena y aislamiento cuando proceda. Ninguna medida por sí sola es suficiente; todas ellas han de combinarse para conseguir controlar la pandemia siguiendo una serie de consejos.

Estas recomendaciones se centran sobre su uso, almacenamiento, limpieza, inspección y reposición, así como en aspectos esenciales para garantizar su eficacia y su seguridad.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia del uso de la mascarilla

- Enumerar las principales recomendaciones a seguir para el uso correcto de las mascarillas

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El uso incorrecto de las mascarillas puede contagiarnos de infecciones en vez de prevenirlas. Para que nos protejan de la COVID-19 y otras enfermedades es importante seguir una serie de recomendaciones:

1. Higiene de manos antes de ponerse y después de quitarse la mascarilla. Antes de colocarse la mascarilla, hay que lavarse las manos o frotarlas con gel hidroalcohólico. No tocar la mascarilla con la mano durante su uso.
2. Cruzar el cordón deja un hueco en la mejilla que puede resultar peligroso. La mascarilla debe ir bien ajustada a la cara sin dejar huecos y no debemos cruzar el cordón de sujeción en las orejas para ajustarla.
3. Presionar a la vez con los dedos en toda la superficie de la tira de aluminio. Debemos ajustar la mascarilla al puente de la nariz y parte superior de los pómulos; no dejar huecos por los que entre y salga el aire sin filtrar.
4. Desechar las mascarillas de un solo uso en el contenedor adecuado. Se pueden guardar las mascarillas reutilizables en una bolsa de plástico zip hasta que se puedan lavar. No dejar la mascarilla sobre la mesa u otros muebles.
5. Usar siempre mascarillas limpias y secas. Debemos retirar la mascarilla si está húmeda y sustituirla por una nueva. Si la mascarilla está mojada, manchada o rota debe sustituirse por otra.
6. La mascarilla debe cubrir la nariz, la boca y la barbilla. No debemos llevarla alrededor del brazo o de la muñeca y tampoco por debajo de la nariz, de la boca o de la barbilla.
7. Las mascarillas de tela deben lavarse con jabón o detergente y agua caliente, al menos una vez al día; o a temperatura ambiente, aunque luego se deberá hervir en agua al menos durante un minuto.

8. Para quitarse la mascarilla, tiraremos de las tiras o gomas que la sujetan. No debemos tocar la parte delantera porque en el filtro es donde se concentran los virus y otros gérmenes.

5 Discusión-Conclusión

Las principales recomendaciones a seguir para un uso correcto de las mascarillas de centran en cuatro pilares: tener las manos limpias, colocar bien la mascarilla, usarla durante el tiempo adecuado y vocalizar y respirar bien.

Es importante lavarse las manos antes de ponerla y quitarla. La mejor forma es cogiéndola por las tiras de sujeción sin tocar la parte delantera. Y no se debe tocar mientras se lleva puesta para evitar que se descoloque o contamine.

También es muy importante que la mascarilla cubra la nariz, la boca y la barbilla por lo que debe ajustarse a la cara y no dejar ningún hueco por el que puedan entrar aerosoles a las vías respiratorias.

Dependiendo del tipo de mascarillas, éstas tienen un tiempo de duración para su protección. Las higiénicas son las más comunes y no deben utilizarse más de 4 horas. Sólo se reutilizarán aquellas que estén indicadas para ello y siguiendo los consejos de lavado del fabricante.

Si por algún motivo la mascarilla se ensucia, humedece o estropea se deberá sustituir por otra.

La mascarilla no debe ser un impedimento a la hora de hablar y escuchar de forma adecuada. Será necesario vocalizar bien y respirar cómodamente para no forzar ni elevar la voz. Esto facilita una mejor comprensión y eficacia del sonido que permite una mayor claridad de la voz. En definitiva, el uso de la mascarilla es una barrera eficaz para conseguir frenar la transmisión del virus, siempre que se haga un uso adecuado de la misma y se acompañe con otras medidas de prevención.

6 Bibliografía

1. www.seorl.net.

Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello.

2. www.semfyc.es.

Sociedad Española de Medicina de familia y comunitaria.

3. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España

Capítulo 435

LA ATENCIÓN TELEFÓNICA POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MÓNICA RUANO GARCÍA

1 Introducción

La importancia de la calidad de atención al usuario o paciente es el principal objetivo del trabajo como auxiliar administrativo, es decir, ninguno de ellos debe quedar desatendido por otras labores, siendo lo prioritario la atención a éstos. Dependiendo de los centros de salud y/o instituciones hospitalarias, gran parte del trabajo del auxiliar administrativo se desarrolla a través de la atención telefónica facilitando a los pacientes la citación correspondiente, información, etc. Una buena atención al paciente requiere una condición necesaria, la de comunicar de forma adecuada los mensajes.

El proceso de comunicación contiene una variedad compleja de elementos que nos permite comprender por qué la comunicación no siempre puede resultar fácil. En todo proceso de comunicación nos encontramos con una persona que hace de EMISOR, es decir, que piensa, siente y quiere comunicar algo; pero para hacer esto, debe codificar sus pensamientos, ideas y sentimientos en un código a través de un mensaje y un canal que sea accesible a quien le escucha.

En el otro lado, se encuentra la persona que hace de RECEPTOR y tendrá que descodificar el mensaje e informar al emisor de lo que va entendiendo (feed-back o retroalimentación). Todo esto se vive dentro de un contexto que puede facilitar o dificultar el proceso de comunicación.

2 Objetivos

- Señalar los aspectos más importantes para llevar a cabo una buena atención telefónica y, por consecuencia, destacar la calidad sobre la atención al paciente o usuario.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en varias páginas web de distintos portales sobre literatura científica existente y revisado artículos de revistas sobre el tema “la atención telefónica por el auxiliar administrativo”.

4 Resultados

Uno de los componentes de la comunicación telefónica es la sonrisa, al contrario de lo que pueda parecer, se oye al teléfono. Nuestra entonación y elocución mejoran y nos ayuda a crear un clima agradable.

La voz es el instrumento básico de la comunicación telefónica; la voz que oye el paciente o usuario es la imagen de la empresa. La voz, por su poder emotivo, actúa sobre la sensibilidad y alcanza el subconsciente teniendo la posibilidad de crear confianza, tranquilizar, excitar, influenciar, sugestionar y persuadir.

En lo que se refiere a la voz hay que distinguir los siguientes aspectos: la articulación, la elocución, el silencio y la actitud. El hecho de no ver al interlocutor, induce a pensar que se encuentra lejos de nosotros y que, por ello, es necesario elevar el tono de voz para que pueda oírnos.

Fases de la conversación telefónica:

1- Preparación de la llamada: tener a mano el material necesario, contestar si es posible al segundo ring del teléfono, sonreír y al descolgarlo no terminar nunca una frase y dejar cualquier tarea para después.

2- Desarrollo de la llamada:

2.1. La acogida: es importante transmitir una imagen agradable de la organización y para ello debemos nombrar el organismo y saludar.

2.2. Descubierta de necesidades: se trata de descubrir quién es el interlocutor y el motivo de su llamada para comprender el problema o cuestión que nos plantea para poder ofrecer una solución correcta

2.3. Acciones a tomar: es la resolución de las necesidades: facilitar cita para un determinado servicio médico, de pediatría, de enfermería, etc., facilitar información

referente a un Servicio, transferir una comunicación a otro profesional, recibir mensajes, atención de quejas, reclamaciones, etc.

2.4. La despedida: es muy importante para dejar una buena imagen a nuestro interlocutor: recordar de nuevo el horario de la cita y saludar.

5 Discusión-Conclusión

Cada uno de nosotros tenemos un determinado estilo de conducta, que es el que generalmente, utilizamos en nuestras relaciones con los demás, de hecho, distintas personas sometidas a estímulos similares suelen reaccionar de distinta forma.

Actitud física: la postura que mantengamos al hablar por teléfono tiene una gran importancia porque no es lo mismo mantener una conversación sentados correctamente en una postura erguida, que si lo hacemos tumbados en el suelo o recostados hacia los laterales del asiento. Nuestra voz no se oye de la misma forma, surge forzada y produce un efecto extraño.

Actitud psíquica: la actitud hacia una llamada telefónica, tanto se emitimos como si recibimos las llamadas, debe ser positiva. A través del teléfono estamos transmitiendo la imagen de nuestra organización y, por ello, nuestra actitud debe ser entusiasta, de convencimiento, de autoconfianza, dinámica, activa y afirmativa, evitando cualquier tipo de emoción personal, tanto si es negativa como positiva.

6 Bibliografía

1. www.bacformacion.com
2. www.nebrija.com

Capítulo 436

LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA

MÓNICA RUANO GARCÍA

1 Introducción

La calidad asistencial es la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de los pacientes con el menor consumo de recursos. También puede entenderse como el conjunto de actividades encaminadas a garantizar unas prestaciones óptimas, con el mínimo riesgo para los pacientes, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida.

La calidad asistencial pretende crear una cultura de la organización sanitaria que incentive la participación de los profesionales y gestores de la sanidad en la identificación, análisis y resolución de problemas de modo que la organización deba realizar las actividades de evaluación necesarias para tratar los procesos que no funcionen adecuadamente y para mejorar otros procesos que todavía no presenten síntomas pero que necesiten resolverse rápidamente.

Para optimizar el objetivo de proporcionar a los pacientes y/o usuarios de un sistema sanitario unas prestaciones óptimas es preciso que existan programas de garantía de calidad precedidos de una planificación de la calidad y se conviertan en instrumento útil para que los profesionales puedan solucionar los problemas y las deficiencias que surgen en la práctica asistencial.

La complejidad de los sistemas de salud y el incremento de los costes en asistencia sanitaria no se correlacionan en muchos casos con una mayor calidad del servicio y con una mayor satisfacción de los pacientes, de ahí que cada vez sea de mayor

preocupación por parte de los responsables de los sistemas de salud, la búsqueda de una mejor calidad y eficiencia de los Servicios de Salud.

2 Objetivos

1. Definir qué se entiende por calidad asistencial.
2. Establecer los elementos o los factores que integran la calidad asistencial.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en varias páginas web de distintos portales sobre la literatura científica existente y revisado artículos de revistas sobre la calidad asistencial en las instituciones sanitarias.

4 Resultados

La calidad asistencial presenta los siguientes elementos o factores: eficiencia y efectividad.

Entendemos la eficiencia como el grado con el que se consigue obtener el más alto nivel de calidad posible con unos recursos determinados, es decir, la capacidad práctica para conseguir un mayor nivel de calidad. Y por efectividad, entendemos el grado en el que una determinada práctica asistencial consigue producir una mejora del nivel de salud de la población en condiciones de aplicación normales. La efectividad no se puede equiparar a la eficacia, por ejemplo, un determinado medicamento puede ser de eficacia probada, pero ser poco efectivo en determinados casos.

Desde la perspectiva del usuario de un servicio sanitario, en la calidad intervienen los siguientes factores: la accesibilidad, la seguridad, la aceptabilidad y la satisfacción.

En cuanto a la accesibilidad, los usuarios de un servicio sanitario deben acceder a las prestaciones que el sistema sanitario ofrece en condiciones de igualdad y equidad, garantizándose el rápido acceso y evitando barreras burocráticas, de distancia, horarios, económicas o culturales, es decir, garantizando una atención continuada y de calidad.

En relación a la seguridad, el ambiente debe estar libre de riesgos y peligros para el paciente, todo ello de conformidad con la normativa existente en materia de

Prevención de Riesgos Laborales.

En cuanto a la aceptabilidad, los usuarios de un servicio sanitario deben implicarse en la toma de decisiones en los temas relacionados con su salud y grado de satisfacción.

Y, por último, la satisfacción es el grado con que la atención prestada satisface las expectativas de los usuarios de un sistema sanitario. Directamente, no está relacionado con la calidad científico-técnica de la asistencia prestada, ya que, dependiendo del nivel personal, cultural u otros puede darse un alto grado de satisfacción sin que por ello exista un alto grado de calidad científico-técnica o viceversa. Debe ofrecerse un buen servicio para alcanzar el objetivo de satisfacer al paciente y la prestación de un buen servicio depende de estos elementos: competencia profesional, diligencia, cortesía y simpatía, asesoramiento, intuición, fiabilidad, crear confianza, interés, flexibilidad, empatía, conocer las expectativas del paciente y escuchar.

5 Discusión-Conclusión

Sin duda la importancia cada vez más creciente que tiene en el ámbito asistencial de las prestaciones es el conocimiento, la mejora y la planificación de un nivel de calidad, por parte de los profesionales, gestores y administradores de la Sanidad como de los usuarios de los servicios sanitarios.

Por una parte, ante la insatisfacción de los profesionales, el rendimiento inadecuado, la falta de motivación, coordinación y formación de los profesionales sanitarios, una adecuada evaluación de la calidad puede mejorar el nivel científico-técnico de sus prestaciones y corregir las posibles deficiencias de la práctica asistencial.

Por otra parte, ante las barreras de accesibilidad de los usuarios del sistema sanitario y la no coordinación o ausencia de feed-back de éstos con los profesionales, una mejora de la calidad podría permitir una facilidad de acceso a los servicios sanitarios y mejorar aspectos de la relación interpersonal de los usuarios con los profesionales sanitarios.

Ante la excesiva carga burocrática y la inadecuación de recursos humanos y materiales, una mejora de la calidad permitiría que los gestores y administradores de la Sanidad se relacionaran con la adecuada distribución de los recursos y justificaran su utilización eficiente.

6 Bibliografía

1. www.nebrija.com
2. www.bacformacion.com

Capítulo 437

LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO DEL EQUIPO DE SANITARIOS Y NO SANITARIOS

ENRIQUE PANDO MATOS

1 Introducción

La capacidad de los sanitarios y no sanitarios para la comunicación con los pacientes , es una de las cualidades fundamentales para ayudar a los usuarios de la sanidad . Las técnicas activas de comunicación que nos permite mantener una comunicación efectiva en nuestro puesto son : la escucha activa , la empatía y la asertividad .

Para obtener una comunicación que sea clara , adecuada y eficaz para que los pacientes queden contentos con los servicios en el ámbito hospitalario .Transmitir un mensaje o una idea desde un origen , es intentar que el emisor comunique , a un receptor , con el objeto de rectificar su comportamiento , generándose a su vez un proceso de respuesta que facilite influencias mutuas .

Los elementos de la comunicación :

- Emisor : persona que transmite un mensaje .
- Receptor : individuo que recibe el mensaje .
- Mensaje : la información que da el emisor al receptor .
- Canal : medio con el que se transmite el mensaje .

- Código : método de signos que conocen tanto el emisor y el receptor para entenderse .

- Contexto comunicativo : es el sitio y condición en la que se produce la disposición comunicativa .

Tipo de comunicación pueden ser : la comunicación verbal y la no verbal .

- La comunicación verbal es la comunicación de un mensaje a través de la palabra escrita o hablada . Hablar es el medio más común de comunicar verbalmente un significado y normalmente , se maneja con signos no verbales y los dos tipos de comunicación que hay son , la de persona a persona y , otro , que es el de grupo . La comunicación no verbal comprende el setenta por ciento de la información total que transmitimos a la otra persona . Toda la gente comparte bastantes mensajes emotivos básicos , ya que es un lenguaje influenciado por matices naturales y antropológicos . Es una comunicación que en su mayoría es involuntario. La comunicación no verbal produce influencias en el comportamiento de las personas . Se piensa que es un lenguaje relacional donde se manifiesta el estado de ánimo , complementa , desdice al lenguaje verbal .

2 Objetivos

Describir la importancia de una buena comunicación como herramienta de trabajo tanto en sanitarios como en no sanitarios

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los trabajadores sanitarios y no sanitarios , a la hora de comunicar , debe poner hincapié en la escucha activa , la empatía y la asertividad . Escuchar manifiesta interés por los sentimientos , pensamientos e ideas del paciente y motivara un entorno distendido que mejorara la comunicación .

Pero no es suficiente para comprender al paciente también necesitas manifestar empatía hacia el enfermo y los familiares y ello se manifiesta mediante la comprensión empática , es decir , poder comprender y experimentar las ideas desde la posición del otro . La empatía es el talento de ver la ternura y sentimiento de otras personas, darse cuenta de sus necesidades y esperanzas y ponerse en su caso .

Comunicar de forma asertiva , más humanizada , facilita la autoestima que es el pilar de la asertividad , crea seguridad , crecimiento personal y la satisfacción emocional personal y mejora la confianza entre ambos interlocutores .

La comunicación es un instrumento a través del cual los trabajadores de la sanidad pueden obtener información de los pacientes sobre su salud y por tanto generar una buena colaboración entre ambos y que permite a los trabajadores mejorar la atención a los enfermos .

Cuando comunicamos utilizamos el lenguaje verbal , pero también las formas en que el personal de la sanidad se presentan ante los pacientes y familiares , la apariencia física , la vestimenta y también los componentes no verbales , todo es un modo de comunicar asimismo . Según se manifiesten esos elementos , influirán de manera positiva o negativa en la comunicación .

Para conseguir una buena comunicación con las personas enfermas necesitamos :

- Empatía : entender sus vivencias y pensamientos .
- Cordialidad : ser cercano a las personas , amabilidad y humilde .
- Educación y respeto : es la base de todas las comunicaciones , crean confianza , veracidad y evitan conflictos .

Para llevar mejor la comunicación podemos usar :

- Escucha activa : escuchar demostrando interés y esforzándose en darse cuenta más allá de lo que nos diga el paciente .
- Contacto visual : crea seguridad y fiabilidad .
- Expresión facial : la comunicación no verbal refuerza el mensaje y que durante la escucha activa , evitemos gestos de rechazo .
- Actitud y apariencia física adecuada : aproximarse o separarse físicamente con la persona . No sería muy adecuado , si es llevado al extremo .
- Contacto físico : da resultado en el instante adecuado y muy medido . Tiene que transmitir empatía y cercanía .

La comunicación debe ser personalizada y se necesita :

- Analizar a la persona , saber que carencias y hasta que punto nos va a entender

- Saber que le vamos a decir .
 - El efecto que pretendemos que haga nuestro mensaje .
 - Que deduzca el mensaje y el efecto del mismo sea el que buscamos .
 - Utilizar las palabras adecuadas para que capte el mensaje .
 - No equivocarse en la comunicación no verbal .
 - Poder responder adecuadamente a las dudas que tenga el paciente .
- Analizando toda la documentación nos indica que la experiencia y métodos necesarios para tener una buena comunicación con los pacientes e incorporando el plan curativo , llegamos a la consecuencia de que la comunicación debe estar programada y preparada y nunca ha de ser inconsciente o lanzado .

5 Discusión-Conclusión

La comunicación es un intercambio de información tan antiguo como el propio ser humano . La comunicación es como un proceso de intercambio de ideas entre los individuos , es el Pilar fundamental de las actividades de los trabajadores , que permite un mejor cuidado y también permite mantener unas relaciones interpersonales que influyen positivamente en la recuperación de los pacientes, al facilitar su bienestar .

La comunicación que transmiten los sanitarios y no sanitarios , debe ser clara , con lenguaje comprensible para los usuarios , evitando los detalles técnicos para poder tomar las decisiones convenientes , reduciendo el sufrimiento durante su enfermedad y creando un vínculo de comunicación entre ambas partes .

Dar toda la información al paciente y asegurar que lo ha comprendido , es el fin de la relación entre los profesionales de la sanidad y los pacientes . Si evitamos los fallos en la comunicación , se tendrían bastantes menos problemas entre los profesionales y los pacientes y obteniendo un mejor funcionamiento del sistema sanitario .

La comunicación con los pacientes puede llegar a ser hasta terapéutica , desarrollando ciertas habilidades y poner en práctica claves para conseguir el efecto “ sanador “ y “ reconciliador “ que pretendemos . El adecuado entendimiento entre sanitarios , no sanitarios y pacientes , profesionales y familiares o entre los propios trabajadores de la salud para conseguir la promoción o la mejora de la salud . Comunicarse bien es fundamental para que las causas médicas se puedan conseguir mejores resultados .

Los estudios consultados reflejan que tratar con asertividad a los pacientes mejora la autoestima y facilita que los enfermos sean más comunicativos con los profesionales y a la vez mejoren en la satisfacción emocional .

La verdadera naturaleza del trabajo de los sanitarios y no sanitarios es el ejercicio de asistir , acompañar y de cuidar a las personas enfermas .

6 Bibliografía

1. Benabente , M . (2019) . Claves para llevar a cabo una buena comunicación con el paciente Revista digital Inesem .
2. Flórez , JA . Martínez , PC . Valdés , C . (2000) . Análisis de la comunicación en la relación médico-paciente . Elsevier . Universidad de Oviedo . Oviedo .
3. Forguione-Pérez ,VP. (2015) . Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. Revista Medica Uis 28(1):7-13. Santander . Colombia .
4. Bernat , M . Montse , A . Ponzón , S R . (2021) . Formación en comunicación para profesionales sanitarios . Revista Bioética y Derecho . Barcelona . España .
5. Novartis . (2018) . Comunicación Paciente Profesionales Sanitarios . Buenos Aires . Argentina .
6. Naranjo , I C . Ricarte , G P . (2006) . La comunicación con los pacientes . Investigación y Educación en Enfermería . Universidad de Antioquia . Medellín . Colombia .
7. Calderón , S . Técnicas y Habilidades de Comunicación . Docplayer .
8. González , C . (2015) . La comunicación en salud como premisa fundamental para la percepción de riesgo en las poblaciones . Revista Cubana de Higiene y Epidemiología . Universidad de Ciencias Médicas de La Habana . Cuba .
9. Gil , I . (2016) . Guía para el profesional sanitario : recursos y estrategias de comunicación con el paciente extranjero . Universidad de Alcalá . España .
10. Pérez , A . (2021) . Técnicas para mejorar la comunicación interpersonal . OBS , Business School . L'Hospitalet de Llobregat . Barcelona . España .

Capítulo 438

PREVENIR Y EVITAR EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

IVÁN BLANCO GONZÁLEZ

1 Introducción

El síndrome del túnel carpiano (STC) se define como una lesión compresiva del nervio mediano. Es un nervio de la muñeca que permite la sensibilidad y el movimiento en partes de la mano (irriga gran parte de la palma, todo el primer, segundo y tercer dedo de la mano y una parte del cuarto); y la zona de la muñeca donde el nervio entra en la mano se llama túnel carpiano. Éste normalmente es muy estrecho y cualquier inflamación puede pellizcar el nervio y causar el síndrome.

Este problema de salud aparece muy frecuentemente cuando se realizan actividades repetitivas con la mano y la muñeca, en el personal que desarrolla actividades que requieren flexión y extensión de la misma y si se utilizan herramientas manuales con movimientos vibratorios. También puede aparecer con traumatismos, enfermedades autoinmunes tales como diabetes mellitus, acromegalia, hipotiroidismo, insuficiencia renal, menopausia, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, escleroderma, en variaciones anatómicas así como por factores individuales (como la ganancia de peso o, incluso el embarazo), etc.

En los centros sanitarios, los trabajadores se ven sometidos a este tipo de actividades constantemente. Los síntomas que nos ponen en sobre aviso suelen comenzar de manera gradual, sin una lesión específica. Puede ocurrir también que los signos aparezcan y desaparezcan. Sin embargo, a medida que empeora, los síntomas pueden presentarse con más frecuencia y persistir durante periodos

más prolongados. Normalmente los síntomas aparecen por la noche. Y lo padecen alrededor de un 3% de la población, con una mayor incidencia en mujeres entre 40 y 60 años.

2 Objetivos

Dar a conocer e identificar los síntomas del síndrome del túnel carpiano para evitar o atenuar al proceso de la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Palabras claves: “túnel carpiano”, “últimas noticias túnel carpiano” y “túnel carpiano en sanitarios”. También se han consultado las revistas científicas como “Impulsa” y “Enfermería 21”.

4 Resultados

Para poder identificar la enfermedad hay que tener bien claros sus signos y síntomas, que se relatan a continuación:

- Dolor: El primero y más acusado. Frecuentemente referido como una descarga eléctrica, que se inicia en la muñeca y se extiende por los dedos. Muchas veces aparece como consecuencia de una postura forzada de la muñeca. A veces incluso se puede extender el dolor hasta el codo.
- Hormigueos y entumecimiento en los dedos a los que nos hemos referido y/o en la palma de la mano.
- Pérdida de fuerza en los mismos dedos junto con atrofia muscular, lo que puede llevar a alteraciones en los movimientos finos de los dedos o debilidad al coger o cargar objetos.

Hay distintas manera de tratarlo, aunque lo más importante es comenzar lo antes posible tras los primeros síntomas. Intentaremos dar varias ideas a los trabajadores para que, si están acusados de este síndrome, puedan comenzar a hacer:

- tomarse pequeños periodos de descanso durante la jornada laboral(valdrían de unos pocos minutos para relajar las manos)
- evitar, en la medida de lo posible, las actividades que empeoren los síntomas y/o no sobrecargarlos de trabajo repetitivo
- Aplicar compresas frías para reducir la hinchazón en los periodos de descanso
- Repartir entre el personal muñequeras específicas que fijen y sujeten bien los dedos para trabajar de una manera más ergonómica.
- Hacer ejercicios sencillos de estiramientos
- Recomendarles no dormir sobre las manos
- Recordarles la importancia de una dieta sana y saludable para controlar el sobrepeso
- Se ha demostrado que las posturas de yoga están destinadas a fortalecer, estirar y equilibrar la parte superior del cuerpo, así como las articulaciones pueden reducir el dolor y mejorar la fuerza de agarre. Hacérselo saber al personal.

5 Discusión-Conclusión

Para concienciar al personal de un centro sanitario lo más importante es dar a conocer la enfermedad. Se puede hacer a través de cursos y charlas o clases magistrales. Aún así, sólo se puede prevenir evitando las actividades que favorecen el desarrollo o utilizando dispositivos que prevengan el daño de la muñeca (con aparatos ergonómicos). Todo lo cual es muy difícil de realizar ya que, como bien se sabe, la mayoría de los trabajadores del ámbito sanitario están sobrecargados de labores, es una utopía pensar que eso va a dejar de pasar. Aún así, sería beneficioso poder frenar o retrasar, en la medida de lo posible y siempre según cada caso, la aparición del síndrome del túnel carpiano.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000433.htm>
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000400009
<https://www.mutuauniversal.net/es/actualidad/articulos-y-publicaciones/publicacion/Sindrome-del-tunel-carpiano-en-el-Top-1-de-las-enfermedades-profesiones-de-la-mujer-trabajadora/>

Capítulo 439

FACTORES QUE SUPONEN RIESGOS PSICOSOCIALES PARA CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁMBITO SANITARIO Y SUS CONSECUENCIAS

NÉSTOR ÁLVAREZ ALONSO

CARMEN NATIVIDAD RODRÍGUEZ RAMOS

1 Introducción

Llamamos factores de riesgos laborales a los elementos o su conjunto que, estando o pudiendo estar presentes en las condiciones de trabajo, pueden suponer el desencadenamiento de un empeoramiento de la salud del trabajador, lo que puede conllevar a su vez que se produzca un daño en el ámbito laboral.

Según cuál sea la causa que provoca el riesgo en el ámbito laboral, podemos destacar diferentes tipos de factores de riesgo. Así es que, se establecen diferentes categorías de factores de riesgo en función de cuál sea la causa de la que estén derivados. Por lo tanto, podemos diferenciar entre:

- Los factores derivados de la carga de trabajo. Estos factores incluyen la carga física propiamente dicha, que se refiere a la manipulación de peso a lo largo de la jornada, o a la realización de un gran esfuerzo físico. La carga mental también está incluida en esta categoría, que está determinada por tres factores que pueden

producir efectos perjudiciales: El volumen y la forma de recibir la información para realizar las tareas; el tiempo de que dispone el trabajador para ejecutar la tarea; y la aptitud del trabajador para realizar su cometido

- Los factores derivados de las condiciones del ambiente de trabajo: Vienen determinados por condiciones tales como: ruido, la mala iluminación, la temperatura, las radiaciones y vibraciones.
- Los factores provocados por agentes químicos.
- Los factores derivados de la organización del trabajo. Este tipo de factores lo veremos más adelante.

2 Objetivos

Determinar cuáles son los factores que provocan los riesgos psicosociales para Celadores y Auxiliares Administrativos

Valorar cuáles son las posibles consecuencias de los riesgos psicosociales para Celadores y Auxiliares Administrativos

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha hecho una revisión sistemática de la bibliografía disponible a través de internet, utilizando como herramienta de búsqueda Google académico. De entre todos los resultados obtenidos, nos hemos decantado por los más actuales y las publicaciones emitidas por organismos oficiales, o referencias a éstas.

4 Resultados

Existen factores derivados de la organización del trabajo que pueden suponer riesgos psicosociales. La OMS (Organización Mundial de la Salud), en su informe nº517, enumera estos factores:

- El horario de trabajo, concretamente a la duración de la jornada, si el trabajo se realiza a turnos, cómo es el reparto del horario, etc.
- El salario: En ocasiones es el factor más importante a la hora de determinar la

insatisfacción de la persona con su puesto de trabajo, provocando graves consecuencias que más adelante veremos.

- La promoción: se trata del reconocimiento de la valía del trabajador y de sus capacidades para desarrollar su labor y su interés por el trabajo
- El tamaño de la empresa. Aunque no siempre se produce de esta manera, suele darse la situación de que en empresas grandes, es más probable que el trabajador tenga una conciencia de sí mismo como alguien sin relevancia dentro de la masa de trabajadores. Existen medidas que las empresas pueden tomar para corregir esta situación, a través de la organización empresarial, el estilo de mando, y los grupos de trabajo
- El grupo de trabajo: Son múltiples los factores que influyen en la satisfacción o insatisfacción del trabajador dentro del grupo de trabajo, la cohesión del grupo, la armonía entre los miembros, o la coincidencia de objetivos personales dentro del grupo

Como hemos visto, los riesgos psicosociales están determinados por factores derivados de la organización del trabajo, por factores derivados de las condiciones de trabajo y por factores derivados de la carga de trabajo. Estos factores por sí solos no son dañinos, pero su mala planificación y diseño puede provocar los riesgos psicosociales, que pueden conllevar graves consecuencias para el trabajador y su entorno laboral y personal

5 Discusión-Conclusión

Celadores y Auxiliares Administrativos son dos categorías profesionales que se encuentran muy expuestas a los factores que provocan los riesgos psicosociales

Situaciones como la temporalidad en el puesto, la incertidumbre del puesto de trabajo a ocupar, el hecho de trabajar en un centro de trabajo grande, cuando hablamos de grandes hospitales, la falta de las necesarias instrucciones con la suficiente antelación para que el profesional pueda desarrollar su labor correctamente, etc., son situaciones desencadenantes de los riesgos psicosociales.

Las consecuencias más habituales de estos riesgos son:

- Estrés
- Violencia laboral, tanto física como psicológica

- Acoso laboral
- Acoso sexual
- Inseguridad contractual. La origina la preocupación constante por no tener seguridad en el trabajo. La alta temporalidad en estos puestos de trabajo origina esta inseguridad

6 Bibliografía

1. <https://www.coordinacionempresarial.com/factores-de-riesgo-laboral/>
Visitado por última vez el 13/12/2021
2. <https://sites.google.com/site/riesgoslaboralesrocio/factores-organizativos>
Visitado por última vez el 13/12/2021
3. <https://riesgoslaborales.info/riesgos-psicosociales/>
Visitado por última vez el 12/12/2021

Capítulo 440

TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS

IVÁN BLANCO GONZÁLEZ

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, piernas, cabeza, cuello o espalda que se producen o se agravan por tareas laborales como levantar, empujar, jalar, etc.

Este tipo de trastornos comprenden más de 150 tipos que afectan al sistema locomotor. Abarcan desde trastornos repentinos y de corta duración, como fracturas, esguinces, y distensiones, a enfermedades crónicas que pueden causar limitaciones de las mismas capacidades funcionales e incluso, incapacidades permanentes.

Los trastornos musculoesqueléticos tienen importantes consecuencias sobre el personal sanitario. Ven mermada su calidad de vida considerablemente debido al dolor y sufrimiento que provocan, así como la pérdida de ingresos económicos derivada de la necesidad del trabajador de acogerse a una baja laboral. Todo esto genera, además, un problema añadido, porque ya hay que cubrir esa baja en el servicio que proceda y no siempre es posible. Aún así, estos trastornos son la principal causa de absentismo laboral prácticamente en todos los países de la Unión Europea. Casi el 25% de los trabajadores (según la Organización Mundial de la salud, OMS) sufre dolores de espalda y un 23% aqueja dolores musculares en general (según la OMS).

A continuación, se analizarán algunas de las medidas que se pueden adoptar para prevenir y paliar sus efectos.

2 Objetivos

- Dar a conocer los trastornos musculoesqueléticos que acontecen al personal sanitario y cómo prevenirlos en la medida de lo posible.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de Google académico donde encontramos una serie de guías de prevención e higiene laboral de fuentes. Se han utilizado palabras claves tales como: “trastornos musculoesqueléticos”, “enfermedades musculares más comunes”, “prevención trastornos musculoesqueléticos”, etc.

4 Resultados

Como se adelantaba en la introducción, los trastornos musculoesqueléticos más comunes son:

Tendinitis del manguito de los rotadores: es la inflamación de los músculos del hombro y suele originarse por la sobrecarga de los tendones generada por movimientos frecuentes del hombro en el ámbito laboral

Epicondilitis: conocido también como el “codo de tenista” es una lesión producida por el esfuerzo repetitivo en el movimiento y por el que se inflaman los tendones de los músculos de la cara externa de codo

Síndrome del túnel carpiano: compresión del nervio mediano a su paso por la muñeca a nivel del interior del túnel del carpo

Lumbalgia: se trata de una contractura dolorosa y persistente de los músculos que se encuentran en la parte baja de la espalda, concretamente la zona lumbar

Síndrome cervical por tensión: es un cuadro clínico doloroso producido por una contractura muscular en la región cervical posterior y que está motivado por una sobrecarga de trabajo, el uso repetitivo de los músculos o por posturas forzadas de cuello.

Para poder identificar los trastornos hay que tener bien claros sus signos y síntomas. La mayoría de ellos son comunes a casi todos los trastornos: Dolor en los músculos o articulaciones, sensación de hormigueo en el brazo o en la mano, pérdida de sensibilidad, pérdida de fuerza y sujeción en la mano, rigidez en los hombros, entumecimiento, sensación de calor localizado en la zona afectada, fatiga muscular, etc.

Para intentar evitar todo esto habría que promover, dentro de lo posible, el rotar con otro tipo de tareas que demanden otros grupos musculares, no trabajar durante largos periodos de tiempo tareas repetitivas sin una pausa o descanso, hacer algún tipo de ejercicio de las extremidades superiores, utilizar herramientas apropiadas privilegiando aquellas que tienen accionamiento eléctrico y se adapten a las características físicas del trabajador evitando posturas forzadas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Existen diversos factores que favorecen la aparición de trastornos musculoesqueléticos: problemas de producción, mala higiene postural, mala organización en el centro de trabajo... Por lo que es necesario una buena formación, control, identificación y organización de las tareas a realizar en el entorno laboral... tomar distintas medidas para poder evitar una gran parte de la siniestralidad que es derivada de estos trastornos.

Aún así, con todo esto es casi imposible detener la aparición de este problema de salud, con lo que hay que hacerles tomar conciencia a los trabajadores que es un problema presente, que se observen y estudien si tiene algún síntoma para empezar cuanto antes el tratamiento o la rehabilitación pertinente.

6 Bibliografía

- <https://prevencionugandalucia.es/trastornos-musculo-esqueleticos/>.
- <https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/cinco-trastornos-musculoesqueleticos-comunes/>.
- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions/>.

Capítulo 441

USO NO SEXISTA DEL LENGUAJE ADMINISTRATIVO

YESICA CORTE HEVIA

HILDEGARDA CUETOS SUAREZ

MARIA CRISTINA SUAREZ DIAZ

1 Introducción

A finales de la década de los ochenta del siglo XX el Gobierno impulsó la renovación del lenguaje administrativo, también para evitar la discriminación de la mujer. Anteriormente eran habituales en los escritos administrativos las formas de masculino con carácter general y único, tanto para referirse a los empleados públicos como a los usuarios de los servicios. Por ello, surgía una nueva conciencia social enmarcada en la feminización del mundo laboral público y privado. En 1987 el Ministerio de Asuntos Sociales, a través del Instituto de la Mujer, publicaba el Plan para la igualdad de oportunidades de las mujeres (1988-1990), en el que se recogía la revisión de los textos reglamentarios para evitar usos y expresiones considerados sexistas

Por la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres (BOE del 23 de marzo), se establece como criterio de actuación de todos los poderes públicos la utilización de un lenguaje no sexista. Durante los últimos años, muchas administraciones autonómicas y locales han aprobado leyes de igualdad y planes de acción «clonados» que recogen la promoción del lenguaje no sexista en todos los ámbitos de la sociedad.

En 2008 el Parlamento Europeo aprobaba el Informe sobre el lenguaje no sexista, con un anexo (Orientaciones específicas para el español) para que fuera aplicado en su trabajo por los funcionarios de esta institución representativa.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia del uso no sexista del lenguaje administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 mejorar la comprensión de los documentos administrativos, el estilo administrativo deberá considerar los siguientes objetivos: a) Aspectos ortográficos y léxicos :

- Escribir sin errores o faltas ortográficas
- Evitar el rebuscamiento léxico
- Evitar el uso de neologismo y extrajerismos
- Utilizar las palabras con propiedad b) Aspectos estilísticos:
- Utilizar en la medida de lo posible, verbos en forma personal (mejor la 1 persona)
- Reducir la nominalización
- Simplificar el uso de locuciones prepositivas
- No abusar de abreviaciones
- Evitar el estilo formulario c) Aspectos estructurales y formales del documento:
- Evitar longitudes excesivas de las oraciones
- Procurar el orden en la oración
- Articulación del documento en párrafos
- Mantener en la disposición de la información
- Organización visual del documento

Los requisitos básicos que debe reunir la documentación oficial de los servicios de las Administraciones Públicas modernas son los siguientes:

Democratización del lenguaje: la administración necesita actualizar sus servicios y procedimientos a la vez que ahondar en los valores de igualdad social y acceso a la información. Entre los recursos a utilizar están la correcta identificación del emisor, utilización de tratamientos adecuados y adaptar la comunicación al sexo del interlocutor.

Organización de la información: la nueva redacción de textos comienza por la compilación y selección de la información que se requiera comunicar. La información se distribuye en Cabecera, cuerpo del escrito y pie. La coherencia se consigue manteniendo el hilo temático y argumental, obviando información superflua.

Claridad y precisión expositiva: en la redacción de un documento administrativo hay que utilizar un tono adaptado a un nivel medio de conocimientos técnicos y legales. Hay que regirse por los principios de precisión y claridad.

Estructuración sintáctica: la lengua escrita no tiene entonación, por lo que los signos gráficos nos permitirán una mayor propiedad léxica. Una correcta puntuación del texto ayuda a interpretarlo mejor y captar la intención comunicativa del mensaje.

Corrección gramatical y léxica: es imprescindible si se quiere garantizar una comunicación rápida e inequívoca entre la Administración y los ciudadanos. La voz habitual de los textos administrativos es la activa, más clara y directa.

Racionalización de los recursos tipográficos: para conseguir una comprensión rápida y correcta de los documentos es tan importante, como lo señalado, la utilización de recursos que permitan visualizar la estructura de los contenidos. Hay que establecer un modelo para cada documento, siguiendo criterios básicos de la claridad, concisión y precisión, lo que agilizar el trabajo, mejora la identificación del procedimiento y reduce la posibilidad de incurrir en errores de formato.

5 Discusión-Conclusión

El sexismo lingüístico es el uso discriminatorio del lenguaje que se hace por razón de sexo. El sexismo no está en la lengua en sí misma sino en los usos que hacemos de ella, los cuales, al ser reflejo de la cultura androcéntrica en la que vivimos, muestran que el sexo comúnmente más discriminado es el femenino.

Por ello la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres señala en su artículo 14 que será criterio general de actuación de los poderes públicos la implantación de un lenguaje no sexista en el ámbito

administrativo y su fomento en la totalidad de las relaciones sociales, culturales y artísticas.

6 Bibliografía

1. Temario parte específica VOLUMEN 2 “ Auxiliar administrativo- SESPA” . EDITORIAL MAD.
2. <https://lenguajeadministrativo.com/sobre-el-lenguaje-no-sexista/>
3. <https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0234.pdf>

Capítulo 442

EXCELENCIA EN LA ATENCION AL USUARIO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO

ANA GUADALUPE NORIEGA CORDERO

1 Introducción

La sociedad actual cada vez es más exigente con la calidad de los servicios sanitarios y demanda una excelencia en la atención, desde la recepción al momento del alta hospitalaria. Esto supone una presión añadida al personal administrativo de los centros sanitarios, que son generalmente las primeras y últimas personas que atienden a los usuarios y por tanto de ellos depende en cierta medida la imagen con la que se queda el usuario.

Los usuarios tienen derecho a ser informados con las limitaciones previstas en la normativa vigente , así como las vías para ejercitar tales derechos.

Reciben información sobre las actuaciones y prestaciones de salud pública, su contenido y la forma de acceder a la misma.

Toda la información se la tenemos que facilitar el personal administrativo de una manera fácil y clara para que la comprenda en función de la persona afectada y estará disponible en las condiciones y formato que permita su plena accesibilidad a las personas con discapacidad de cualquier tipo.

La información personal que se emplee se registrará por lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre , de Protección de Datos de Carácter personal y 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. del paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación clínica.

2 Objetivos

- Establecer unas pautas de actuación para mejorar la recepción, acogida y atención de los usuarios en la unidades administrativas de los centros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Ante un usuario que llega con una demanda seria debemos:

- Escuchar de forma activa la petición del usuario con atención, tomando nota si fuera necesario y realizando preguntas sobre la demanda solicitada.
- Participar de forma empática, es decir anticipándose, comprendiendo e involucrándonos con el usuario.
- Establecer un ambiente de confianza, pues el tema a tratar puede ser delicado y confidencial.
- Utilizar todas las herramientas a nuestro alcance dentro de nuestra administración para poder darle respuesta correcta.
- La respuesta debe ser adecuada al grado de comprensión del usuario y bajo el marco de la protección de los datos, siendo nuestro lenguaje adaptable a la situación .
- Finalizar la comunicación sabiendo que el usuario ha comprendido el mensaje correctamente y se marcha satisfecho.
- Seguimiento estricto de la normativa y protocolos de actuación .
- Formación del personal administrativo en técnicas de trabajo en equipo.
- Compromiso del personal con la eficacia, la calidad y la confidencialidad.

Ofrecer el mejor nivel de atención posible al paciente y usuario de los servicios de salud y sus familiares es uno de los objetivos más importantes, comprender cada situación y poder facilitar una solución a sus problemas .

Para que la comunicación con el paciente sea efectiva debe de estar basada en la empatía y la asertividad, la empatía para entender y comprenderlo es el paciente el que ha de marcar la pauta y el tono de la conversación ya que cada

persona necesita su tiempo para asimilar y aceptar su situación, y la asertividad para poder encontrar la manera más adecuada de decir las cosas y resolver posibles dudas que puedan surgir. Se podía decir que el profesional con empatía e inteligencia emocional es aquel capaz de saber lo que siente el usuario, escucha e intenta calmar ante situaciones adversas, no hace juicios a su interlocutor, utiliza un lenguaje claro para que el paciente lo entienda, transmite respeto, interés y preocupación, muestra calma y simpatía, presta atención a la comunicación verbal y no verbal del interlocutor.

En muchos casos no se trata solamente de ser amable ya que hay ciertas situaciones en las que no se requiere la amabilidad, sino abordar abiertamente una realidad incómoda que no debe posponerse más en el tiempo. Debemos aprender a escuchar con empatía y hacer un esfuerzo para entender cómo se siente el paciente en cada momento, los profesionales del ámbito sanitario con nuestros actos al dar información podemos hacer mucho bien, pero también producir el efecto contrario si nos equivocamos. Una buena comunicación es parte fundamental del éxito.

Haciendo bien las cosas se puede obtener un doble resultado por un lado el del usuario que está satisfecho, tranquilo con garantías de respuesta, y por otra parte la del administrativo que se sentirá satisfecho con el trabajo realizado, con su productividad y eficacia y recibirá el agradecimiento del usuario.

5 Discusión-Conclusión

Con la actuación impecable del personal administrativo se mejora la percepción que tienen los usuarios de la atención en los centros sanitarios, incrementándose el compromiso y la motivación del personal.

Es esencial que los valores que inspiren a los profesionales de la sanidad pública contengan al menos esta serie de requisitos: Integridad, Humanidad, Trabajo en equipo, Búsqueda de la excelencia, Respeto, Responsabilidad, Generar confianza y tener Vocación de compromiso.

De esta forma se podrá incrementar el grado de satisfacción entre los usuarios, que obtiene la resolución de su demanda y por otra parte la satisfacción para el administrativo por el trabajo bien realizado.

6 Bibliografía

- Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial.

Capítulo 443

BARRERAS DE COMUNICACIÓN ENTRE EL CELADOR Y LOS USUARIOS

MARÍA SERRANO LLORENTE

1 Introducción

La imposibilidad de comunicarse conlleva dos problemas fundamentales: la imposibilidad de acceder a la información y aislamiento del resto de la sociedad.

En los procesos de comunicación intervienen factores fisiológicos y psicológicos del emisor y del receptor, y cualquier alteración de éstos puede causar problemas de comunicación. Además de estos factores también puede interferir en la comunicación problemas ambientales. En cualquier caso, es necesario intentar solventar estos problemas cuando sea posible para facilitar la comunicación entre el celador y los usuarios.

Existen diferentes barreras de la comunicación y se clasifican según el tipo en: físicas, fisiológicas y psicológicas.

El establecer una comunicación fluida entre el celador y el usuario permitirá que entre ambos se establezca una relación más fuerte, que se pueda fomentar una actitud positiva y una autonomía personal, que el usuario se encuentre más integrado en la sociedad y facilitará la creación de vínculos afectivos y un clima de confianza. para lograrlo es necesario que la comunicación sea:

1. Clara: los mensajes enviados deben ser directos y transmitidos de forma clara, amena y bien articulada.
2. Sencilla: deben utilizarse frases sencillas y con un lenguaje coloquial.
3. Atención: la información debe transmitirse de forma que resulte interesante para el receptor , evitando muletillas y palabras complicadas o sin sentido.
4. Empatía: es la habilidad para comprender a otras personas.

2 Objetivos

- Describir qué tipos de barreras de comunicación existen entre el celador y los usuarios del sistema de salud.
- Dar a conocer técnicas para superar las barreras de comunicación.

3 Metodología

Para la elaboración de este 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 en libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Debemos diferenciar los siguientes tipos de barreras para la comunicación entre el celador y los usuarios:

1. Barreras físicas: son factores medioambientales que rodean la interacción comunicativa y pueden suponer un problema para ésta. Pueden ser:
 - * Ruidos: hace que se produzcan distracciones y pueden causar pérdida de información.
 - * Iluminación: la falta de una iluminación adecuada puede afectar a la percepción de la comunicación no verbal como pueden ser gestos, miradas o movimientos.
 - * Características del lugar donde se produce la comunicación
2. Barreras fisiológicas: abarca cualquier incapacidad física presente en el emisor o en el receptor que impida la recepción y la emisión de los mensajes. Pueden ser dificultades auditivas, visuales o verbales.
3. Barreras psicológicas: incluye problemas emocionales o de déficit cognitivo que impiden la correcta transmisión de los mensajes. Existen las siguientes causas:
 - * Deformación de los mensajes: el mensaje es recibido de forma correcta pero el receptor interpreta de forma inadecuada la información.
 - * Olvidos: dificultad para retener la información recibida, suele darse en personas con trastornos cognitivos o de edad avanzada.
 - * Falta de atención: se produce cuando existen trastornos que implican déficit de atención.
 - * Ausencia de feedback durante la comunicación

Para evitar los problemas de comunicación podemos seguir las siguientes estrategias:

1. Escucha activa: consiste en prestar atención a lo que se dice en una comunicación (verbal y no verbal), situándose en el lugar del emisor del mensaje. Existen diferentes técnicas que facilitan la escucha activa:

- * Guardar silencio durante la intervención del emisor para escuchar bien el mensaje que transmite.
- * Estar atento a las expresiones faciales y movimientos del emisor para intentar captar las emociones que transmite.
- * Repetir el mensaje transmitido por el emisor para saber si el mensaje se ha recibido de forma adecuada.
- * Hacer un refuerzo positivo para animar al emisor a seguir transmitiendo su mensaje.
- * Realizar preguntas para hacer que el emisor se sienta valorado.
- * Asentir con la cabeza para mostrar interés.
- * Ser empático

5 Discusión-Conclusión

Las barreras de comunicación suponen un impedimento muy importante para que se establezca una relación fluida entre el celador y los pacientes. Por este motivo es importante averiguar, en cada caso, que tipo de barreras existen e intentar buscar una solución adecuada para cada situación.

Para que el paciente se sienta comprendido es importante mostrar siempre una actitud empática con él, teniendo interés por todo lo que diga, haciéndole preguntas e intentando transmitirle información de forma positiva, clara y concisa. Debemos procurar que las comunicaciones se realicen en un ambiente tranquilo, sin ruido y bien iluminado para evitar distracciones y hacer sentir al paciente comprendido.

6 Bibliografía

- <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro/la-fuerza-curativa-de-la-naturaleza-789/cmo-superar-las-barreras-comunicativas-entre-mdicos-y-pacientes-18180>
- <https://medicinainternaucv.files.wordpress.com/2013/02/barreras-en-la-comunicac3b3n-mc3a9dico-paciente.pdf>

Capítulo 444

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS

NAROA MARIA VILLANUEVA LOPEZ

1 Introducción

Las consultas externas son esenciales como una de las áreas dentro del hospital que tiene como objeto la realización de procedimientos, técnicas y pruebas complementarias. Se trata de una vía de acceso muy frecuentada por los distintos pacientes en la atención especializada. Es un lugar al cual son enviados los pacientes procedentes de la atención primaria.

Para agilizar las listas de espera, las agendas se organizan con el fin de priorizar las patologías más urgentes, para ello distinguiremos entre citas ordinarias y preferentes.

El centro será el encargado de validar las mismas. Las agendas estarán en un soporte informático, en el cual se mostrarán fecha, hora y paciente a atender y el personal sanitario que presta el servicio.

En ella también se recogerán las prestaciones, todas ellas programadas en el día a día, actualizando de forma periódica la demanda y la demora de los servicios asistenciales, en los que se encuentran: psiquiatría, psicología, podología, neurofisiología, neurología, hematología, anestesia, rehabilitación, traumatología, digestivo, cirugía general, alergología, reumatología, asistente social, logopedia, cardiología, oftalmología, oncología, urología, nefrología, unidad del dolor, neumología, geriatría, ginecología, pediatría, neonatología, nutrición, otorrinolaringología, endocrinología, medicina interna y dermatología.

A los cuales añadiremos otros servicios como extracciones, rehabilitación y radiología, de los cuales hablaremos más adelante en profundidad.

2 Objetivos

- Describir las distintas funciones del celador en las consultas externas.
- Dar a conocer el aspecto externo del celador en su trabajo.

3 Metodología

El presente capítulo ha sido creado a partir de una consulta basada en la búsqueda y revisión de información en google, en un congreso virtual SICEPA-USIPA 2021, Sanidad, un trabajo en equipo; y un temario de oposiciones para celador del SESPA, en las cuales se hace una búsqueda sistemática del tema que vamos a mostrarles a continuación.

4 Resultados

En el estatuto de personal no sanitario vienen recogidas las funciones de los celadores. Art.14.2. Este, se plasmó en una orden del ministerio de trabajo de 5 de Julio de 1971 y fue publicado en el BOE del 22 de Julio de 1971.

Las funciones de los celadores en consultas externas son esenciales como apoyo a otros colectivos como médicos y auxiliares sanitarios. Entre sus funciones generales están:

Control de acceso y vigilancia de las instalaciones entre otras, y además, unas labores específicas dentro de las consultas externas: Funciones organizativa, asistenciales y preparación de la consulta.

También existen otras funciones específicas que vamos a detallar a continuación...

Asistencial: Traslado de la historia clínica, instrumental para la exploración, el material necesario para las curas y ayudar al paciente si presentase algún tipo de dificultad para la preparación de la exploración. (Ejemplo: Subir y bajar de la camilla, etc.....)

Organizativa: Tendrá preparadas las distintas historias clínicas en el orden solicitado.

Preparación de la consulta: Deberá cerciorarse de que la consulta tanto en el comienzo como en la finalización de la misma tenga todo el instrumental y mobiliario que se necesita.

Entre las mas importantes actuaciones del celador en las consultas externas se encuentran: mantener el orden de las dependencias, controlando el comportamiento de enfermos así como de sus acompañantes para que exista un orden y silencio adecuado.

Otra de sus actuaciones será la de dar información sobre los servicios que se prestan. Para ello, deberá emplear un lenguaje adecuado y mostrar empatía, sobretudo, en situaciones en las que los pacientes o acompañantes se encuentren alterados o nerviosos, mostrando cercanía y familiaridad cuando nos den pie a ello, sin excederse.

La imagen que proyecta el celador en su trabajo es tan importante como su actitud. Por ello debe mostrarse debidamente uniformado: uñas cortadas y sin pintar, no utilizar joyas ni otro tipo de accesorios, ni llevar ningún objeto punzante en los bolsillos. El celador deberá presentar un aspecto aseado.

5 Discusión-Conclusión

Cabe destacar el papel del celador como personal no sanitario, pero guarda una estrecha y fundamental relación con los distintos equipos de atención sanitaria, entre los que se encuentran los médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, etc.. incluyendo a los propios pacientes y acompañantes de estos.

En resumen, su principal objetivo es velar por el bienestar del paciente, encontrarse al servicio de este y mostrar un correcto lenguaje y empatía con el mismo. Su aspecto físico es fundamental a la hora de realizar su trabajo, debe encontrarse debidamente uniformado y aseado. El trabajo del celador siempre estará supervisado por un estamento superior.

6 Bibliografía

1. El celador en las consultas externas (Internet) (Citado 15 Nov. 21)
Disponible en Libro oposiciones: Celador SESPA. Temario y test parte específica.
2. Funciones del celador en consultas externas (Internet) (Citado 15 Nov. 21)
Disponible en <http://congresosicepa.com>

3. Funciones del celador en consultas externas (Internet) (Citado 15 Nov. 21)

Disponible en <http://auxiliar-enfermería.com/funcionesdelcelador>.

4. Vestimenta del celador y conclusiones del capítulo (Internet) (Citado 15 Nov. 21)

Disponible en <http://revistamedica.com>

Capítulo 445

PREVENCION DEL ESTRÉS LABORAL

RUBÉN GARCIA PEREZ

1 Introducción

El estrés laboral es una consecuencia de distintas situaciones que se producen en el trabajo y de varios factores que afectan a nuestra salud física y mental.

El estrés se define como la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta ajustarse a presiones internas y externas. El estrés laboral supone un desajuste entre la persona, el puesto y la organización. Es uno de los mayores riesgos psicosociales de nuestra sociedad que puede afectar no sólo causando enfermedad y deterioro de la calidad de vida de quien la sufre sino también disminuyendo su productividad y contribuyendo a la aparición de otros problemas de salud laboral (ej : contracturas musculares) y que incluso pueden llegar a poner en peligro la seguridad en su lugar de trabajo.

Hablamos de estrés laboral cuando se produce una discrepancia entre la demanda de trabajo y los recursos del trabajador para hacerlas.

La ley 31/1995 de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales “tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo”.

Medir el nivel de estrés es difícil de estimar, pero para ello se han postulado distintos modelos teóricos para ser objetivos: Modelo de Demanda-control (Karasek, 1979), Modelo de ajuste Persona-entorno (Harrison, 1987) o Modelos holísticos de Nelson y Simmons (2003).

2 Objetivos

Conocer cuál es la causa y el porqué de los problemas relacionados con el estrés en el trabajo para saber cómo prevenirlos y cómo ayudar a superarlos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los factores que influyen en la aparición del estrés laboral y cómo prevenirlos, o ayudar a que no aparezcan, en diferentes bases de datos: medline plus, Ibecs, y artículos científicos, usando palabras clave: estrés, relaciones laborales, prevención de riesgos laborales

4 Resultados

La presión en el ambiente laboral es inevitable; la carga de trabajo, cumplir expectativas, la búsqueda de reconocimiento... forman parte del día a día. Sin embargo, las tareas rutinarias y la sobrecarga de trabajo generan un sentimiento de tensión. Los principales estresores laborales, y aunque existen muchas formas de clasificación, podíamos considerar como más relevantes, el ambiente físico, demandas del propio trabajo, estructura de la organización, relaciones interpersonales, inseguridad laboral, organización del trabajo, conflicto de roles y factores externos al trabajo (Peiro 1999).

Los riesgos directos del estrés laboral para la salud han sido relacionados con cardiopatías, aumento de la tensión arterial, trastornos digestivos, dolor de cabeza, trastornos musculoesqueléticos como lumbalgias. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre el 21 y 32 por ciento de casos de hipertensión están relacionadas con altas exigencias laborales.

Los riesgos asociados con el estrés laboral se presentan indistintamente entre hombres y mujeres, ellas en mayor frecuencia debido a la suma de otros factores asociados a la inequidad de género.

Se encuentra un elevado nivel de estrés en el personal sanitario de hospitales y este nivel es mayor cuando el trabajo se desempeña en áreas como urgencias, oncología, anestesia y cuidados intensivos.

En España el estrés laboral es el segundo problema de salud relacionada con el trabajo. Esto se traduce en que actualmente en nuestro país el 30% de las bajas laborales tienen como causa el estrés y la ansiedad.

Las actividades encaminadas a la prevención del estrés laboral incluyen intervenciones en la organización y el individuo, se deben adoptar medidas organizativas

y colectivas antes que las individuales

Entre las principales a nivel organizativo están:

- La organización de la jornada laboral: tiempos de trabajo, turnos, descansos y pausas
- Diseño adecuado de puestos de trabajo
- Definición clara de las competencias de los trabajadores
- Rediseño de los sistemas de trabajo
- Estilo de dirección y liderazgo que permitan la participación de los trabajadores

5 Discusión-Conclusión

No todos los puestos de trabajo sufren el mismo nivel de estrés laboral, en puestos con mayor carga de trabajo, responsabilidad, fatiga o situaciones de emergencia esos niveles de estrés se incrementan de forma considerable.

Hay que tener en cuenta que trabajar en esas situaciones termina por provocar algún tipo de alteración física o psicológica en el trabajador en la mayoría de los casos. Por eso las empresas deben intentar tomar todas las medidas preventivas eficaces y necesarias para reducir el nivel de estrés laboral en sus trabajadores, sobre todo a nivel de organización de la empresa y las labores que realiza cada persona.

También es importante en la prevención del estrés laboral el apoyo social y las características individuales de cada persona. Así, tener buenas relaciones personales y profesionales, mantener relaciones de pareja o amistad, etc. puede contribuir a disminuir la aparición de diferentes patologías o síntomas derivados del estrés.

6 Bibliografía

1. Aguado Martín JI, Bátiz Cano A, Quintana Pérez S. El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual. Medicina y Seguridad del Trabajo. junio de 2013;59(231):259-75.
2. El estrés laboral y su prevención | [Internet]. [citado 13 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://madridsalud.es/el-estres-laboral-y-su-prevencion/>
3. Estrés en el lugar de trabajo [Internet]. [citado 13 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/stress/estres-lugar>
4. Estrés Laboral [Internet]. [citado 13 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/estres-laboral>
5. Megías-Lizancos F, Castro-Molina FJ. MANEJO DEL ESTRÉS EN PROFESIONALES SANITARIOS. :232.

6. Megías-Lizancos y Castro-Molina - MANEJO DEL ESTRÉS EN PROFESIONALES SANITARIOS.pdf [Internet]. [citado 13 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2020/04/F.-Meg%C3%ADas-FJ-Castro-Manejo-del-estr%C3%A9s-en-profesionales-sanitarios.pdf>

Capítulo 446

RIESGOS LABORALES – COMO AFECTA LA TURNICIDAD EN LA SALUD DEL TRABAJADOR SANITARIO Y NO SANITARIO

MONICA LÓPEZ PATO

1 Introducción

Se define “la turnicidad» en el trabajo o «trabajo a turnos» como las tareas que se ejecutan colectivamente por distintos grupos de trabajadores sucesivos, cumpliendo cada uno de ellos una jornada laboral. La jornada se puede pactar por turnos de manera que las actividades de la empresa puedan ser desarrolladas durante las 24 horas del día y los 7 días de la semana.

El sector sanitario es uno de los grupos de trabajo que por las características especiales del trabajo en sí (quirófanos, hospitalización...), la prioridad en la atención en tiempo y forma al usuario o paciente requiere la implantación de turnos (tarde, mañana y noche). Lo que a la larga puede llevar al trabajador sanitario y no sanitario a sufrir desajustes en la salud, provocados por los cambios que se producen en los ritmos biológicos de su organismo y en la vida familiar y social, ya que el trabajo a turnos obliga al organismo a mantenerse activo en momentos que necesita descanso y a descansar en momentos en que la familia o la mayoría de las personas están activas.

Los efectos negativos de la turnicidad pueden ser entre otros:

- Trastornos alimentarios y digestivos, por falta de hábitos alimentarios en la cantidad, calidad y ritmo de las comidas.

- Alteraciones del sueño, derivado de la no adaptación de los cambios horarios.
- Cambios de la vida social: empobrecimiento de las relaciones sociales y familiares. Disminuye la posibilidad de conciliación familiar.
- Incidencia en la actividad profesional: mayor incidencia de accidentes, mayor gravedad de los mismos, insatisfacción laboral, absentismo, etc.

2 Objetivos

Mantener una rutina diaria de sueño que evite las posibles consecuencias provocadas por las variaciones en los ritmos biológicos y buenos hábitos alimentarios

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han consultado artículos en buscadores y navegadores web, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Es por ello que las siguientes medidas entre otras favorecen a la salud de los trabajadores y a su satisfacción a nivel personal y laboral. Especialmente si la jornada es nocturna ayudando a evitar los posibles problemas físicos y psicológicos que puedan surgir y ayuda a que el trabajo nocturno nos afecte lo menos posible:

- Aumentar las pautas y el descanso
- Dormir y descansar por la mañana después de la jornada nocturna. Bajar persianas para crear un ambiente oscuro y dormir al menos 6 horas
- Continuar con las rutinas habituales practicadas antes de acostarse y a las que el cuerpo está habituado favorecen la hora de dormir
- Practicar deporte que ayuda a mantener la mente despejada y cansar el cuerpo lo que favorece el descanso y realizar actividades de relajación que ayuden a desconectar del trabajo
- Llevar una dieta equilibrada, intentando comer siempre en el mismo horario
- Comer aunque no se tenga apetito, especialmente antes y después de haber trabajado en horario nocturno
- Evitar comer a deshoras y procurar tener la comida preparada con antelación para no comer comidas inadecuadas “fast food” (comidas rápidas), bocadillos...;

comidas que debemos evitar principalmente

- Durante la jornada laboral el beber agua regularmente ayuda a mantener una correcta hidratación y tomar alimentos ligeros evita digestiones pesadas
- Evitar el consumo de bebidas excitantes y estimulantes
- Instaurar pausas para la ingestión de comida caliente
- Establecer límites de edad y duración en el tiempo del trabajo a turnos
- Flexibilizar los turnos y cambios con otros compañeros en la medida que sea posible
- Conocer con la máxima antelación el calendario de turnos para poder organizar el tiempo en familia y la agenda social

5 Discusión-Conclusión

El turno de noche es el que más afecta a los trabajadores debido a la alteración del reloj biológico, alteración de los hábitos alimentarios (normalmente se necesitan tres comidas diarias, algunas de ellas calientes). Según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), con un trabajo nocturno es más fácil que aparezcan alteraciones digestivas porque se suele comer más rápido y en un tiempo más corto e inhabitual. Además, en el turno de noche suele aumentar el consumo de café y otros alimentos excitantes.

La Implantación de los turnos “ecológicos” minimizan los cambios fisiológicos que influyen en nuestros ritmos circadianos (ritmo de 24 horas). Varios estudios afirman que el reloj biológico se altera menos cuando se trabaja períodos cortos en el mismo turno lo que a su vez permite una mejor conciliación familiar y social del trabajador

6 Bibliografía

1-<https://emesaprevencion.com/turnicidad-efectos-y-prevencion/>

2- <https://www.misabogados.com/blog/es/jornada-de-trabajo-por-turnos>

Capítulo 447

RIESGOS ASOCIADOS AL USO DE LAS PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS

M^a TERESA ARIAS RODRÍGUEZ

1 Introducción

El desarrollo de la tecnología ha provocado la generalización en el uso de dispositivos electrónicos tanto en el ámbito laboral como en el privado. Este avance tiene innegables ventajas como un rápido acceso a múltiple información y al tratamiento de la misma, mayor eficacia en el trabajo, en la organización de las tareas, en la productividad, en el almacenamiento de datos, en el aprovechamiento de los recursos... Por contrapartida, implica una serie de riesgos (que hay que tratar de prevenir) para las personas que trabajan de forma habitual y durante la mayor parte de la jornada laboral con pantallas de visualización de datos (PVD).

Entre los riesgos provocados por el uso de las PVD se encuentran la fatiga ocular, los trastornos musculoesqueléticos y la fatiga mental.

A nivel legal, el Real Decreto 488/97 “establece las disposiciones mínimas de seguridad y de salud para la utilización por los trabajadores de equipos que incluyan pantallas de visualización”. En dicho decreto se recoge que los empresarios tienen la obligación de evaluar dichos riesgos y adoptar las medidas necesarias para evitarlos o reducirlos al mínimo. Asimismo, deben garantizar la información y formación adecuada a los trabajadores para el uso correcto de las pantallas. En algunos convenios colectivos también se recoge este tema.

2 Objetivos

- Determinar los factores y las condiciones del trabajo que provocan la aparición de los riesgos asociados a la utilización de pantallas de visualización de datos en el trabajo.
- Conocer las medidas preventivas para evitar dichos riesgos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, 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 posibilidad de sufrir alguno de los trastornos mencionados está relacionada con el tiempo que se utilizan las pantallas, el nivel de atención que precisa la tarea que se realiza y la posibilidad de efectuar pausas para descansar. La ley considera que un trabajador es usuario de PVD cuando durante su jornada laboral trabaja más de 4 horas con dichas pantallas.

Síndrome de fatiga visual: Afecta a 8 de cada 10 usuarios de PVD. Los síntomas de cansancio visual son muy variados: picor, visión borrosa, visión doble, sensación de quemazón, lagrimeo, sensibilidad a la luz, pesadez ocular, ojos rojos, ojos cansados, sequedad, dolor de cabeza, cuello, espalda, hombros...

Medidas para prevenir la fatiga visual:

- Iluminación adecuada y ausencia de reflejos en la pantalla.
- Postura correcta: espalda recta tocando el respaldo, piernas dobladas en ángulo recto y los pies tocando el suelo.
- Establecer pausas de descanso: Cada 20 minutos se deben descansar 20 segundos.
- Mejorar la calidad del aire.
- Parpadear frecuentemente.
- Utilización de lágrimas artificiales para mantener hidratado el ojo.

Trastornos musculoesqueléticos: La aparición de trastornos musculoesqueléticos suele estar relacionada con:

. La adopción de posturas inadecuadas: El hecho de adoptar posturas inadecuadas puede propiciar la aparición de molestias en la espalda, cuello y nuca y dar lugar a dolencias como torticollis, lumbalgia y tendinitis, entre otras. Las malas posturas se deben a la forma de sentarse, la posición de la cabeza- cuello y de los brazos- muñecas.

. Posturas estáticas prolongadas; Ocasiona contracturas, dolor lumbar, entumecimiento de las piernas...

. Movimientos repetitivos: El uso continuado del ratón y el teclado, puede provocar lesiones musculares y en las articulaciones, como artritis, síndrome del túnel carpiano ...

Medidas preventivas: Prestar especial atención al mantenimiento de una postura correcta, evitar mantener durante mucho tiempo la misma postura y organizar correctamente el trabajo para poder efectuar pausas y descansos.

Fatiga mental: Causada por un esfuerzo mental excesivo. Puede manifestarse con: cefaleas, cansancio, temblores, mareos, nerviosismo, ansiedad, dificultad para concentrarse, insomnio...

Medidas preventivas: Programas informáticos de fácil manejo, adecuar el trabajo a las capacidades de la persona, evitar tareas monótonas y repetitivas...

5 Discusión-Conclusión

La aparición de riesgos asociados al uso de pantallas de visualización de datos se debe a factores diversos y es necesario conocerlos y adoptar una serie de medidas dirigidas a evitarlos.

1. Medidas que garanticen un correcto diseño del puesto de trabajo, tanto del equipo de trabajo como del entorno. Relacionado con el equipo: pantallas, teclados, mesa, asiento... Relacionados con el entorno; iluminación, reflejos, ruido...

2. Medidas relacionadas con una correcta organización del trabajo: Realizar pausas periódicas y alternancia de tareas. La Guía técnica del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo recomienda pausas de 10-15 minutos cada 90 minutos de trabajo con PVD.

3. Relacionadas con la formación de los trabajadores: Información sobre los distintos riesgos y la forma de prevenirlos.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.
2. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de equipos con Pantallas de Visualización. INSHT.

Capítulo 448

LA HISTORIA CLÍNICA

M^a TERESA ARIAS RODRÍGUEZ

1 Introducción

La historia clínica está formada por el conjunto de documentos que se van generando en cada proceso de atención al paciente. Se actualiza e incorpora información cada vez que el paciente acude al Centro de Salud o al hospital, para una consulta, prueba médica o seguimiento. Es un instrumento de consulta fundamental en el proceso asistencial, ya que recoge todos los datos que facilitan el conocimiento actualizado del estado de salud del paciente. Además, es un importante instrumento de comunicación, no solo entre los distintos miembros del equipo asistencial, también para los de otros equipos que puedan prestar asistencia al paciente en otro lugar o momento, ya sea por la misma patología o por otra distinta.

Funciones:

Asistencial: Es la función principal de la historia clínica. Recoge toda la actividad asistencial que genera el paciente y permite que esa información sea utilizada para prestarle una mejor asistencia al mismo.

Docencia e investigación: Cada historia contiene las pautas de tratamiento para distintos casos clínicos. Además, permite realizar investigaciones de pacientes que han padecido la misma patología o que han recibido el mismo tratamiento.

Control de la calidad asistencial. Recoge la atención médico sanitaria que recibe el paciente. Por tanto, su estudio permite evaluar el nivel de la calidad asistencial.

Jurídico-legal. Puede ser usada como medio de prueba en los procesos judiciales, por ejemplo, ante una eventual exigencia de responsabilidad al Servicio de Salud.

2 Objetivos

-Definir la historia clínica y destacar su importancia en el proceso asistencial al paciente, exponiendo sus funciones, sus características, contenido, ...

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo un estudio consistente en la revisión bibliográfica de la literatura científica existente hasta la fecha, haciendo una búsqueda sistemática de artículos de interés sobre el tema a tratar y de la legislación existente sobre el tema.

4 Resultados

La historia clínica es única, acumulativa e integrada. Esto significa que cada paciente tendrá una HC en cada centro, en la que se integrarán todos los documentos que se vayan generando cada vez que se le preste asistencia sanitaria. El paciente tendrá una historia en Atención Primaria y otra en Atención Especializada. Es función del archivo de historias clínicas la custodia y el mantenimiento en buen estado de conservación de las mismas. Además, será el archivo el que proporcione las historias cuando se las soliciten para la asistencia, docencia, investigación y fines legales.

La información recogida en la historia clínica es privada y, por tanto, confidencial. Los datos relacionados con la salud están protegidos por la Ley de Protección de Datos (LOPD) y por el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD). Solo puede acceder al historial médico de un paciente el personal que le está tratando. Hay algunas excepciones que permiten el acceso a la historia clínica. Por ejemplo, en el curso de una investigación, mediante orden judicial o por razones epidemiológicas para prevenir riesgos para la salud pública.

Solicitar una copia de la historia clínica es un derecho de los pacientes. Puede solicitarla el propio paciente, su representante legal (debidamente acreditado) o persona autorizada. En el caso de pacientes fallecidos ha de demostrarse que es una persona vinculada al paciente y aportar el certificado de defunción, salvo que haya fallecido en el hospital donde se solicita. La solicitud ha de realizarse por escrito en la dirección del centro sanitario donde está depositada.

La asistencia que se le presta a los pacientes en un hospital puede ser en régimen de Hospitalización, de Urgencias o de Consultas Externas. En función del tipo

de asistencia que se preste en la historia clínica quedarán recogidos unos u otros documentos.

Urgencias: En la historia clínica queda la hoja de Asistencia de Urgencias en la que consta la Identificación del paciente y la información sobre la asistencia prestada: Motivo de consulta, hallazgos de la exploración, pruebas realizadas, tratamiento, evolución, diagnóstico, recomendaciones al alta, fecha, hora del alta y destino del paciente, firma del facultativo.

Hospitalización: Hoja estadística clínica (Conjunto Mínimo de Datos Básicos al ingreso del paciente). Informe clínico de alta. Hoja de Urgencias (si el ingreso se produce a través de este Servicio). Anamnesis y exploración física. Hoja de evolución clínica. Órdenes médicas. Hoja de interconsulta. Resultados e informaciones de exploraciones complementarias. Protocolo de intervención quirúrgica. Protocolo de anestesia. Gráficas de constantes. Registros de enfermería. Consentimientos informados.

Consultas Externas: La historia clínica recoge una documentación por cada especialidad a la que acude el paciente. Contenido mínimo: Identificación del paciente, de la especialidad, anamnesis, exploración física, evolución, informes, resultados de pruebas complementarias.

5 Discusión-Conclusión

La historia clínica se origina en el primer contacto del paciente con el Servicio de Salud y se van incorporando los documentos que se crean en los contactos sucesivos. Es una fuente insustituible de información y un documento imprescindible para garantizar la prestación de una asistencia sanitaria adecuada, ya que proporciona una visión general del estado de salud del paciente y de su evolución a lo largo del tiempo. Proporciona información a los profesionales sanitarios para un diagnóstico y tratamiento correcto basado en los datos del paciente, en sus antecedentes y en su situación actual.

Las exigencias legales en materia de seguridad y privacidad y la utilización intensiva de la historia clínica han favorecido la utilización de medios digitales para su acceso, consulta y almacenamiento. Como consecuencia de ello, se está produciendo la digitalización de las historias clínicas y la historia en papel tiende a desaparecer.

6 Bibliografía

1. Ley 14 /1986 General de Sanidad.

2. Ley Orgánica 15 / 1999, de protección de datos de carácter personal.
3. Real Decreto 1720 / 2007 que desarrolla la Ley Orgánica 15 / 1999 de protección de datos de carácter personal.
4. 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.

Capítulo 449

SALUD MENTAL Y SALUD PÚBLICA.

ELSA BALLESTEROS REDONDO

1 Introducción

Para la OMS la salud engloba todos los aspectos físicos, mentales y sociales, definiendo la salud como «Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.»

Se considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales, ya que puede estar determinada por múltiples factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales.

El Plan de acción de la OMS tiene el objetivo general de promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de personas con trastornos mentales.

La salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países.

Los avances en neurociencia y medicina conductual han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Para todos los individuos, la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes.

La salud mental es el bienestar general de la manera en que piensas, regulas tus sentimientos y te comportas. A veces, las personas experimentan una importante perturbación en este funcionamiento mental.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Reforzar el liderazgo y la gobernanza eficaces en lo concerniente a salud mental.

Objetivos secundarios:

- Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de salud mental y asistencia social completos, integrados y adecuados a las necesidades´
- Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental.
- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado diferentes bases de datos tales como: Google Académico, MedLine, PubMed, Embase, así como diversas páginas web relacionadas con la salud mental.

4 Resultados

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales, aunque también tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales.

La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables.

A veces, las personas experimentan una importante perturbación en este funcionamiento mental. Puede haber un trastorno mental cuando los patrones o cambios en el pensamiento, los sentimientos o el comportamiento causan angustia o alteran la capacidad de funcionamiento de una persona. Un trastorno de salud mental puede afectar tu capacidad para lo siguiente:

- Mantener relaciones personales y familiares.
- Funcionar en entornos sociales.
- Desempeñar su labor tanto en el trabajo como en el colegio.
- Aprender a un nivel acorde a tu edad o inteligencia.
- Participar en otras actividades importantes.

Las normas culturales y las expectativas sociales también desempeñan un papel en la definición de los trastornos de salud mental. No existe una medida estándar en todas las culturas para determinar si un comportamiento es normal ni cuándo se vuelve perturbador. Lo que puede ser normal en una sociedad puede ser motivo de preocupación en otra.

5 Discusión-Conclusión

La salud mental es parte integral de la salud; tanto es así que no hay salud sin salud mental.

La salud pública, siempre preocupada con la amenaza constante de las enfermedades transmisibles y sus eficaces herramientas de control, no ha sido capaz de prever estratégicamente la necesidad de abordar la enfermedad mental dentro del grupo de las enfermedades y factores de riesgo.

Tampoco ha sido consciente de la necesidad de abordar la salud o su ausencia como un todo, donde la enfermedad mental es una patología más y el sujeto que

la padece un ser tan susceptible o más a otras patologías somáticas o derivadas de su estilo de vida.

6 Bibliografía

1— <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludMental/home.htm>

2— OMS.

3— Apuntes académicos.

4— <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/mental-health/art-20044098>.

Capítulo 450

LA FORMACIÓN CONTINUA DEL ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

ALMUDENA GONZALEZ ALONSO

1 Introducción

El Ministerio de Sanidad define la Formación continuada de la siguiente forma:

“Es un proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales de la sanidad (...) q que está destinado a actualizar y mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario”

Además establece los objetivos de la Formación Continuada:

1. Garantizar la actualización de los conocimientos de los profesionales y la permanente mejora de su cualificación, así como incentivarles en su trabajo diario e incrementar su motivación profesional.
2. Potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios en relación con el beneficio individual, social y colectivo que de tal uso pueda derivarse.
3. Generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario.

4. Mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social, como agentes individuales en un sistema general de atención de salud y de las exigencias éticas que ello comporta.

5. Posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios.

En el caso de los profesionales administrativos de la salud, y teniendo en cuenta que su formación básica de partida puede ser diversa, su formación a lo largo del tiempo ha de garantizar el desarrollo de la actividad administrativa en sí misma, pero también ha de aportar todos los elementos necesarios para mejorar las actitudes, imprescindibles para la atención a las personas que atienden.

Cuando el personal administrativo llega a su destino por primera vez, se encuentra con una nueva situación que, en ocasiones, le produce estrés, debido a que no sabe cómo actuar: no está familiarizado con los programas informáticos que se utilizan en ese centro de salud o difieren de los que se utilizan en los destinos que trabajó con anterioridad, también es diferente la metodología de trabajo o la manera de relacionarse con los nuevos compañeros y con los usuarios.

El auxiliar administrativo, en cuanto miembro de un equipo de profesionales que trabajan en un centro de salud debe preocuparse por mejorar para tratar de mejorar su servicio a la comunidad. Siempre y cuando se disponga de tiempo y la administración sanitaria los facilite, deben realizarse actividades de formación e/o investigación que serán la base de cualquier progreso.

Por tanto se deben favorecer tanto la formación previa cuanto más como la formación continuada que le proporcione una mayor seguridad para ser capaz de desarrollar un servicio efectivo.

2 Objetivos

- Señalar los elementos que el administrativo de la salud y el equipo de administrativos han de considerar en referencia a la formación.
- Valorar la importancia de formación de los auxiliares administrativos de los centros de salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, en distintas bibliotecas, archivos digitales, en bases de datos y revistas médicas, tomando como referencia aquellos artículos científicos de publicaciones académicas sobre los cambios organizativos a realizar para una gestión compartida de la demanda, tanto asistencial como burocrática, que permita distribuir el trabajo entre todos los profesionales de la Atención Primaria.

4 Resultados

La formación del administrativo de la salud ha de entenderse como un proceso en el tiempo que tiene como resultado el desarrollo de unas aptitudes, habilidades y actitudes mantenidas, de manera que esa formación le lleve a la excelencia profesional.

Es necesario e imprescindible que la administración sanitaria correspondiente elabore un plan de formación, que responda a las necesidades y los objetivos profesionales y personales, pero también, y muy especialmente, deberá atender a las necesidades y los objetivos de la propia organización sanitaria, teniendo en cuenta el objetivo final de todos ellos que no es otro que el de asegurar la atención al ciudadano.

El plan de formación se ha de elaborar a nivel de la organización, con visión a medio y largo plazo, y tendrá que estar adaptado a cada centro e incluso al propio equipo de administrativos. El plan de formación de los administrativos de la salud ha de contemplar aquellas materias que mejoren la actividad administrativa en sí misma, pero también ha de contemplar, dado que es personal de contacto con el paciente, materias tales como:

- Conocimientos sobre el entorno de los servicios de salud y su organización, así como sobre las Cartas de Derechos y Deberes y las normativas internacionales, de la UE, del Estado Español y de su Comunidad Autónoma.
- Legislación básica y la actualización permanente de la misma.
- Conocimientos sobre ética y formación en valores.
- Aspectos básicos sobre información y comunicación.
- Gestión de conflictos.

- Calidad y gestión de procesos.
- Estrategias en Atención al Usuario, como son: la accesibilidad, la confidencialidad, la atención a las personas, la seguridad del paciente o el con ficto y su gestión.
- Formación en el entorno de las nuevas tecnologías.
- Investigación.
- Conocimiento de algún idioma extranjero.

Un aspecto muy importante es cómo se recibe en cada unidad de gestión sanitaria a los trabajadores de nueva incorporación. Sería interesante que los primeros días, el/la recién llegado/a recibiera el asesoramiento de otro compañero o de la persona responsable de la organización para familiarizarle con el trabajo a desarrollar, lo que siempre es rentable tanto para el profesional como para la organización.

Si estamos ante un equipo administrativo estable en un Centro de Salud, debería definir y preparar su programa de formación para el año. Para ello tendrá en cuenta los objetivos de la organización, del centro y del equipo, así como el entorno en el que trabaja (tipo de centro, entorno social, usuarios, etc.) Revisará la formación de cada uno de sus miembros. Definirá las necesidades reales del grupo teniendo en cuenta su realidad para finalizar definiendo la formación necesaria, su coste y su impacto en los propios profesionales, en el centro y en los ciudadanos.

¿Quién debe impartir la formación? En el ámbito de la docencia es importante que esta sea impartida de forma habitual, no solo por expertos de diferentes ámbitos, sino también por los profesionales administrativos, expertos a su vez en la materia.

Siempre que se produzca cualquier actividad formativa es necesario realizar una valoración para tener en cuenta su impacto y su coste y buscar la eficiencia, valorando cuál ha sido su impacto en el profesional y en la organización, sin descuidar el impacto final en el ciudadano.

Es muy importante que todos los profesionales sanitarios sigan formándose. La Unión Europea, mediante su proyecto llamado “Europa 2020” enfatiza que el aprendizaje permanente y el desarrollo de competencias profesionales es una de

las respuestas principales a la inquietante desestabilidad social y económica de nuestra sociedad actual, el envejecimiento de la población y los retos del mercado laboral.

En un sistema tan congestionado como el español, donde el sector sanitario es uno de los grandes motores económicos de España, que actualmente representa en torno al 9,2% del PIB nacional (un 6,5% de origen público y un 2,7% de origen privado), y con una demanda en crecimiento, la formación continua es clave para obtener mejoras en la calidad asistencial de las instituciones, garantizar la excelencia en todos los aspectos del ámbito sanitario y activar el motor de crecimiento del país.

El sector actualmente cuenta con más de 1,4 millones de trabajadores (según datos del año 2017), tiene un elevado gasto sanitario solo en los pacientes crónicos, y si a todo esto sumamos el turismo sanitario, que puede ingresar a España más de 1.000 millones de euros al año, hablamos de la marca España en términos sanitarios. Por esto, resulta fundamental entender la importancia de seguir formándose en el sector de la sanidad, aunque solo son términos económicos, saber cuidar adecuadamente de los ciudadanos en su condición de pacientes, cuidar de su salud, ofrecer un servicio excelente en un ecosistema que se ha desarrollado de manera exponencial, ha permitido a España encabezar la lista de los países con uno de los mejores sistemas de salud del mundo.

Además, la revolución digital está marcando pasos importantes en el sector de la sanidad. Algunas de las tendencias hablan del crecimiento de los servicios digitales sanitarios, el uso de la realidad virtual para el tratamiento de fobias y ansiedad, la implantación de una herramienta artificial que sea capaz de realizar una primera valoración del paciente y la importancia de la ciberseguridad en cuanto a la transferencia de datos de los pacientes.

La formación continua en el sector sanitario tiene múltiples ventajas profesionales del sector:

- Crecimiento personal y mejora de las condiciones profesionales dentro del sector sanidad
- Avances profesionales en un sector con mucha demanda
- Dominar las últimas tendencias en Salud Digital y las herramientas que están transformando la gestión de la salud en todos sus ámbitos

- Mejorar la calidad de los servicios prestados a los pacientes
- Controlar y maximizar los recursos disponibles a los profesionales sanitarios.
- A mejor formación, mayor competitividad. Las cifras muy positivas del sector sanitario apuntan hacia crecientes posibilidades laborales dentro sector, convirtiéndolo en uno de los más atractivos del mercado laboral.

Por todo lo expuesto no es de extrañar que en el Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 (Proyecto AP-21) se señalen las líneas de actuación en su Estrategia 28: Favorecer la formación continuada y la actividad docente en los equipos de Atención Primaria.

5 Discusión-Conclusión

- La formación del administrativo de la salud ha de entenderse como un proceso en el tiempo que tiene como resultado el desarrollo de unas aptitudes, habilidades y actitudes mantenidas, de manera que esa formación le lleve a la excelencia profesional.
- Es necesario e imprescindible que la administración sanitaria correspondiente elabore y favorezca planes de formación, que respondan a las necesidades y los objetivos profesionales y personales, pero también, y muy especialmente, deberá atender a las necesidades y los objetivos de la propia organización sanitaria, teniendo en cuenta el objetivo final de todos ellos que no es otro que el de asegurar la atención al ciudadano.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es la formación continuada? 1. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/queEs.htm>
2. Política de la Unión Europea en materia de aprendizaje de adultos EU policy in the field of adult learning | Educación y formación (europa.eu) a.
3. je Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 (Proyecto AP-21) https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf.
4. El administrativo de la salud: conceptos básicos para alcanzar la excelencia profesional <https://www.seaus.net/libros-seaus/libro-seaus-el-administrativo->

de-la-salud.

Capítulo 451

ASERTIVIDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO

SERGIO RODRÍGUEZ EIRAS

1 Introducción

Las relaciones en el ámbito laboral con otros compañeros y/o superiores pueden resultar dificultosas. Ciertas personas pueden expresarse de forma inadecuada o demasiado vehemente, lo cual puede generar malestar en otros compañeros y generar un ambiente de trabajo poco agradable. Por el contrario, determinadas personas pueden tener dificultad para expresar sus ideas, por lo que pueden llegar a aparentar ser poco válidos en su trabajo.

La plantilla de un centro sanitario está compuesta por trabajadores con funciones, nivel de estudios y personalidades muy distintas que interactúan entre sí, por lo que quizá en ciertas ocasiones sea complicado entender la posición del otro.

La asertividad es una habilidad comunicativa básica que se caracteriza por la capacidad que tiene una persona para expresar sus opiniones, pensamientos, sentimientos y emociones de forma firme, siempre respetando la de los demás aunque sea totalmente diferente de la nuestra.

Las personas asertivas conocen sus propios derechos y los defienden, pero siempre conscientes de las necesidades y las opiniones de los demás. Además, las personas asertivas logran mantener una conversación relajadamente de manera fluida y segura a la vez que no les importa hablar abiertamente sobre sus pensamientos, lo que aporta un beneficio a la empresa y a toda la plantilla que la forma.

2 Objetivos

Analizar la asertividad en el puesto de trabajo.

3 Metodología

Se han consultado distintas Notas Técnicas de Prevención en materia de asertividad y comunicación elaboradas por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Por otra parte, se ha consultado bibliografía de psicólogos especializados en comunicación y relaciones sociales.

4 Resultados

Es muy importante ser una persona empática para alcanzar una conducta asertiva, ya que hay que saber controlar la gestión emocional y el autoconocimiento. La asertividad nos permite tener una mayor sensación de control sobre nosotros mismos, propiciando que nuestra autoestima mejore.

Dominar esta habilidad de autocontrol nos permite poner límites a nuestros comportamientos y mejorar las relaciones interpersonales, sabiendo definir hasta dónde podemos llegar y qué líneas no cruzar. No solamente es indispensable saber cuáles son los límites de uno mismo, sino también los derechos que se tienen. Por ejemplo, a ser tratado con respeto y dignidad, y a tomar las propias decisiones o cuando descansar.

Debe existir una comunicación eficaz y afectiva, ya que ayuda a que exista un ambiente laboral positivo y organizado, logrando una satisfacción vital entre los individuos que lo forman. Las personas asertivas reconocen su valía, pero respetando las distintas necesidades y opiniones de sus compañeros de trabajo. Respetarse a uno mismo es imprescindible para poder respetar a los demás.

Debemos dejar que la otra persona se exprese y no interrumpirle con nuestras opiniones, ni pensar en la respuesta antes de que se haya expresado en su totalidad. Escuchar implica también atender el lenguaje no verbal y la comunicación emocional. Al argumentar es necesario dar motivos objetivos y no despreciar al interlocutor, ni ser agresivo, sin imponer nuestro criterio a los demás compañeros. Las personas asertivas son buenas a la hora de relacionarse con los demás.

Ser emocionalmente inteligentes, nos permite adecuar el tono y mensaje a las circunstancias.

En definitiva, se ha de crear un clima comunicativo basado en el respeto, en el que se pueda hablar abiertamente sobre las opiniones de cada uno independientemente de las diferencias.

5 Discusión-Conclusión

La asertividad es la clave para resolver conflictos y poder prevenirlos. Dominar la asertividad en el puesto de trabajo permite que el trabajo evolucione de forma favorable, ya que los empleados disfrutarán de un ambiente de trabajo agradable donde estarán motivados para colaborar de manera positiva. Las empresas deberían plantearse impartir formación a sus empleados en materia de asertividad, comunicación e inteligencia emocional, ya que no todas las personas dominan este tipo de habilidades. Para ello, sería conveniente la contratación de psicólogos o equipos especializados en este tipo de técnicas con el fin de lograr un mejor ambiente laboral y un mejor rendimiento de los trabajadores.

6 Bibliografía

- NTP 667: La conducta asertiva como habilidad social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- NTP 685: La comunicación en las organizaciones. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Monjas, I., 2007: Cómo promover la convivencia: Programa de asertividad y Habilidades Sociales (PAHS), Madrid, CEPE.

Capítulo 452

CONDICIONES AMBIENTALES EN EL LUGAR DE TRABAJO

MARIA JOSE GONZALEZ CASTRILLON

1 Introducción

El conjunto de características que componen el entorno en el que se encuentra el puesto de trabajo de un/a profesional es lo que se conoce como ambiente de trabajo y se puede alterar o trastornar por la presencia de ciertos agentes o condiciones inadecuadas.

Las condiciones ambientales en una oficina se deben tener muy en cuenta, ya que si no son las óptimas o recomendadas pueden incidir de forma negativa en el confort, la salud y la seguridad de los profesionales. Además, unas condiciones ambientales adecuadas provocan que el/la trabajador/a se sienta más a gusto y motivado y, por lo tanto, realice su trabajo mejor.

Por todo esto, es muy importante saber cuáles son los factores ambientales y sus índices correctos para que las oficinas sean espacios de trabajo confortables, seguros y agradables para los empleados que pasan muchas horas en ellas.

Analizar los problemas ambientales existentes y tratar de solucionarlos desde su origen permitirá a la empresa llevar a cabo un control eficiente, competente y preventivo.

En este trabajo entre otras cosas vamos a tratar de analizar y establecer las condiciones ambientales mínimas y necesarias existentes en el lugar de trabajo (oficina) como son la iluminación, el ruido, la humedad, la temperatura, etc.

2 Objetivos

Describir y determinar cuáles son las condiciones ambientales idóneas en una oficina.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos de Google Académico y diferentes fuentes bibliográficas, así como artículos científicos de diferentes revistas indexadas. La búsqueda se realiza en idioma castellano, utilizando como palabras clave: condiciones ambientales, temperatura, lugar de trabajo, ventilación, etc.

4 Resultados

- Temperatura o ambiente térmico:

La temperatura interna del ser humano debe oscilar entre unos límites muy pequeños, ya que si la misma se desnivela, el propio cuerpo se pone en marcha para regular esta temperatura impidiendo al trabajador/a dar el 100% en su trabajo e incluso causándole efectos dañinos para su salud.

Por otra parte, no solo se debe tener en cuenta la temperatura del aire dentro de la oficina, también es importante valorar otros aspectos como son el calor que pueden emanar o desprender los equipos de trabajo (ordenadores, impresoras...), la clase de trabajo que se está realizando (si existe actividad física y en que niveles), la humedad en el ambiente, etc.

Las oficinas son lugares donde se realizan trabajos reposados, ya el desgaste físico de los/as profesionales durante su jornada de trabajo es prácticamente nulo. En estos casos los niveles que se consideran adecuados en cuanto a temperatura van desde los 16 grados como mínimo y los 24 grados máximo y, también se debe mantener o fijar el porcentaje de humedad sin bajar ni superar el 30-70%.

- Ventilación:

Una ventilación insuficiente en la mayoría de los casos es un factor de riesgo que puede cambiar de forma negativa el medio ambiente de trabajo y provocar problemas de salud en los/as profesionales.

Una ventilación adecuada permite disponer de aire limpio en la oficina y esto se puede conseguir tanto por medios naturales (ventanas, puertas...) como por medios mecánicos. Es muy importante si se utilizan sistemas de ventilación

mecánicos mantenerlos revisados y limpios para que realicen su función correctamente. Además, se deben evitar recirculaciones de aire que pueden desembocar en la entrada de contaminantes en el ambiente.

- Iluminación:

Las oficinas deben estar bien iluminadas ya sea con luz natural (por el día) o luz artificial si no es posible o suficiente la luz natural. También debemos intentar disminuir al máximo los reflejos y los brillos excesivos que pueden provocar irritación de ojos o dolor de cabeza en los/as profesionales, entre otras cosas.

- Ruido:

El exceso de ruido dentro de la oficina interfiere de manera negativa en la comunicación verbal entre los/as compañeros/as de trabajo, provocar distracciones, irritabilidad y molestias. Por todo ello se debe reducir todo lo posible y así conseguir un espacio cómodo en el que desempeñar el trabajo dando el 100%.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de la oficina o cualquier otro lugar de trabajo están presentes determinadas condiciones ambientales las cuales si no se encuentran en los niveles adecuados o recomendados pueden ocasionar problemas de salud más o menos considerables o importantes en los/as trabajadores/as que pasan allí muchas horas. Las principales condiciones ambientales que inciden en la calidad del ambiente dentro de una oficina son el ambiente térmico (temperatura, humedad...), el ruido ambiental y las vibraciones, la luz tanto natural como artificial.

Un adecuado análisis o estudio de estas condiciones y una formación adecuada acerca de las mismas va a permitir que los/as propios trabajadores/as las controlen y sean capaces de mantenerlas en los niveles recomendados para que no tengas efectos negativos sobre la salud de los/as mismos/as.

6 Bibliografía

1. Ugt.org. [citado el 10 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://madrid.ugt.org/sites/madrid.ugt.org/files/cuadernillo_condiciones_ambientales_2019_on_line_def.pdf.
2. Condiciones ambientales [Internet]. Lineaprevencion.com. [citado el 10 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://ergonomia.lineaprevencion.com/ergonomia-en-construccion/factores-de-riesgo/condiciones-ambientales>.
3. Insst.es. [citado el 12 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/96076/CAI+en+oficinas.pdf/cf678a1a-ac21->

40a7-9c31-a22efe5428d3.

4. ISTAS (2011). Curso básico de prevención de riesgos laborales. Xip multimedia.

Capítulo 453

ATENCIÓN AL PACIENTE Y OTROS CAMBIOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE EL COVID19

MARIA JOSE GONZALEZ CASTRILLON

1 Introducción

Una pandemia se manifestó en nuestro país hace más o menos dos años cambiando y alterando la vida de todo el mundo tanto a nivel personal como profesional.

Este es un tema del que considero que debemos hablar y tratar, ya que muchos de sus efectos se van a quedar a vivir con nosotros/as.

Como es lógico, el COVID afectó mucho la marcha y el funcionamiento del sistema sanitario en general provocando continuos cambios con el fin de adaptarse a los nuevos acontecimientos.

En este capítulo no vamos a centrar sobretodo en los efectos que produjo el covid en la atención primaria (centros de salud) y en el personal administrativo y auxiliar administrativo que en ellos desempeña su labor.

A lo largo de estos dos años hemos visto como han ido cambiando las cosas tanto a nivel organizativo como a nivel asistencial: centros cerrados y agrupados en otros más grandes lo que suponer mayor desplazamiento para algunos pacientes/usuarios, consultas prioritariamente telefónicas, listas de espera interminables...

Los/as auxiliares administrativos/as y administrativos/as que trabajan en los centros sanitarios tuvieron que hacer frente a numerosas situaciones que nadie esperaba que ocurriesen, desde el propio miedo, ya que aunque existen medidas

de seguridad se encuentran expuestos hasta serenar y calmar a los usuarios y pacientes que a día de hoy todavía se están acondicionando y adaptando a esta nueva situación.

Se enfrentaron cada día a multitud de casos, con una nueva y desconocida enfermedad para todos, con situaciones de confinamiento que generaban incertidumbre, ansiedad o estados de ánimo variables, y los hacía someterse a un alto nivel de estrés diariamente.

2 Objetivos

Analizar los efectos que produjo el Covid-19 en la atención primaria (centros de salud) y en el personal administrativo y auxiliar administrativo que en ellos trabajan.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La supervivencia de las personas se vio amenazada por esta enfermedad (Covid-19) y esto acabó provocando que el ser humano reconsiderase sus prioridades y necesidades emocionales dando lugar a situaciones de estrés y ansiedad de considerada relevancia.

A lo anterior tenemos que sumar las modificaciones y cambios que tuvieron lugar en todo lo referido a la atención primaria donde la atención presencial fue sustituida casi en su totalidad por la atención telefónica.

Los/as pacientes y usuarios/as, por regla general, estaban acostumbrados a ir al centro de salud que les corresponde para hacer cualquier gestión tanto administrativa como médica, pero con la aparición de la pandemia esto sufrió importantes modificaciones y los/as auxiliares administrativos/as fueron los encarga-

dos/as de informar y notificar dichos cambios a la población, la cual no estuvo muy conforme o de acuerdo con la decisión.

Todas las consultas primeramente eran telefónicas y posteriormente, era el equipo médico el que decidía si era necesaria una consulta presencial. Todas estas llamadas pasan primero por el personal no sanitario, el cual debe explicar que solo puede dar citas telefónicas y eso, si existe hueco en la agenda para los próximos días con las posteriores quejas de los/as pacientes que quieren su cita para ese día.

Esta nueva situación que llevamos viviendo/sufriendo desde hace un tiempo, en la que la atención a través del teléfono es más prioritaria y frecuente presenta una serie de ventajas y desventajas que es importante conocer.

Una de las ventajas más relevante es que los/as pacientes y usuarios/as reducen los desplazamientos al centro de salud gracias a que muchos trámites se pueden realizar por teléfono como la renovación de medicamentos en la receta electrónica.

Una de las desventajas principales es que se reciben gran número de llamadas diarias en los centros de salud sobre todo y el personal administrativo no es capaz de atenderlas. Por todo esto, en muchas ocasiones es imposible contactar lo que provoca sobre todo en personas más mayores un estrés considerable.

5 Discusión-Conclusión

El año pasado y el anterior un alto porcentaje de las bajas en nuestro país fueron a causa del estrés laboral provocado por los continuos cambios y adaptaciones que esta enfermedad está obligando a llevar a cabo. Además, durante esta pandemia el número de parados y de personas en ERTE ha aumentado notablemente lo cual provoca inestabilidad y una recuperación ambigua o dudosa.

El personal no sanitario, más concretamente los/as auxiliares administrativos/as que se encuentran en su puesto de trabajo al otro lado del teléfono han tenido y tienen que lidiar a diario con gran diversidad de casos, situaciones que provocan incertidumbre, estrés, ansiedad tanto a ellos como a los usuarios y pacientes. Es importante conocer el contenido de la gran mayoría de llamadas que se reciben en los centros de salud para poder abordarlas con eficacia y rapidez. Los principales temas por los que los ciudadanos realizan llamadas son la medicación y la receta electrónica, citas previas tanto para su médico de cabecera como para espe-

cializada, partes de baja y alta, cuestiones administrativas (cambios de domicilio, teléfono...).

6 Bibliografía

1. COVID-19: el impacto en atención sanitaria, pacientes y economía [Internet]. Gacetamedica.com. 2021 [citado el 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://gacetamedica.com/profesion/covid-19-un-abordaje-del-impacto-en-atencion-sanitaria-sanitarios-pacientes-y-economia/>
2. Solera Albero J, Tárraga López PJ. La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca en la crisis del Coronavirus. J negat no posit results [Internet]. 2020 [citado el 14 de diciembre de 2021];5(5):468–72. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000500001.
3. Atención telefónica en los Centros de Salud [Internet]. Revistamedica.com. 2021 [citado el 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/atencion-telefonica-centros-salud/>.

Capítulo 454

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN INSTITUCIONES SANITARIAS: CARACTERÍSTICAS DOCUMENTALES DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

EMILIA MARTÍNEZ SANTAMARTA

1 Introducción

La Historia clínica, en su formato clásico, incluye varios soportes:

1. El papel: el formato papel es el habitual en los documentos que componen la historia clínica. El tamaño estándar es A4.
2. Formatos distintos al papel: se utilizan para acompañar gráficamente la información escrita, como, por ejemplo, fotografías, resultados de pruebas radiológicas, etcétera.

Los documentos tienen cuatro componentes relativos a la información, que son:

- Información objetiva: aquella que tiene el objetivo de informar mediante datos objetivos resultantes de las pruebas y diagnósticos.
- Información subjetiva: datos de carácter personal proporcionados por el paciente y, en su caso, anotaciones que el médico pueda creer valiosas.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.

Además, la información que proporciona la Historia Clínica debe ser veraz, estar fundamentada en aspectos médicos y estar dirigida hacia la mejora de la calidad asistencial y la buena cumplimentación de los documentos.

Los documentos que legalmente deben componer la Historia clínica de los pacientes pueden resumirse en los siguientes:

- Autorización de ingreso
- Informe de urgencia
- Anamnesis
- Hoja de evolución
- Órdenes médicas
- Hoja de interconsulta
- Informes de exploraciones complementarias
- Consentimiento informado
- Informe de anestesia
- Informe quirófano/parto
- Informe de anatomía patológica
- Informe de enfermería
- Aplicación terapéutica de enfermería
- Gráfico de constantes
- Informe de alta
- Hoja clínico-estadística

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que trabaja en un centro hospitalario como auxiliar administrativo algunas cuestiones básicas relacionadas con las características documentales de la historia clínica, de forma que unificamos y mejoramos los criterios y protocolos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los contenidos de la HC los regula la Ley 14/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Debe tener, por ley, los siguientes contenidos mínimos:

- Hoja clínico-estadística: en ella figuran muchos datos, entre ellos, el diagnóstico del paciente.
- Autorización de ingreso: es un documento de autorización que firma el paciente o su representante legal para un ingreso y todas las pruebas que se deriven de este.
- Informe de urgencia: registra los datos de asistencia de urgencias.
- Anamnesis y exploración física: recoge la información que da el paciente, así como la exploración, el posible diagnóstico y el plan a seguir.
- Hoja de evolución: detalla los datos de interés sobre la evolución clínica del paciente.
- Órdenes médicas: recogen las prescripciones médicas.
- Hoja de interconsulta: es un documento de solicitud para cualquier intervención del paciente a cargo de otro centro o facultativo.
- Informes de exploraciones complementarias: recogen los resultados de las pruebas.
- Consentimiento informado: es un documento de consentimiento para intervenciones que requieren la autorización del paciente.
- Informe de anestesia: se rellena en el quirófano y figuran los datos del procedimiento de anestesia, así como los incidentes que puedan surgir.
- Informe de quirófano o registro de parto: describe tanto las operaciones quirúrgicas como los partos y en él deben estar reflejadas las personas que han intervenido en las operaciones.
- Informe de anatomía patológica: documento que contiene un diagnóstico que se determinó mediante el análisis de células y tejido en el microscopio.
- Evolución y planificación de cuidados de enfermería: este documento incluye las incidencias que se observen en el paciente, así como el plan de cuidados y sus modificaciones.
- Aplicación terapéutica de enfermería: documento que recoge la medicación del paciente aplicada por los enfermeros.
- Gráfico de constantes: es un gráfico que recoge las constantes vitales del paciente, normalmente, la temperatura, el pulso, la respiración y la tensión arterial.

- Informe clínico de alta: documento mediante el cual el médico da de alta al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal no sanitario que trabaja en un centro hospitalario como auxiliar administrativo las características documentales de la historia clínica, los contenidos mínimos de la historia clínica.

Hemos visto los contenidos mínimos de la historia clínica, cada documento que debe estar y que es cada uno.

El auxiliar administrativo es el encargado de gestionar toda la documentación relacionada con la actividad sanitaria, por lo que es muy importante que este profesional conozca cada característica específica relacionada con cada documento y con cada procedimiento administrativo que deba realizarse para gestionar los mismos.

Hemos visto los soportes de la historia clínica: el papel y otros formatos como fotografías, resultados radiológicos etc.

6 Bibliografía

- 1- EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS - blogoac <https://blogoc.files.wordpress.com>
› archivo-hc-t-2
- 2- Documentación clínica - Macmillan Education <https://www.macmillaneducation.es>
› 2019/02 › o...
- 3- DOCUMENTACIÓN SANITARIA Código: SAN626_3 NIVEL: 3 <https://incual.educacion.gob.es>
› documents › UC...
- 4- Diseño y elaboración de documentos sanitarios - WordPress ... <https://hnhcae.files.wordpress.com>
› 2017/02

Capítulo 455

LA ERGONOMIA EN EL PUESTO DE CELADOR

ROCÍO BARBÓN GONZÁLEZ

1 Introducción

La gran mayoría de puestos de trabajo conllevan tareas que representan un riesgo para la salud física de las personas. Además, aparte de eso, muchos de estos puestos no están bien diseñados ni preparados para el trabajo que en ellos se ha de desempeñar.

En el caso del celador su trabajo implica realizar múltiples tareas que les llevan a estar mucho rato de pie, cargar pesos manualmente, trasladar y movilizar pacientes, trabajar largos períodos de tiempo frente a pantallas de ordenador, etc. Estas labores pueden derivar en riesgos para su salud, tanto física como mental, si no cuentan con los conocimientos y el asesoramiento necesarios para evitarlo.

Por ello, es tan importante en el mundo laboral el estudio de la ergonomía. El estudio de cómo los trabajadores interactúan con su puesto de trabajo, con el espacio, el tiempo, las herramientas que utilizan y así adaptarlo todo a sus necesidades.

Sería de gran importancia que antes de comenzar en cualquier tipo de trabajo se le dieran a los trabajadores unas nociones ergonómicas básicas de cómo deberían realizar sus tareas de la forma más correcta posible, dándoles información sobre por ejemplo las mejores posturas a adoptar según qué tipo de trabajo, para así prevenir riesgos a largo plazo.

2 Objetivos

- Enumerar los principales trastornos músculo-esqueléticos derivados de unas malas condiciones de trabajo.
- Describir los factores de riesgo que intervienen en el esfuerzo físico y postural.
- Exponer las posibles soluciones o medidas preventivas.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo se ha realizado una búsqueda de diferentes revistas, artículos y estudios relacionados con la ergonomía en el centro de trabajo. Así mismo se han consultado también las principales bases de datos científicos como son Scielo, Medline y Pubmed, utilizando como palabras clave: "ergonomía", "malas posturas", "esfuerzo físico", "manipulación de cargas". Se han tenido en cuenta los documentos escritos en español y se han excluido los redactados en otros idiomas.

El fin de esta búsqueda pretende poner de manifiesto los riesgos que conllevan unas malas condiciones de trabajo y dar a conocer las distintas medidas preventivas que se pueden llevar a cabo para minimizar las lesiones o enfermedades derivadas de dichos riesgos.

4 Resultados

Los trastornos músculo-esqueléticos (TME) están causados o agravados por las malas condiciones de trabajo. Se trata de un conjunto de trastornos que pueden afectar a diferentes estructuras anatómicas provocando dolor y limitando a los trabajadores la realización de sus tareas. Los TME pueden afectar a cualquier parte del cuerpo, pero en el caso de los celadores se centran principalmente en la espalda y los miembros superiores e inferiores.

Las patologías más frecuentes en este sector son:

- Dolor lumbar: dolor en la parte inferior de la espalda. Está relacionado con el movimiento manual de cargas, una posición prolongada (de pie o sentada) y otras malas posturas que se adoptan a lo largo de la jornada laboral.
- La tendinitis y tenositis: inflamación del tendón. Provocado por trasladar o manipular cargas por encima de la cintura.

- Síndrome del túnel carpiano: la inflamación de uno o varios tendones crea excesiva tensión en el nervio mediano de la muñeca y provoca dolor. Giros o flexión repetidos de la muñeca y hacer fuerza con las manos.
- Artrosis: enfermedad degenerativa resultante de la degradación del cartílago. Está asociada a la manipulación de herramientas, movimientos repetidos, posturas extremas y trabajo estático.

La gran parte de estos trastornos están asociados con la exposición a diferentes factores que influyen en el trabajo como son:

- Factores físicos.
Manejo manual de cargas: traslados de aparatos o mobiliario.
Flexión y rotación frecuente del tronco: al realizar cambios posturales o traslados cama/silla.
Trabajo físico pesado: movilización de pacientes.
- Factores psicosociales.
Cantidad elevada de tareas a desarrollar.
En algunos casos se trata de tareas monótonas.
Falta de ayudas.
Ausencia de formación.
- Factores ambientales.
Poco espacio en las estancias.
Una mala o excesiva iluminación.
Superficies en mal estado.
- Otras condiciones.
EPI's incómodos.
Antigüedad en el trabajo.
Estado de salud.

Estos problemas ergonómicos suelen ser complejos por lo que su solución estará formada por un conjunto de medidas técnica y organizativas tales como:

- Establecer pausas y descansos.
- Rotación de puestos y tareas.
- Alternar posturas (sentado y de pie).
- Utilizar ayudas mecánicas en la movilización de pacientes.
- Realizar los trabajos pesados entre dos o más personas.
- Disponer de un espacio de trabajo libre de obstáculos.

5 Discusión-Conclusión

A partir del análisis de los datos anteriores podemos concluir la importancia que tiene el conocimiento de la ergonomía dentro del ámbito laboral para adaptar las condiciones y organización del trabajo a la persona. Es imprescindible la implicación de la población trabajadora en los procesos de mejora de las condiciones de trabajo.

Los trabajadores deben saber identificar los diferentes riesgos a los que están expuestos, además de conocer qué hacer y a dónde dirigirse ante cualquier situación relacionada con la exposición a dichos riesgos. Para ello, la empresa debe dotar a sus trabajadores de la formación y las herramientas necesarias para llevar a cabo una buena planificación y prevención en el trabajo promoviendo así una salud laboral óptima.

6 Bibliografía

1. <https://www.insst.es/riesgos-ergonomicos1>
2. <https://www.insst.es/riesgos-ergonomicos-trastornos-musculoesqueleticos>
3. istas.net
4. <http://ergodep.ibv.org/>
5. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Capítulo 456

GESTION DE PACIENTES EN ATENCION PRIMARIA: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

OLGA MARIA TRUCHERO RODRIGUEZ

1 Introducción

La atención primaria de salud (AP o APS) es 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 costo 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 forma 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.

La Atención Primaria constituye la puerta de entrada al sistema de salud; gracias a la accesibilidad a este primer escalón, los pacientes pueden ser atendidos por un médico en el mismo día en que le está sucediendo algo que afecte a su salud. En los Centros de Salud se encuentran los Equipos de Atención Primaria que están constituidos por Médicos, Enfermeros, auxiliares de enfermería en algún caso y la unidad administrativa. Gracias a este equipo en las consultas de AP se resuelve más del

90% de la patología que llega a nuestra consulta, quedando un porcentaje muy pequeño que necesite de valoración a otro nivel.

En muchas ocasiones asociamos que un centro de salud sólo se compone de los profesionales sanitarios, no obstante, éstos son sólo una parte de todos los integrantes del equipo de Atención Primaria. Desde el momento en que un usuario entra al centro sanitario requiere una atención por parte del personal de administración ya sea vía telefónica, telemática o presencial.

La Atención Primaria tiene una función primordial en la realización y coordinación de actividades, así como de recursos, destinados a la prevención de las enfermedades crónicas y a la atención a las personas con dichas enfermedades y también a las personas con necesidades de cuidados paliativos, dado el carácter longitudinal de la asistencia que ofrece, su proximidad al entorno más inmediato del paciente y su configuración en equipos multidisciplinares

2 Objetivos

*Dar a conocer la importancia de la Atención Primaria.

*Funciones esenciales y primordiales de la Atención Primaria

*La importancia del personal administrativo dentro de la Atención Primaria

3 Metodología

Para la realización de este capítulo he recogido información en distintas páginas web, en guías prácticas que uso en mi trabajo como auxiliar administrativo. Y en búsquedas con palabras claves como “atención primaria”.

También he utilizado mi experiencia como personal auxiliar administrativo en distintos centros de A.P.

4 Resultados

El propósito de la atención primaria de la salud consiste en mejorar el estado sanitario de la población, involucrándola a través de la participación social, ofreciendo cobertura universal a través de actividades de promoción y prevención de la salud, con apoyo continuo y sistemático de la consulta médica y odontológica programada, y con todas las prestaciones incluidas en los Programas de Salud, coordinando intra y extra sectorialmente en beneficio de la población

La Atención Primaria tiene una función primordial en la realización y coordinación de actividades, así como de recursos, destinados a la prevención de las enfermedades crónicas y a la atención a las personas con dichas enfermedades y

también a las personas con necesidades de cuidados paliativos, dado el carácter longitudinal de la asistencia que ofrece, su proximidad al entorno más inmediato del paciente y su configuración en equipos multidisciplinares.

La Atención Primaria o atención de primer nivel comprende:

- * Asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en consulta como en el domicilio del paciente
 - * Indicación o prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
 - * Actividades en materia de prevención, promoción de salud, atención familiar y atención comunitaria.
 - * Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
 - * Rehabilitación básica.
 - * Atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres.
 - * Atención paliativa a enfermos terminales
 - * Atención a la salud mental (en coordinación con los servicios de atención especializada)
 - * Atención en salud bucodental. Las funciones de un auxiliar administrativo en un Centro de Salud son varias y todas ellas muy necesarias sin las cuales no se podrían desarrollar con fluidez las funciones propias de la Atención Primaria.
- Atención telefónica
 - Atención presencial
 - Gestionar las citas de todos los profesionales del Centro de Salud
 - Estadística de actividades por profesional
 - Dar de alta a los nuevos pacientes
 - Tramitar los visados de medicamentos a Inspección Médica
 - Hacer pedido de material
 - Tramitar las citas para los especialistas
 - Dar de baja a los pacientes que cambian de centro, de Comunidad o son exitus
 - Organizar el archivo
 - Y demás tareas administrativas que se necesiten, como tarjeta sanitaria, atención ocasional o transitoria, justificantes, tramitar cargos a terceros....

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos visto, y es algo que todos conocemos de primera mano, el primer contacto que todo usuario tiene para acceder a la sanidad pública es el personal de administración, por lo tanto, es el primer eslabón de una cadena muy larga e importante en nuestra sanidad.

Para que esto sea posible, es muy importante una buena organización administrativa para que todo el proceso sea lo más ágil y efectivo posible, de esta forma los usuarios y usuarias respetaran y cuidaran al personal sanitario y no sanitario de Atención Primaria.

La Atención Primaria de la Salud sólo es posible si se asienta sobre los principios de respeto a los derechos humanos, la equidad y la justicia social

6 Bibliografía

- 1.<http://www.comguada.es>.
- 2.<https://es.wikipedia.org>.
- 3.www.suteba.org.ar.
- 4.www.astursalud.es.

Capítulo 457

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL IMPACTO DEL CORONAVIRUS

YESICA CORTE HEVIA

MARIA CRISTINA SUAREZ DIAZ

HILDEGARDA CUETOS SUAREZ

1 Introducción

Durante una pandemia, la población está muy sujeta a la alimentación compulsiva: para controlar el estrés, recurrimos a la comida, esperando de esta manera compensar la ansiedad, a menudo de manera inconsciente. En el confinamiento, tendemos a comer bocadillos entre comidas y cocinar platos con alto contenido de grasa o azúcar, lo que produce altas cantidades de serotonina, una hormona conocida por sus propiedades calmantes. Junto con la disminución de la actividad atlética, esto puede provocar enfermedades crónicas, diabetes u obesidad.

Teletrabajo, aislamiento o por el contrario el exceso de trabajo... Desde el inicio de la pandemia del coronavirus, el estrés en el trabajo ha aumentado y los riesgos psicosociales son ahora el segundo motivo para dejar de trabajar.

El estrés en el trabajo es una reacción fisiológica completamente natural del cuerpo a los estímulos directos causados por una situación laboral conflictiva. Presión, exigencia, acoso o incluso desconfianza ... Suele ser temporal, porque se trata de un problema puntual que desaparece cuando se resuelve el problema.

El estrés en el trabajo no debe confundirse con la ansiedad en el trabajo. Cuando estamos bajo estrés, nuestro metabolismo segrega hormonas específicas llamadas adrenalina y cortisol, que nos ayudan a superarnos a nosotros mismos y a superar

temporalmente las dificultades. Si es repetitivo, entonces estamos hablando de estrés crónico y el peligro es mayor, porque entonces un círculo vicioso alimenta el estrés. Esto a menudo conduce al agotamiento profesional.

2 Objetivos

Describir el impacto de la pandemia del COVID-19 para el auxiliar administrativo

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 reorganización de los métodos de trabajo es un factor estresante importante. Los empleados que se ven obligados a ir a su lugar de trabajo deben cumplir con medidas sanitarias muy estrictas que a menudo pueden distraerlos y aislarlos al privarlos de la convivencia y los almuerzos grupales. Sin mencionar que el riesgo de contaminación está más presente y esta es la principal fuente de ansiedad.

Cuando se trabaja desde casa, a veces es difícil vivir con aislamiento social, lo que conduce a la depresión, especialmente porque la motivación no siempre está ahí. Los padres que tienen que cuidar a sus hijos además de su actividad se encuentran bajo una presión adicional que alimenta el estrés. En ambos casos, las condiciones de trabajo son inestables y provocan ansiedad y los empleados pierden el rumbo que formaba su base de trabajo.

Como explicamos anteriormente, el estrés, el miedo durante la pandemia es una reacción única que se retrae cuando se resuelve el problema identificado, pero la erradicación de la pandemia aún está lejos de terminar. Entonces sí, es fácil decirlo así, pero hay algunos pequeños consejos muy simples de intentar hacer en el día a día :

- Estimule su espíritu de equipo organizando videoconferencias con sus colegas;
- Concéntrese en sus éxitos profesionales, por pequeños que sean
- Mostrar iniciativa y proponer nuevos proyectos,

- Reduzca las noticias de los medios en COVID-19, sin eliminar información importante,
- Respire un poco de aire fresco con la mayor frecuencia posible para despejar su mente y estirar las piernas. No abandone las actividades físicas, en el interior o al aire libre y pruebe la meditación,
- Delimite su tiempo laboral y privado de la manera más clara posible, tratando de no confundirlos,
- Comer sano,
- Recuerde tomar descansos regulares.

5 Discusión-Conclusión

El estrés en el trabajo había aumentado este año como consecuencia del coronavirus. Por supuesto, el virus es la causa, para acelerar este estrés. Por lo tanto, además de tener que lidiar con un entorno que provoca ansiedad y es económicamente inestable, los hospitales o centros de salud, están luchando para abordar la ansiedad que causa el COVID-19 en su personal.

Durante una pandemia, la población estaba muy sujeta a la alimentación compulsiva: para controlar el estrés, los miedos, la ansiedad, recurrían a la comida, esperando de esta manera compensar la ansiedad, a menudo de manera inconsciente. En el confinamiento, tendemos a comer bocadillos entre comidas y cocinar platos con alto contenido de grasa o azúcar, lo que produce altas cantidades de serotonina, una hormona conocida por sus propiedades calmantes. Junto con la disminución de la actividad física, esto puede provocar enfermedades crónicas, diabetes u obesidad.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/>
2. <https://forbes.es/>
3. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/mental-health-non-healthcare.html>

Capítulo 458

USO ADECUADO DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS EN TRABAJOS DE MANTENIMIENTO

DAVID LOBATO FLECHA

1 Introducción

Los riesgos más comunes se producen en el puesto de trabajo, por ello las condiciones de los utensilios de trabajo, como herramientas y equipos deben estar en las condiciones adecuadas de uso. Las herramientas de uso manual, visiblemente son fáciles de utilizar, pero también se debe tener en cuenta el diseño, elección, fabricación o la forma de utilizar dichas herramientas ya que una utilización incorrecta puede incidir en la seguridad y salud del trabajador/a. Muchos de los accidentes, algunas fuentes señalan que el 7%, (1) se producen por la manipulación de herramientas manuales, las causas pueden ser: herramientas de baja calidad, falta de formación en el manejo de herramientas o equipos, uso inadecuado, falta de mantenimiento, etc. Las herramientas son los útiles simples que necesitan para su funcionamiento, únicamente la fuerza humana y son utilizadas con las manos, ya que aunque tengan motores eléctricos o de combustión, neumáticos o hidráulicos, es necesaria la intervención manual, ya sea para accionar o utilizar dicho equipo. Según esto, hay que tener en cuenta que existe una gran variedad de herramientas y por lo tanto los peligros o riesgos de su utilización pueden ser muy variados.

El trabajo de mantenimiento en los centros sociosanitarios, y sobre todo las condiciones en las que se trabaja puede afectar a la salud de los trabajadores/as, por ello, es importante adoptar las medidas de prevención adecuada.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las herramientas y utilizarlas adecuadamente, formando al personal de mantenimiento.

- Mantener en orden el lugar de trabajo

Objetivos secundarios

- Prevenir accidentes laborales

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica y de consultas relativa a la literatura científica existente sobre factores psicosociales. Búsqueda sistemática de libros, informes, monografías, artículos, etc., en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Consulta de “preguntas frecuentes” acrónimo inglés FAQ- en páginas web de Prevención de Riesgos Laborales y diversas publicaciones de herramientas y útiles de trabajo.

4 Resultados

El mantenimiento de herramientas y equipos es necesario para un funcionamiento adecuado de los distintos equipos. El diccionario de la Real Academia Española, define mantenimiento “conjunto de operaciones y cuidados necesarios para que instalaciones, edificios, industrias, etc., puedan seguir funcionando adecuadamente” Además, es necesario, preparar al trabajador/a formándole de manera teórica y práctica, para que conozca cómo utilizar las herramientas de forma adecuada y según su uso.

Dos aspectos importantes son el uso adecuado y la selección de la herramienta para el trabajo o mantenimiento que se vaya a realizar. Para la utilización de las herramientas existen unos percentiles de la mano que deberán considerarse al seleccionar las herramientas, también se tendrá en cuenta si el trabajador/a es zurdo o diestro. Por lo tanto, debemos tener en cuenta:

- Actividad a realizar: tipo y lugar de trabajo
- Postura: del cuerpo, de la mano, conjunto mano- brazo, fuerza, etc.
- Herramienta: forma, peso, dimensión, material, anchura del mango, etc.

Lo primero, es analizar la tarea, si es un trabajo fijo, continuo, la postura de trabajo será sentado o de pie, luego se analizarán las herramientas a utilizar y la fuerza que deba aplicarse, ya que por ejemplo no se utilizará la misma herramienta para taladrar una tabla de madera que una barra de hierro.

Segundo, qué tipo de tarea: de montaje y sujeción (destornilladores, llaves, tornillos, sargentos, etc.), de percusión y empuje (martillos, mazo, picos, punzones, cinceles, cuchillos, etc.)

Respecto al espacio en el que se desarrolla el trabajo o mantenimiento a realizar se debe tener en cuenta la iluminación, el orden, la limpieza, etc.; en cuanto a las diferentes posturas que deberemos tomar a la hora de trabajar: postura del cuerpo, de la mano incluyendo los movimientos mano-brazo-muñeca y la fuerza de agarre, por ello, es importante realizar un análisis de la herramienta: la forma del mango (adaptable, cantos redondeados, etc.), peso de la herramienta (evitar herramientas de grandes dimensiones y peso elevado), material (con un índice de rozamiento adecuado al trabajo)

Una selección óptima de las herramientas junto con un uso adecuado será una medida preventiva

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de los años, la experiencia señala que la mayor parte de los daños provocados por las herramientas de trabajo depende del tipo de herramienta, la formación del trabajador/a y de la forma de trabajar. Esta forma de trabajar está referida, a la utilización de la herramienta adecuada en cada trabajo y a la formación. Las medidas preventivas que debe tener en cuenta el trabajador serian: elegir la herramienta adecuada y adaptable a la mano de trabajador/a durante su utilización, mantenimiento y conservación de las herramientas en buen estado, seguir las instrucciones que señale el fabricante, etc. Y de forma periódica revisar las herramientas y hacer un inventario de las herramientas deterioradas para reponer y utilizar todo el equipo en un estado adecuado.

6 Bibliografía

1-Herramientas+manuales.pdf.

2-Seguridad_y_salud_en_el_uso_de_maquinaria_y_herramientas.html.

3-NORMASDETABAJOSEGUROPersonaldemantenimiento.pdf.

4-mutual.com/documents/20143/47599/mantenimiento_es.pdf/.

Capítulo 459

LAVADO DE MANOS, AYER, HOY Y SIEMPRE

MARIA DELCARMEN ZAPICO CUESTA

1 Introducción

Las manos del personal sanitario y no sanitario son una fuente de transmisión de microorganismos que pueden ser llevado de un paciente a otro, incluso las personas trabajadoras de un hospital, ya sean celadores, auxiliares administrativos, incluso el personal de cocina o de lavandería. es imprescindible poner en práctica el lavado de manos, que aún no siendo la misma para un cirujano que opera el personal de limpieza, tiene que cumplir unos requisitos mínimos comunes. ya en 1947, siendo Semmelweis el verdadero persuasor de la antisepsia, fue quien se dio cuenta de que la ausencia del lavado de manos era una fuente de infecciones que en muchas ocasiones llevaban a la muerte a las mujeres que daban a luz, y otros enfermos. las infecciones afectaban a los pacientes enfermos como a sus cuidadores y una de esas causas era la falta de una correcta higiene de manos, que traspasaban microorganismos de unos pacientes a otros. el lavado de manos con agua y jabón es una de las técnicas más efectivas y económicas para prevenir las enfermedades infecciosas y mejorar la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario. hay tres tipos de lavado, el lavado higiénico con agua y jabón. El lavado antiséptico y el lavado con solución alcohólica.

2 Objetivos

Concienciar sobre la importancia del lavado de manos en la población general y, especialmente, en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

DESDE EL MISMO MOMENTO QUE EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO ENTRA EN SU PUESTO DE TRABAJO DIARIAMENTE NO DEBE OLVIDARSE NUNCA DE LA TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS, QUE SE LLEVARÁ A CABO SIEMPRE QUE SEA NECESARIO Y SIN EXCEPCIÓN; ANTES Y DESPUES DE ESTAR EN CONTACTO CON UN PACIENTE, ANTES DE MANIPULAR CUALQUIER DISPOSITIVO INVASIVO, EN CASO DE PERSONAL SANITARIO, AUNQUE SE USEN GUANTES. SE LAVARAN TAMBIEN DESPUES DE CUALQUIER CONTACTO CON FLUIDOS Y SECRECIONES CORPORALES, Y TAMBIEN DESPUES DE CUALQUIER CONTACTO CON FLUIDOS O SECRECIONES CORPORALES, Y DESPUES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE Y SU ENTORNO.

ES IMPORTANTE INTENTAR EVITAR AL MÁXIMO LOS OBJETOS QUE PUEDAN PRODUCIR CUALQUIER TIPO DE ALMACENAMIENTO DE MICROORGANISMO EN LAS MANOS.

SE DEBEN EVITAR LLEVAR ANILLOS, PULSERAS, RELOJES, QUE PUEDAN SER FUENTE DE ACUMULACIÓN DE SUCIEDAD Y DE MICROORGANISMOS Y FACILITAR EL LAVADO DE MANOS. EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DEBERA LLEVAR LAS UÑAS CORTAS, BIEN CUIDADAS Y SIN ESMALTE.

EXISTEN TRES TIPOS DE LAVADO DE MANOS:

EL LAVADO HIGIENICO, QUE CONSISTIRÁ EN UNA FROTACIÓN DE LAS MANOS YA ENJABONADAS, Y SEGUIDAS DE UN ACLARADO ABUNDANTE CON AGUA QUE ELIMINA LA SUCIEDAD Y EVITA LA TRANSMISIÓN DE MICROORGANISMO DE PERSONA A PERSONA.

EL LAVADO ANTISEPTICO ELIMINA SUCIEDAD , MATERIA ORGANICA Y MAS EN PROFUNDIDAD DEBIDO A QUE SE UTILIZA UNA SOLUCIÓN

JABONOSA DE CLOHEXIDRINA AL 4% O POVIDONA YODADA AL 7,5% SOLO CAMBIA EL TIPO DE JABON CON RESPECTO AL LAVADO DE MANOS HIGIENICO.

EL LAVADO DE MANOS QUIRURGICO ELIMINA TODO TIPO DE FLORA Y ADEMAS TODOS LOS MICROORGANISMOS TIENE MAS DURACION, CONSIGUE UN ALTO GRADO DE ASEPSIA. EN ESTE CASO, ADEMAS DEL JABON LIQUIDO ANTISEPTICO SE UTILARÁ UN CEPILLO DE UÑAS DESECHABLE Y UNA TOALLA ESTÉRIL.

Y TAMBIÉN, EXISTE EL LAVADO DE MANOS CON EL GEL ALCOHOLICO, QUE CONSISTE EN APLICAR UNA SOLUCIÓN ALCHOLICO, EN UNA CANTIDAD SUFICIENTE PARA HUMEDECER LAS MANOS Y MUÑECAS, FRICCIONANDO MANOS, DEDOS Y ESPACIOS INTERDIGITALES POR 15 SEGUNDOS, ESTE LAVADO NO FUNCIONA CON RESTOS DE SUCIEDAD ORGANICA.

EL LAVADO DE MANOS EVITA TODOS LOS DIAS MILES DE ENFERMEDADES , COMO LA GRIPE, ALGUNAS ENFERMEDADES DE GASTRICAS, HEPATITIS, RESFRIADOS COMUNES, QUE NO PARECEN ESPECIALMENTE PELIGROSAS, PERO EN ORGANISMOS CON OTRAS PATOLOGIAS PUEDEN INCLUSO PROVOCAR LA MUERTE.

LA OMS SEÑALA QUE CON UNA BUENA HIGIENE DE MANOS TANTO EL PERSONAL SANITARIO COMO NO SANITARIO, Y EN TOD EL ENTORNO SANITARIO SE SALVARIAN MILLONES DE VIDAS.

LA HIGIENE DE MANOS ES UN GESTO SIMPLE QUE DE NINGUNA MANERA SE DEBE OLVIDAR, YA QUE EVITA EL CONTAGIO DE MUCHAS ENFERMEDADES Y EVITA MUCHAS COMPLICACIONES.

SE HA DEMOSTRADO QUE LAS SOLUCIONES DE BASE ALCHOLICA SON EFICACES COMO ANTISEPTICOS. LAS ZONAS DONDE PEOR ACTUA LA SOLUCION ALCHOLICA FUERON LAS ZONAS INTERDIGITALES Y LAS MUÑECAS, EL USO DE ADORNOS DIFICULTA UNA BUENA HIGIENE.

LOS ESTUDIOS DEMUESTRAN QUE UN ALTO PORCENTAJE DE LAS PERSONAS QUE LLEVAN RELOJ MOSTRABAN UL ALTO PORCENTAJE DE LA MUÑECA SUCIA; ASI COMO LOS QUE LLEVAN PULSERAS O ANILLOS EN SUS DEDOS.

5 Discusión-Conclusión

UNICEF HA DECLARADO EL DIA MUNDIAL DE LAVADO DE MANOS QUE SE CELEBRA EL 15 DE OCTUBRE DESDE EL 2008

LAVARSE LAS MANOS CON FRECUENCIA ES FUNDAMENTAL PARA UNA BUENA ASEPSIA .EL PERSONAL SANITARIO COMO NO SANITARIO, EN OCASIONES NO LLEVA A CABO ESTA TÉCNICA, QUIZA DEBIDO AL EXCESO DE TRABAJO, O FALTA DE PERSONAL.

ES MUY IMOPORTANTE HACER UNA CAMPAÑA COMO SEÑALA LA OMS PARA FOMENTAR UNA BUENA PRÁCTICA DE LA TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS, POR LA SEGURIDAD DE LSO PACIENTES Y TAMBIÈN DE LOS PROPIOS POFESIONALES DE LA SALUD. LA INSTITUCIÒN DEBE PROMOVER LA FORMACIÒN, VIGILANCIA Y MOTIVACIÒN PARA FOMENTAR LA HIGIENE DE MANOS..

LA OMS RECOMIENDA TAMBIEN ANTES Y DESPUES DE PONERSE LOS GUANTES EL LAVADO DE MANOS Y PONER ESPECIAL ATENCIÒN EN LOS CUIDADOS DE LA PIEL. UNA PIEL SANA Y SIN NINGUNA ALTERACIÒN AYUDA A PREVENIR LAS INFECCIONES. LOS TRABAJADORES TAMBIEN DEBEN ESTAR INFORMADOS SOBRE LAS PRÁCTICAS DEL CUIDADO DE LA PIEL DE LAS MANOS. EN LA ACTUALIDAD DESPUES DE TODO ESTE TIEMPO DE PANDEMIA SE HA PUESTO EN EVIDENCIA LA IMPORTANCIA EN MAYUSCULAS DEL LAVADO DE MANOS COMO FUENTE DE CONTAGIO Y TODAS LAS PERSONAS ESPECIALMENTE EN EL AMBITO SANITARIO SE HAN ESMERADO EN LLEVAR A CABO ESTA PRÁCTICA DEBIDO A LAS CONSECUENCIAS QUE PRODUCEN LOS CONTAGIAOS. LOS INSTRUMENTOS SON LA EDUCACIÒN Y CONCIENCIACIÒN DE LOS PROFESIONALES ASI COMO DE LOS PACIENTES.

6 Bibliografía

WWW.REVISTA PORTALES MEDICOS.COM
ORGANIZACIÒN MUNDIAL DE LA SALUD OMS
[HTTP://DIRECTRICES SOBRE HIGIENE DE MANOS](http://directrices.sobre.higiene.de.manos)
[HTTP://WHO.INT/PATIENTSAFETY/INFORMATION](http://who.int/patientsafety/information)
DIALNET

Capítulo 460

TIPOS DE RIESGOS A LOS QUE ESTÁ EXPUESTO EL CELADOR EN SU PUESTO DE TRABAJO

BEATRIZ MENÉNDEZ PÉREZ

1 Introducción

Vamos a comenzar este capítulo definiendo qué es un celador y qué tareas realiza. Un celador es una persona que trabaja en una institución sanitaria y cuya función consiste en trasladar pacientes, instrumental, documentos...a las distintas dependencias del hospital, centro de salud...etc. Además de lo mencionado anteriormente, el celador realiza otra serie de tareas tales como:

1. Acomodar a los pacientes a su llegada al centro sanitario, es decir, acompañarles a su habitación, enseñarles cómo manejar las persianas, la cama...además de advertirle e insistirle en la importancia de cuidar las instalaciones de la institución.
2. Prestarle ayuda al personal sanitario a la hora de asear a los pacientes o simplemente, a la hora de las comidas.
3. Observar los posibles desperfectos que existan en la institución sanitaria e informar de ellos a un superior.
4. Vigilar que se cumplan las normas impuestas en el centro sanitario tanto por parte de los pacientes como del personal que allí trabaja.
5. Servir como ascensorista cuando sea necesario.

Tales funciones, como cualquier otro profesional que desarrolla un trabajo en el sector de la salud, lleva consigo la exposición a una serie de riesgos laborales, tales como:

1. Riesgos debido a un déficit en las condiciones de seguridad.
2. Riesgos biológicos.
3. Riesgos por exposición a agentes químicos.
4. Riesgos por exposición a radiaciones.
5. Riesgos ergonómicos.

2 Objetivos

Los objetivos que pretendo conseguir al realizar este capítulo son:

1. Definir riesgos laborales a los que se enfrenta en su puesto de trabajo.
2. Describir medidas que debe adoptar para minimizar lo máximo posible los riesgos anteriormente mencionados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

El celador es una persona imprescindible dentro del ámbito sanitario y un eslabón indispensable de la cadena, ya que, su principal prioridad es contribuir al bienestar del paciente. Como cualquier trabajador que desarrolla su función en un hospital o centro de salud, va a estar expuesto a una serie de factores de riesgo que pueden ocasionarle serios problemas, tanto físicos como psicológicos.

A continuación, vamos a desarrollar e incidir en los tipos de riesgos a los que el celador suele enfrentarse durante su jornada laboral.

1. Riesgos biológicos: Este tipo de riesgo se produce principalmente por la exposición del trabajador a fluidos, sangre o tejidos contaminados por microorganismos. Como resultado, puede desarrollarse una enfermedad importante. El tipo de transmisión puede producirse por varias vías, tales como, piel, mucosas, digestiva, respiratoria o sanguínea. Más adelante, veremos qué tipo de precauciones debemos tener en cuenta para evitar esta clase de riesgo.
2. Riesgos debido a déficit en las condiciones de seguridad: Si el puesto de trabajo no cuenta con las condiciones de seguridad adecuadas, el trabajador puede verse

afectado por diversos accidentes cuyas consecuencias pueden ser: quemaduras, sobreesfuerzos, lesiones, cortes, caídas...las medidas preventivas a adoptar para evitar este tipo de riesgo, las expondremos más adelante.

3. Riesgos ergonómicos: La ergonomía es la ciencia que adapta el trabajo al hombre. A lo largo de la jornada laboral, el celador, adopta numerosas posturas, por ejemplo, durante la movilización de un paciente, la cuál, de no ser ejecutada siguiendo una serie de pautas a la hora de hacer el procedimiento, producirá serias lesiones en el trabajador.

4. Riesgos por exposición a agentes químicos: Este tipo de riesgo, implica que el celador sufra un daño en su salud, debido a una exposición a un agente químico. Este tipo de intoxicación, puede producirse por inhalación o por vía dérmica. Por ello, el trabajador destinado en el servicio de farmacia, debe tomar una serie de medidas para evitar verse afectado por cualquier sustancia química.

5. Riesgos por exposición a radiaciones: Este tipo de riesgo es muy peligroso, ya que, de no tomar las precauciones pertinentes podría producirse un daño importante en los tejidos del trabajador, lo que en un futuro puede ocasionar un problema muy serio en su salud.

Frente a los riesgos biológicos, el celador deberá seguir una serie de medidas, tales como, lavado correcto de manos, uso de equipos de protección individual (EPI), vacunación, cubrir heridas con un apósito...

Para evitar los riesgos ergonómicos, el celador, deberá evitar la adopción de posturas forzadas, utilizar medios mecánicos en la manipulación y movilización de cargas o pacientes, e incluso, pedirle ayuda a un compañero si lo cree necesario.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto anteriormente, el celador se enfrenta a diversos tipos de riesgos a lo largo de su jornada laboral. Para evitarlos, la prevención de riesgos laborales y una correcta formación en materia de prevención por parte de la institución sanitaria hacia el trabajador, juega un papel fundamental.

Bajo mi punto de vista, es fundamental que el celador sea consciente de las consecuencias que puede implicar no seguir a rajatabla los protocolos y precauciones que debe cumplir, a la hora de proteger tanto su salud y la de las personas que le rodean. Sería conveniente, que la institución sanitaria realizase cursos y programas de formación periódicos, así como, vigilar de forma exhaustiva el cumplimiento de las medidas de prevención por parte del trabajador.

6 Bibliografía

- Educaweb.com
- www.ifp.es
- www.revistamedica.com
- www.riojasalud.es
- celad-lectura-07.pdf
- Libro preparación oposiciones para celador del Servicio Asturiano de Salud (SESPA). Editorial MAD.

Capítulo 461

EL LIDERAZGO EN EL ENTORNO SANITARIO

SONIA M^a FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El término "liderazgo" lo utilizamos en muchos ámbitos: deporte, empresa, sanidad... consiste en un aspecto que no se aprende en escuelas ni universidades. El liderazgo consiste en integrar individuos o grupos hacia un fin común, es decir, dirigir eficazmente la conducta de otros.

En las organizaciones sanitarias, el liderazgo consiste en dirigir, organizar, diseñar, optimizar y evaluar las actividades de los miembros de un grupo. También repercutir en ellos para potenciar la colaboración, ampliar y garantizar la comunicación y, en definitiva, facilitar el trabajo en equipo. Se trata de forjar un grupo de acción comprometido con la calidad, dispuesto a lograr la visión y los objetivos de la organización. La incorporación de los profesionales de primera línea en estas iniciativas ha supuesto un beneficio en la mejora de las instituciones, pero choca con varias barreras, como puede ser la falta de tiempo y/o recursos, y la falta de conocimientos y habilidades para ello. Encontrar maneras de liberar tiempo del personal para participar en trabajos de mejora o en adquirir competencias, es un reto para las instituciones. Descubrir y aprovechar el talento, identificar líderes comprometidos capaces de despertar el entusiasmo, comprender que es lo que probablemente motiva a los profesionales a cambiar sus prácticas.

2 Objetivos

- . Realizar un estudio desde un doble punto de vista psicológico (de las personas con sus cualidades propias) y sociológico (sobre la organización o grupo humano en el que se desarrolla la persona).
- . Porporcionar un panorama actualizado sobre el liderazgo en la administración sanitaria.

3 Metodología

Estudio transversal y descriptivo. Se ha realizado una búsqueda en bases de datos : Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos procedentes de pulicaciones académicas revisadas.

Se analizaron los siguientes temas: definición de liderazgo; tipos de liderazgo; características del líder; habilidades de dirección de grupos

4 Resultados

El "liderazgo" es un proceso mediante el cua lel individuo ejerce influencia sobre un grupo de individuos para lograr un objetivo común.

TIPOS DE LIDERAZGO

- .AUTOCRATICO: el jefe es sólo informador, decide y demanda
- .PARTICIPATIVO: el jefe da influencia y libertad al equipo, pero la decisión sigue siendo suya
- .DEMOCRATICO: el consenso en la toma de decisiones es lo que lo define
- .LIBERAL:el jefe participa en minoría siendo el grupo el quien formula decisiones

VENTAJAS DE UN LIDERAZGO POSITIVO

El efecto de un liderazgo positivo que destaca el cuidado de los profesionales que trabajan en la organización y la alta calidd de los servicios, se resume :

- . profesionales satisfechos, leales, productivos y comprometidos.
- . asistencia de alta calidad
- . servicios asistenciales valorados positivamente y satisfacción del paciente.
- . organizaciones sanitarias exitosas y con servicios altamente considerados.

CARACTERISTICAS DE UN LIDER

Algunas de ellas serían: decisión, iniciativa, responsabilidad, inteligencia, capacidad, expreciencia profesional, acitividad, vigor físico, capacidad de trabajo, equi-

librio emotivo, integridad moral, aptitud para el trato, sentido práctico y capacidad organizativa.

EL líder debe abandonar la idea simplista de que la organización debe funcionar sin más, sino que el objetivo último debe ser la realización de sus fines pero coadyuvando con ellos a la consecución del bien común. Para ello su ejercicio requiere: la adecuación del líder con el grupo; la decidida voluntad de ser líder, aplicando las reglas y principios de las relaciones humanas; elogiar más que reprender; interesarse por los problemas individuales y del grupo; informar en la mejor medida posible; buscar la participación en las decisiones y encontrar el apoyo de superiores y subordinados.

La capacidad para dirigir se pone de relieve en la consecución de los objetivos de orientar, motivar y guiar a los subordinados. Los esfuerzos que realice el directivo para influir en el comportamiento del individuo o del grupo tendrán éxito en la medida en que estos respondan a sus intentos.

HABILIDADES DE DIRECCIÓN DE GRUPOS

Para dirigir un grupo se debe tener la capacidad de formar y desarrollar un equipo eficaz; esto no sólo consiste en elegir a los miembros según sus conocimientos, capacidades, posición...sino también en que se den las siguientes condiciones:

- objetivos y tareas claras, de carácter cooperativo
- compromiso de los miembros con los objetivos
- comunicación abierta, precisa y eficaz de ideas y sentimientos
- confianza, aceptación y apoyo entre los miembros
- aprovechar las capacidades, conocimientos, experiencia y habilidades de los miembros
- distribuir la participación
- afrontamiento constructivo del conflicto
- procedimientos adecuados de toma de decisiones y solución de problemas.

5 Discusión-Conclusión

El liderazgo es un pilar clave para el avance de las profesiones sanitarias. Para algunos es innato, para la mayoría el liderazgo es una habilidad que hay que desarrollar en el ejercicio de la profesión y ponerlo en práctica a diario. Está asociado claramente a las tareas de dirección y gestión. El avance de la gestión de la calidad total en las organizaciones sanitarias, exige como elemento fundamental el desarrollo del liderazgo.

Se trabaje en contacto directo o no con los pacientes, en los centros sanitarios el modelo de liderazgo es ayudar a los profesionales a convertirse en los mejores líderes. Si el individuo responde por el líder éste habrá tenido éxito y el liderazgo es eficaz.

El líder ha de ocupar una posición de autoridad legítima, que debe ir acompañada de unos conocimientos técnicos que respalden su tarea directiva.

6 Bibliografía

.Gil F, Alcover CM, Rico R., Sanchez M. Nuevas formas de liderazgo en equipos de trabajo

.Consejería de Salud. Contrato Programa Consejería de Salud-Servicio Andaluz de Salud 2010-2013

Capítulo 462

PROBLEMAS VISUALES DEL PERSONAL DE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS

NATALIA DÍAZ MIGUEL

MARÍA MONTSERRAT DÍAZ MIGUEL

1 Introducción

Los ojos son un órgano muy delicado y que necesita muchos cuidados, en nuestro trabajo los ojos sufren mucho ya que pasamos muchas horas frente a una pantalla de un ordenador, por ese motivo es muy común que los trabajadores de personal no sanitario como son los administrativos y los auxiliares administrativos tengan problemas visuales, como es el síndrome de fatiga visual.

El término médico para definir la fatiga visual se llama Astenopia, es la respuesta del ojo frente al esfuerzo muscular excesivo durante un largo periodo de tiempo. La fatiga visual se puede manifestar de diversas formas, las más comunes son, molestias en los ojos, dolor de cabeza, enrojecimiento y picor de los ojos además se puede tener visión borrosa o desenfocada. Todos estos síntomas pueden ocasionarnos malestar y perjudicarnos a la hora de realizar nuestras tareas, ya que al no encontrarnos bien veremos mermadas nuestras facultades para desarrollar con eficiencia nuestro trabajo así como también puede afectar a nuestra vida personal, Por todo esto es tan importante cuidar la salud de nuestros ojos.

Las molestias oculares son un motivo frecuente de consulta médica, ya que la fatiga visual es una de las enfermedades laborales más comunes. Y así ha sido declarada como tal por la Organización Internacional del Trabajo.

2 Objetivos

Dar a conocer uno de los problemas visuales más comunes en nuestro trabajo, como es la fatiga visual, sus síntomas, cómo prevenirla y cómo tratarla, para así tener una buena salud visual.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda de información en libros, revistas, artículos y en páginas web online a través del buscador Google Chrome, se utilizaron como descriptores de búsqueda las palabras, problemas visuales, fatiga visual, riesgos laborales, etc.

4 Resultados

Vamos a ver cuáles son los motivos más comunes por los que puede ser producida la fatiga visual. También veremos que síntomas tiene y algunos consejos para prevenir y tratar la fatiga visual.

La fatiga visual suele ser producida por:

Una inadecuada iluminación, reflejos y deslumbramientos.

Una mala postura.

Brillo de la pantalla del ordenador inadecuado.

Inadecuada organización del espacio de trabajo donde se encuentra el ordenador.

Mala calidad del aire en el entorno, bien sea por un exceso de aire acondicionado o de calefacción.

Problemas oftalmológicos de la persona.

Los signos y síntomas de la fatiga visual son:

Ojos doloridos, cansados, con ardor o picazón.

Ojos llorosos o secos.

Visión borrosa o doble

Dolor de cabeza.

Cuello, hombros o espalda doloridos

Sensación de que no se pueden mantener los ojos abiertos.

Dificultad para concentrarse.

Sensibilidad a la luz.

Como prevenir y tratar la fatiga visual:

El tratamiento para la fatiga visual consiste en hacer cambios en los hábitos diarios o en el ambiente, estos cambios son:

Ajustar la iluminación, usar luz indirecta y tener una buena orientación de la mesa para evitar reflejos en la pantalla del ordenador.

Hacer descansos, lo ideal sería apartar la mirada del ordenador durante 20 segundos cada 20 minutos también descansar la vista cada hora haciendo otras tareas como, llamadas de teléfono, etc. ...

Parpadea con frecuencia para humedecer el ojo y si no fuera suficiente usa un lagrimal artificial para humedecer el ojo, si utilizas gafas elige unas adecuadas a ti, utiliza un tratamiento antirreflejante y a ser posible que incorpore un filtro específico para la luz azul.

Mejora la calidad del aire de tu espacio. ...

Ten una postura correcta delante del ordenador. Espalda recta apoyada en el respaldo del asiento, pies en el suelo, etc.

5 Discusión-Conclusión

La fatiga visual puede ser molesta. Sin embargo, generalmente no es grave y desaparece cuando descansas la vista o tomas otras medidas para reducir la molestia en los ojos. En algunos casos, los síntomas de la fatiga visual indican una enfermedad ocular oculta que necesita tratamiento.

Algunos síntomas de la fatiga visual pueden reducirse con productos naturales, como el extracto de arándano y los ácidos grasos omega 3 del aceite del pescado. Es aconsejable realizar una consulta o revisión oftalmológica una vez al año, sin olvidar consultar al médico si las medidas de cuidado personal no alivian la fatiga visual.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/eyestrain/diagnosis-treatment/drc>
2. <https://www.allaboutvision.com/es/sindrome-visual-informatico/alivio.htm>
3. <https://www.eurocontrol.es/uncategorized/fatiga-visual-ante-el-ordenador-por-que-se-produce-y-como-evitarla/>
4. <https://www.aao.org/salud-ocular/consejos/uso-de-la-computadora-y-la-fatiga-visual>
5. <https://www.prevensystem.com/internacional/799/noticia-como-prevenir-la-fatiga-visual-en-el-trabajo.html>

6. <https://www.clinicabaviera.com/blog/bye-bye-gafasconoce-tus- ojosconoce- los-sintomas-de-los-ojos-cansados/>

Capítulo 463

CONOCIMIENTO DE LA LEY DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, LEY 7/2019 DEL 29 DE MARZO PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

INGRID MARILUD SOTO OJEDA

JONATHAN SUÁREZ VARELA

ROCÍO MÉNDEZ GONZALEZ

ANA BELÉN FERNÁNDEZ DE LA CERA

EMILIA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Una de las grandes riquezas del ámbito hospitalario es la variedad de sus trabajadores, sean o no sanitarios; todos estos trabajadores se rigen por una norma que es la ley de salud; en España la materia sanitaria pese a tener un ministerio específico, el ministerio de sanidad, cada comunidad autónoma se autogestiona; es decir, en cada comunidad autónoma tienen su propio sistema de salud (lo cual en circunstancias normales suele ser lo mejor, pero como hemos visto en circunstancias anormales como en la pandemia, se hace necesaria una gestión central).

En Asturias, el servicio sanitario es SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias), para el cual existe una ley que lo rige, que es la ley de salud del Principado de Asturias; ley 7/2019 del 29 de marzo, y la cual es esencial conocer por parte de todos los trabajadores del ámbito hospitalario, pertenezcan a una categoría u otra.

En ordenamiento jurídico suele ser una materia compleja y más, cuando se juntan dos temas como ley y sanidad, ya que, sus leyes son actualizada, derogadas, tienen competencias duplicadas (centrales y autonómicas) y debido a su gran importancia, como trabajadores en el ámbito sanitario, nos es necesario tener un concepto mas claro de dicha ley.

2 Objetivos

Conocer, estudiar y analizar aspectos generales de la ley de salud: qué leyes fueron derogadas para que entrase en vigor esta ley, cual es su vigencia, publicación en los boletines oficiales, identificar su marco jurídico.

3 Metodología

Mediante la búsqueda en el buscador Google académico de los siguientes descriptores "ley salud Principado de Asturias 7/2019", no necesitamos cribar temporalmente dicha búsqueda, debido a que es una ley actual, y nos salen un total de 36 resultados, si realizamos una criba en idioma español; la mayoría de los trabajos científicos encontrados no son adecuados a nuestros intereses de la búsqueda, así que nos hemos apoyado en las fuentes oficiales la Ley y los Boletines (BOE y BOPA)

4 Resultados

Para que una Ley se apruebe, se ha tenido que derogar otras leyes, esto ha ocurrido con la Ley de Salud del Principado de Asturias en un texto llamado disposición derogatoria única que derogó la siguientes leyes:

- 1) Ley del Principado de Asturias 1/1992 de 2 de Julio Servicio de Salud del Principado de Asturias
- 2) Ley del Principado de Asturias 14/2001 de 28 de Diciembre de Medidas presupuestarias, administrativas y fiscales que fue clave en el traspaso de Insalud

(antiguo sistema de salud) a Sespa, lo cual pudo llevarse a cabo, gracias al Real Decreto 1471/2001 de 27 de diciembre.

3) Ley del Principado de Asturias 3/2016 de 4 de noviembre de las pruebas de oposición de selección y provisión de plazas de facultativo de especialista de área

4) Ley del Principado de Asturias 10/2018 de 2 de noviembre de categorías profesionales del personal estatuario del Servicio de Salud del Principado de Asturias, está no fue derogada sino su contenido se incorporó a la nueva ley

La ley de Salud del Principado de Asturias 7/2019 de 29 de marzo, fue publicado en el BOPA número 71 del 11 de abril de 2019, y en el BOE número 126 de mayo de 2019. Es la ley vigente, desde el 1 de mayo de 2019 hasta la actualidad, como todas las leyes tienen actualizaciones y revisiones, la última fue el 13 de Julio de 2021.

Los artículos mas importantes que queremos destacar de esta Ley son:

- Al igual que el artículo 43 de la Constitución Española que esta resumido, básicamente en garantizar el derecho a la protección de la salud de sus ciudadanos a nivel autonómico
- El artículo 1.1 de la Ley de Salud del Principado de Asturias, viene a resaltar y querer garantizar lo mismo a todas las personas, dentro de su marco territorial.
- El artículo 7 nos proporciona la definición del Sistema de Salud del Principado de Asturias "El conjunto organizado y coordinado de todos los recursos de diferentes ámbitos, capaces de influir sobre el estado de salud, de la población en la Comunidad Autónoma. Está constituido por componentes interrelacionados entre sí, de los ámbitos sanitarios, sociales, medioambientales, laborales, educativos y otros que influyen en la salud"
- El artículo 8 nos explica la red del Sistema Sanitario del Principado de Asturias y sus subsistemas, todos ellos con un objetivo común que es la protección de la salud de sus usuarios. Entendiéndose cómo subsistemas no sólo los hospitales, clínicas, centros de salud sino también residencias, casas de acogida, etc
- El artículo 13 que nos explica según la Ley de Salud a quién se consideran usuarios del SESPA, a las personas residentes en cualquiera de los concejos asturianos, en las condiciones previstas según legislación y sus distintos convenios nacionales e internacionales. Esta definición es muy flexible, así que, permite ciertos cambios y diferencias en cuanto a interpretación legislativa. Actualmente este artículo esta regulado bajo el artículo 3 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

5 Discusión-Conclusión

El Sistema de Salud del Principado no comprende sólo los recursos sanitarios, sino que también comprende el resto de recursos que influyen sobre el estado de salud de la población, como por ejemplo centros de menores, casas de acogidas, etc. La ordenación territorial del Sistema Sanitario Asturiano se basa en las áreas de salud, que acogen a varios concejos. Actualmente existen ocho Áreas de Salud. Todo ciudadano debería conocer sus derechos, especialmente en materia de salud, cómo trabajadores del ámbito sanitario creemos que debemos contribuir al conocimiento del derecho a la protección de la salud.

Durante los últimos años en la materia legislativa de salud, a sufrido numerosos cambios tanto de ordenación, marcos jurídicos para lo cual ha tenido que ir acompañada de un apoyo legislativo que lo sostenga.

6 Bibliografía

- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud <https://sid-inico.usal.es/legislacion/ley-7-2019-de-29-de-marzo-de-salud/>
- Ley 2/2021, de 30 de junio, de primera modificación de la Ley del 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, para reforzar el Sistema de Salud del Principado de Asturias <http://cido.diba.cat/legislacio/12139122/ley-22021-de-30-de-junio-de-primera-modificacion-de-la-ley-del-72019-de-29-de-marzo-de-salud-para-reforzar-el-sistema-de-salud-del-principado-de-asturias-comunidad-autonoma-del-principado-de-asturias>
- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2019-7841>
- Ley del Principado de Asturias 2/2021, de 30 de junio <https://sede.asturias.es/bopa/2021/07/12/2021-06924.pdf>

Capítulo 464

LA TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL

M^a TERESA ARIAS RODRÍGUEZ

1 Introducción

La Constitución española garantiza el derecho a la protección de la salud y el derecho a recibir asistencia sanitaria pública de todos los ciudadanos. La ley General de Sanidad de 14 de abril de 1986 regula los principios que permiten el ejercicio de dichos derechos:

- . Universalización: Protección sanitaria con financiación pública para todos los ciudadanos
- . Descentralización en las Comunidades Autónomas. Cada Comunidad Autónoma tiene un Servicio de Salud que integra todos los centros y servicios de la comunidad y ejerce las competencias en planificación sanitaria, asistencia sanitaria y Salud Pública.
- . Atención integral con controles y evaluaciones de calidad.
- . Integración en el Servicio de Salud de todos los servicios públicos al servicio de la salud

El SNS tiene una Base de Datos común, coordinada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, con la que trabajan todas las Comunidades Autónomas. Esto facilita la coordinación en el registro e identificación de la población protegida, así como mantener actualizada la información sobre su situación y aseguramiento.

La Tarjeta Sanitaria Individual es el documento que acredita el derecho a la asistencia sanitaria pública y permite identificar a los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Es un documento único, cada ciudadano tiene asignado un Código de Identificación Personal (CIP) con carácter vitalicio.

2 Objetivos

- Definir la Tarjeta Sanitaria Individual.
- Conocer las distintas Bases de datos relacionadas con la tarjeta sanitaria.
- Mencionar las principales gestiones relativas a tarjeta que se realizan en los Centros de Salud por parte de los auxiliares administrativos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo un estudio consistente en la revisión bibliográfica de la literatura científica existente hasta la fecha, haciendo una búsqueda sistemática de artículos de interés sobre el tema a tratar y de la legislación existente sobre el tema.

4 Resultados

Las Comunidades Autónomas son las encargadas de gestionar la tarjeta sanitaria. Por tanto, los auxiliares administrativos de los Centros de Salud son los responsables de realizar todos los trámites relacionados con la tarjeta. El programa con el que se trabaja es el SIPRES (Sistema de Información de Población y Recursos Sanitarios). En él se puede consultar la base de datos poblacional de la CA, la del SNS, la del INSS y realizar todas las gestiones.

Base de datos poblacional de datos de las CCAA. Es un sistema de información fundamental en el aseguramiento, planificación, gestión y evaluación de los servicios sanitarios. La base de datos poblacional de Asturias incluye:

- . Toda la población con residencia habitual o temporal en Asturias.
- . Aseguramiento público gestionado por el INSS, incluidas Mutualidades con concierto con el INSS,
- . Asistencia sanitaria en situaciones especiales: Protección Internacional, Víctimas de trata de seres humanos y Extranjeros residentes no registrados ni autorizados.
- . Aseguramiento privado.
- . Otro tipo de aseguramiento (Tarjeta Europea, Convenios Especiales...)
- . Sin ningún tipo de aseguramiento ni Mutualidad.

Base de datos del SNS: Permite mantener actualizada toda la información de ubicación y aseguramiento de los ciudadanos. Incluye toda la población protegida residente en España y usuaria de los Servicios Sanitarios Públicos.

Población protegida: Aseguramiento cubierto con el INSS, Mutualidades concierto con el INSS, Asistencia Sanitaria en situaciones especiales y Convenios especiales.

Base de datos del INSS: Toda la población con aseguramiento público cubierto por el INSS, más los mutualistas de MUFACE con opción privada, independientemente de que hayan sido o no usuarios de los servicios sanitarios.

Los trámites de TSI que se realizan en el centro de salud son múltiples: Apertura de historia clínica en el Centro de Salud por cambio de empadronamiento o de Comunidad Autónoma, cambio de médico por libre elección del paciente, cambio de número de teléfono, inclusión del número de DNI mayores de 14 años, alta y asignación de pediatra a recién nacidos, alta de las personas en situación especial (extranjeros no registrados ni autorizados, Protección Internacional, Víctimas de trata de seres humanos), petición de tarjetas por extravío o deterioro, desplazamientos, atenciones ocasionales...

En Asturias la emisión de tarjeta sanitaria se efectúa en dos tipos de soporte:

. Banda: Para usuarios con tipo de población SNS y residencia habitual en Asturias, asegurados o beneficiarios del asegurado.

. Papel: Usuarios con tipo de población SNS y residencia habitual en Asturias con asistencia concedida en las situaciones especiales ya mencionadas.

Sólo se emitirá tarjeta sanitaria en los casos de: Emisión inicial, extravío o deterioro, modificación de determinados datos (cambio de nombre, apellidos, introducción del DNI o cambio por error). No se emite tarjeta por cambios en el número de afiliación a la seguridad social, tipo de ciudadano, fecha de nacimiento...

5 Discusión-Conclusión

La Tarjeta Sanitaria Individual es el documento necesario para identificar al usuario en el acceso a los servicios del Sistema Nacional de Salud. Es individual, única y necesaria para recibir asistencia sanitaria. El Real Decreto 183/2004 de 30 de enero regula los aspectos relacionados con la tarjeta sanitaria individual: emisión, validez, datos que debe incorporar, CIP ...

La TSI permite al ciudadano moverse por el territorio nacional y recibir asistencia sanitaria. Gracias a la base de datos del SNS, aunque olvide la tarjeta sanitaria, puede ser atendido en cualquier lugar presentando el DNI.

La información de la base de datos de población protegida por el SNS, altas, bajas

y actualizaciones, es aportada por las Comunidades Autónomas, y la base facilita el intercambio de información entre las mismas.

6 Bibliografía

- 1.Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud,
2. Real Decreto 183/2004 de 30 de enero por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.

Capítulo 465

IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS

ROCÍO BARBÓN GONZÁLEZ

1 Introducción

Trabajar en un hospital lleva al celador a convivir con determinados riesgos para su salud debido a las infecciones hospitalarias que se pueden dar en estos centros. Estas infecciones son un importante problema para la salud pública. También son conocidas, aparte de como infecciones hospitalarias (IH), como infecciones nosocomiales (IN) y son aquellas que el paciente adquiere en relación con su estancia en el hospital y que no estaban en el momento del ingreso. Por esto, los trabajadores de los centros sanitarios deben de llevar un buen control de su salud, realizándose los controles rutinarios necesarios, así como siguiendo al pie de la letra las normas de higiene recomendadas por el Servicio de Medicina Preventiva.

Una de las normas más importantes y que sin duda se debería de cumplir es el correcto lavado de manos, ya que éstas están consideradas como el principal vehículo en la transmisión de microorganismos. Lavarse bien las manos es uno de los métodos más sencillos para reducir las infecciones entre pacientes y trabajadores, pero precisamente por esto y por otros factores como la elevada carga de trabajo, la falta de tiempo, etc., no se le acaba de dar la relevancia que merece esta práctica.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar los momentos en los que es preciso el lavado de manos.

Objetivos secundarios:

- Conocer los tipos de lavado de manos que podemos realizar según la tarea que se va a desarrollar.
- Detallar el correcto procedimiento del lavado de manos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo sobre la higiene de manos, se ha llevado a cabo una búsqueda en las principales bases de datos científicos como son Pubmed, Scielo y Medline. Se han tenido en cuenta los artículos escritos únicamente en español y las palabras claves empleadas para la recopilación de dichos artículos han sido: infecciones hospitalarias, higiene, lavado de manos, transmisión microorganismos, etc. También se han tenido en cuenta los diferentes temarios utilizados para la preparación de oposiciones.

4 Resultados

Como hemos dicho anteriormente el lavado de manos es una práctica muy importante y de obligado cumplimiento para los trabajadores de los centros sanitarios. Por ello deben tener en cuenta unos principios básicos que son: tener las uñas cortas y sin ningún tipo de esmaltes así como no traer anillos, pulseras ni relojes. Para que este método sea efectivo los trabajadores deberán lavar las manos con periodicidad, sobre todo en los momentos donde es más posible transmitir microbios. Dichos momentos son:

- Al empezar y terminar la jornada laboral.
- Después de estornudar, toser o de utilizar un pañuelo.
- Antes y después de comer.
- Cuando se vaya al aseo.
- Previamente y después de mover o asear a un paciente.
- Al servir las comidas y terminar.
- Tras manipular ropa sucia, el orinal, cuñas, etc.
- Antes y después de las curas.
- Antes y después de suministrar medicamentos, realizar aspiración de secreciones, extraer líquidos biológicos, hacer punciones, manipular sondas, etc.

Son muchas las ocasiones antes y después de las cuales debemos lavarnos las manos los trabajadores sanitarios, por lo que el lavado de manos en clínica se

puede clasificar según la tarea que se vaya a realizar. A continuación explicaremos los tipos que hay y la técnica correcta que hay que realizar en cada uno de ellos:

Lavado de manos rutinario o preventivo. Tareas cotidianas y habituales de la vida.

- 1) Aplicar agua y jabón y frotar las manos entre 10 y 30 segundos prestando atención a las zonas interdigitales y las uñas. Movimientos del brazo hacia los dedos.

- 2) Aclarar con agua templada.

- 3) Secar con toalla desechable desde la punta de los dedos al codo.

- 4) Cerrar el grifo con el codo o con una toalla de papel, sin tocar con las manos.

Lavado de manos especial. Mayor tiempo de dedicación.

- 1) Se realiza con jabón antiséptico durante 1 minuto.

- 2) Hacer los pasos 2, 3 y 4 del lavado de manos rutinario.

Lavado de manos quirúrgico. Se realiza en manos y antebrazos.

- 1) Enjabonar con jabón antiséptico durante 2 minutos y aclarar con agua tibia.

- 2) Con un cepillo jabonoso cepillar las uñas 30 segundos y aclarar con agua tibia.

- 3) Enjabonar 2 minutos y aclarar con las puntas de los dedos hacia arriba.

- 4) Secar sin frotar con una toalla estéril.

- 5) Cerrar el grifo con pedal o con el codo, pero nunca con las manos.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo se ha expuesto la importancia que tiene realizar un buen lavado de manos para evitar la transmisión de microorganismos dentro de los centros hospitalarios. Para que esta técnica adquiera la relevancia que se merece y que no quede en un mero trámite rutinario, las instituciones deberían reforzar la información, la formación y sobre todo la motivación del personal sanitario, así como de los propios pacientes y usuarios. Esto podría llevarse a cabo implantando protocolos más estrictos y con el empleo de carteles recordatorios y explicativos del proceso.

Lo que queda claro es que una buena higiene de manos es la clave para brindar un servicio más seguro y de calidad tanto para los enfermos como para los trabajadores de las instituciones sanitarias.

6 Bibliografía

1. www.medac.es
2. "La higiene personal del celador/a" (Tema 17). Temario MAD.
3. "Técnica del lavado de manos" (Tema 17). Temario MAD.
4. www.seguridaddelpaciente.es

Capítulo 466

SISTEMA SANITARIO: ORGANIZACIÓN Y GESTION ADMISTRATIVA

ANA MARIA LLERA ALONSO

MARIA VISITACIÓN LLERA ALONSO

1 Introducción

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de todos los poderes públicos.

El Sistema Nacional de Salud se organiza en dos niveles o entornos asistenciales: Los primeros serían los servicios sanitarios de primer nivel –Atención Primaria- su característica principal es la accesibilidad y capacidad de resolución de los problemas frecuentes de salud. Los dispositivos asistenciales son los Centros de Salud y los consultorios locales, ya sea en los centros o en el domicilio del ciudadano.

El segundo nivel – Atención Especializada- cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos más complejos y a los que se accede, en primera instancia, por indicación de los facultativos de Atención Primaria. El dispositivo asistencial es el hospital y centros de especialidades, de manera ambulatoria o con internamiento. En el presente capítulo se dará una visión general de la estructura sanitaria y su organización, y sobre la gestión del reto de salud pública y de responsabilidad social que a supuesto la pandemia en la que actualmente nos encontramos inmersos.

2 Objetivos

- Dar una visión general de la estructura y organización sanitaria desde el punto de vista administrativo.
- Estudiar la planificación y estructura general de la sanidad.
- Ver la organización y gestión del sistema sanitario.
- Evaluar los cambios propios de la actual situación.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Sistema Nacional de Salud cubriría las siguientes prestaciones:

1. Atención primaria: En este nivel asistencial se concentra la mayor parte de actividades de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, se dispensa atención médica y de enfermería de forma continuada, incluso en el domicilio si se requiere, para los problemas de salud urgentes, servicios de rehabilitación y apoyo social.
2. Atención especializada: La atención especializada garantiza la continuidad de la atención integral al paciente. Una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y en coordinación con ésta, comprende la asistencia especializada en consultas y la hospitalización en régimen de internamiento, el apoyo a la atención primaria en el alta precoz y hospitalización a domicilio, la atención paliativa a enfermos terminales, la atención a la salud mental y la rehabilitación en pacientes.
Incluye también los servicios de: cuidados intensivos, anestesia y reanimación, hemoterapia, rehabilitación, nutrición y dietética, seguimiento de embarazo. Asimismo, proporciona la indicación, prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
3. Atención de urgencia: Se dispensa en aquellos casos en que sea necesario atender al paciente de forma inmediata. Se realiza tanto en los centros sanitarios como fuera de ellos (domicilio del paciente, in situ...) durante las 24 horas del día.

Puede prestarse por la atención primaria, la especializada, o los servicios especialmente dedicados a esta atención urgente.

4 Prestación farmacéutica: Comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades y dosis precisas, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

La prestación farmacéutica junto con la ortoprotésica y a diferencia de las demás prestaciones, presenta la característica de estar cofinanciada por los usuarios, los medicamentos dispensados en un internamiento hospitalario o proceso de atención especializada no tienen copago, mientras que los medicamentos prescritos y dispensados a los pacientes no hospitalizados tienen copago.

5. Prestación Ortoprotésica: Comprende los elementos necesarios para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente, incluye productos sanitarios, implantarles o no, para sustituir total o parcialmente una estructura corporal, modificar corregir o facilitar su función.

6. Transporte sanitario: Desplazamiento de pacientes cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte, en situaciones de urgencia o imposibilidad física del interesado.

7. Productos dietéticos: Dispensación de los tratamientos dieto-terapéuticos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos, y la nutrición domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de uso ordinario.

8. Servicios de información y documentación sanitaria: a destacar la información al paciente y sus familiares y allegados de sus derechos y deberes, la tramitación de los procedimientos administrativos que garanticen la continuidad del proceso asistencial, la expedición de partes de baja, alta, informes de incapacidad, certificados de nacimiento, defunción.

En cuanto a las competencias, hay que diferenciar entre las que son de competencia estatal y las de competencia autonómica.

Las competencias del Estado en materia de sanidad se pueden recoger en los siguientes:

1-Bases y coordinación general de la sanidad, estableciendo normas, condiciones y requisitos mínimos para el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

2-Sanidad Exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, vigilando y controlando los riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y de tráfico internacional de viajeros.

3-Legislación sobre productos farmacéuticos.

4-Otras competencias:

- . -Control sanitario del medio ambiente y de alimentos, servicios o productos directa o indirectamente relacionados con el uso y consumo humano.
- . - Reglamentación, autorización y registro y homologación de los medicamentos de uso humano y veterinario y, sobre los primeros, ejerce las competencias de inspección y control de calidad.
- . - Fomento de uso racional del medicamento.
- . - Determinación, con carácter general, de las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios.
- . -Fomento de la calidad en el Sistema Nacional de Salud.
- . -Formación sanitaria especializada en centros y unidades docentes acreditados al efecto.
- . -Establecimiento del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a las Competencias de las Comunidades Autónomas, en la Constitución Española del 78 está recogida la organización territorial del Estado que posibilita la asunción por las Comunidades Autónomas de competencias en materia de sanidad. Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las Comunidades Autónomas han asumido paulatinamente competencias en esta materia. El proceso de transferencia de la asistencia sanitaria gestionada por el Instituto Nacional de la Salud –INSALUD- se llevó a cabo entre 1981-2002.

La organización sanitaria en el Principado de Asturias, es competencia de la Consejería de Salud.

El artículo 7 del Decreto 13/2019, de 24 de julio, del Presidente del Principado de Asturias, de reestructuración de las Consejerías que integran la Administración de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, establece que a la Consejería de Salud le corresponden las competencias relativas las siguientes materias:

- a) Medidas tendentes a garantizar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud.
- b) Diseño y ejecución de las directrices generales en política de salud pública y en materia de participación ciudadana en los servicios sanitarios.
- c) Planificación y ordenación territorial de la atención sanitaria, la evaluación y la inspección de los servicios sanitarios, el diseño e impulso de las políticas de calidad en las prestaciones sanitarias y en la incorporación de nuevas tecnologías.
- d) Organización de los servicios sanitarios.
- e) Planificación de recursos humanos y materiales del sistema sanitario.
- f) Formulación y desarrollo de políticas y acciones en materia de sanidad ambiental y consumo alimentario.

En el Decreto 83/2019, de 30 de agosto establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud del Principado de Asturias en los siguientes órganos: a)

Órganos centrales:

- 1.º Secretaría General Técnica.
 - 2.º Dirección General de Salud Pública.
 - 3.º Dirección General de Política y Planificación Sanitarias.
 - 4.º Dirección General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento.
 - 5.º Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria. b)
- Órgano desconcentrado: Agencia de Seguridad Alimentaria, Sanidad Ambiental y Consumo.

Adscrito a la Consejería de Salud se encuentra el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), ente de derecho público, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines.

El Consejo Asesor de Sanidad del Principado de Asturias es el órgano de asesoramiento del titular de la Consejería en materias relacionadas con la salud pública y la sanidad, con finalidad de fomentar una adecuada gobernanza del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias.

El Consejo de Salud del Principado de Asturias es el órgano de participación comunitaria en salud y en la administración sanitaria de la Comunidad Autónoma, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, y normativa de desarrollo.

El Observatorio de Salud es el órgano de difusión del Plan de Salud y que promoverá el análisis continuo de la situación de salud y los factores determinantes de esta y su distribución social y territorial, contando con un foro científico-técnico y otro de participación social.

La estructura orgánica que establece el presente decreto crea una nueva Dirección General, la de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria, con la finalidad de hacer frente al reto del envejecimiento de la población, que supondrá la presencia de más personas con enfermedades crónicas. Esto exigirá políticas sanitarias que potencien la autonomía y el autocuidado, desde un punto de vista integral y de atención centrada en las personas, donde estén presentes la especialización, la tecnificación y la mejor atención a la enfermedad.

En la Dirección General de Salud Pública, en el Servicio de Salud Poblacional, se refunden las funciones que con anterioridad correspondían al Servicio de Promoción de la Salud y Participación y al Servicio de la Evaluación de la Salud y Programas por razones de eficiencia.

Por razones de eficiencia, las competencias sobre la Oficina de Atención al Ciudadano, ordenación territorial y aseguramiento se atribuyen a la Dirección General de Política y Planificación Sanitarias, centrándose la Dirección General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento en el resto de competen-

cias que venían correspondiendo a la anterior Dirección General de Planificación Sanitaria.

En las circunstancias excepcionales actuales, merece mención aparte el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado, el establecimiento de Planes de Salud conjuntos entre Estado y CC.AA, y la constitución entre el Estado y las CC.AA. de Comisiones y Comités Técnicos, la celebración de Convenios y la elaboración de Programas en común que se requieran para la mayor eficacia y rentabilidad de los Servicios Sanitarios.

Con el vigente reparto constitucional de competencias, el Estado y su Administración General han tenido que apoyarse en las medidas excepcionales de atribución de facultades que permitía la declaración del estado de alarma, pudiendo ejercer funciones unificadoras y coordinadoras de unas Comunidades Autónomas que gozan de amplias competencias sanitarias en virtud de sus Estatutos de Autonomía.

5 Discusión-Conclusión

No se puede obviar el impacto de la pandemia en la organización sanitaria, cuya planificación y estructura se ha visto afectada debido al exceso de trabajo provocado en los profesionales, la implantación de protocolos específicos y la obligada rápida adaptación a las nuevas tecnologías.

La falta de recursos y de materiales durante los primeros meses de la pandemia se ha convertido en otra de las realidades de la COVID-19. Además de recursos materiales, la falta de personal ha sido otro efecto de la pandemia en la estructura sanitaria.

Parece necesario plantearse una nueva distribución de competencias que asegure la igualdad de todos los ciudadanos ante los servicios públicos sanitarios sin discriminación y sin que un ciudadano pierda derechos sanitarios al acudir a los servicios sanitarios de una Comunidad Autónoma distinta de la suya y la posibilidad de diseñar políticas públicas sanitarias que se puedan aplicar por igual en todo el Estado.

En relación a la sobrecarga asistencial provocada por la pandemia, algo que no se podía predecir, deja en evidencia la necesidad de mejorar las tecnologías y protocolos específicos para poner solución a las deficiencias que se han hecho

evidentes.

Cumplidos cerca de 2 años de la aparición de la enfermedad de la COVID-19, que no ha dejado descansar a los profesionales sanitarios, el impacto de la pandemia ha traído consigo el desgaste profesional, agotamiento, ansiedad o depresión, un aumento de la precariedad laboral, lo que obviamente, influye en la organización y gestión del sistema sanitario.

Por todo ello, parece oportuno replantear el modelo sanitario, teniendo en cuenta la experiencia vivida y las necesidades que generará la nueva situación social, económica y epidemiológica.

El sistema sanitario se encuentra ante una oportunidad histórica para transformarse en un sistema mejor, más digitalizado y resistente, orientado a la obtención de los mejores resultados en salud para los ciudadanos y capaz de recuperar toda la actividad perdida durante la pandemia.

6 Bibliografía

1. Javier García Fernández. Un nuevo modelo de organización de la sanidad tras la pandemia. [Internet]. | Jul 31, 2020.
2. Esther Calbo, Jorge Calvo, Raúl Ortiz de Lejarazu y José Miguel Cisneros. La organización de la asistencia hospitalaria: Revisión de circuitos hospitalarios y con centros extrahospitalarios. [internet]. octubre 2020.
3. BOE núm. 170 de 3-IX-2019. Decreto 83/2019, de 30 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud.
4. Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria. Impacto de la pandemia del COVID-19 en las organizaciones sanitarias mayo de 2020.
5. Francisco de Paula Rodríguez Perera. Las lecciones del virus en la gestión sanitaria. [internet marzo 2021.

Capítulo 467

TRANSVERSALIDAD DE GÉNERO EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

ANA MARIA LLERA ALONSO

MARIA VISITACIÓN LLERA ALONSO

1 Introducción

El presente capítulo constituye el resultado de un conjunto de consultas e investigaciones orientadas a la integración de la perspectiva de género en las actuaciones de las Administraciones Públicas, para abordar una revisión y actualización de las herramientas existentes, y la creación de nuevas herramientas que faciliten una nueva fase en la incorporación de la igualdad a las prácticas y mecanismos de actuación de las administraciones.

La transversalidad de la perspectiva de género va de la mano de la reorganización, la mejora, el desarrollo y la evaluación de las políticas públicas, incluyendo todos los niveles y a las personas responsables de la toma de decisiones.

Lo primero será hacer una recopilación de las actividades desarrolladas por la Administración, que permite esbozar una descripción general de la situación a modo de fase previa o de diagnóstico.

En segundo lugar, realizar un estudio sobre las actitudes del personal de la Administración Pública ante la igualdad entre hombres y mujeres mediante el estudio de diferentes encuestas públicas.

Esta pequeña investigación es un intento de reflexión en torno a la actuación institucional y la aplicación de la Igualdad de Oportunidades entre las mujeres y los hombres en todas las actividades de la Administración Pública.

2 Objetivos

- Identificar las actividades realizadas.
- Detectar de las principales lagunas en la incorporación del enfoque de género a la actuación de la Administración Pública requiere un análisis concreto de la situación real y actual de la institución correspondiente para poder determinar las lagunas y carencias existentes.
- Buscar propuestas y pautas de actuación con la elaboración de propuestas concretas para la implantación efectiva de medidas de igualdad de oportunidades, proceso de búsqueda de sugerencias en la que intervengan los diferentes partes.

3 Metodología

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

4 Resultados

En 1967 se redactó la Declaración en contra de la Discriminación de las Mujeres, que sentaría las bases para la aprobación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en 1979. Al mismo tiempo fue creado el Comité para la Eliminación de la Discriminación de la Mujer (CEDAW), con la función de supervisar el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la citada Convención.

Dentro de las actividades de Naciones Unidas dirigidas a promover la igualdad entre los sexos hay que destacar que la Asamblea General proclamó el Año Internacional de la Mujer en 1975.

La Asamblea General aprobó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en diciembre de 1979.

En septiembre de 1995 se celebró en Pekín la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz.

A finales de 2000 se celebró la Conferencia de Nueva York, con el título Igualdad, Desarrollo y Paz en el siglo XX.

Por lo que se refiere al contexto europeo puede considerarse que la política de igualdad entre las mujeres y los hombres tiene su punto de partida en el Art. 119

del Tratado de la Comunidad Económica Europea de 1957, en el que se establece el principio de igualdad de remuneración entre trabajadores y trabajadoras. La Comisión Europea elaboró un programa de Acción Social en 1972 y el Consejo adoptó en 1974 una resolución que recogía la voluntad de desarrollar acciones orientadas hacia la igualdad entre mujeres y hombres, voluntad que se ha traducido desde entonces en la aprobación de numerosas directivas.

Igualmente, en 2006, la Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades desde la Comisión Europea adopta una Hoja de ruta para la igualdad entre mujeres y hombres (2006-2010), entre cuyas actividades específicas figura la creación de un Instituto Europeo para la Igualdad de Género.

La Constitución Española propugna en su artículo primero la igualdad como valor superior de su ordenamiento jurídico. El texto constitucional contiene además otras tres referencias concretas al respecto: por un lado, el artículo 14 reconoce la igualdad como un derecho fundamental de toda la ciudadanía en un sentido amplio, ya que supone el rechazo no sólo a la discriminación entre los sexos, sino también a la que se origine por el nacimiento, raza, religión, ideología y cualquier otra condición; por otro lado, el artículo 9.2 establece la responsabilidad de los poderes públicos en la garantía de la consecución efectiva de esa igualdad; por último, el artículo 35.1 prohíbe cualquier discriminación por razón de sexo en el ámbito del trabajo.

Asimismo, en el entorno estatal, el 3 de marzo de 2006 se aprueba el Anteproyecto de Ley Orgánica de Igualdad entre Mujeres y Hombres, cuyo objeto es la prevención de las conductas discriminatorias y la previsión de políticas activas para hacer efectivo el principio de igualdad.

A nivel autonómico la transversalización forma parte del marco regulatorio aplicable a nuestra Administración, al estar específicamente prevista en el artículo 3 de 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, la creación del Instituto Asturiano de la Mujer en 1999 y la consiguiente elaboración de políticas públicas autonómicas de igualdad: Plan para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres (1989-1991), Plan para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres Asturianas (1993-1995), Plan para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres del Principado de Asturias (1996-2000), Plan de Acción Positiva para las Mujeres del Principado de Asturias (2001-2005), Programa de estrategias para avanzar en el desarrollo de las políticas de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres (2005-2007), Plan Estratégico de Igualdad entre Mujeres y Hombres del Principado de Asturias (2013-2015), Plan Estratégico de Igualdad del Principado de Asturias (2016-2019), además del Pacto social contra la violencia sobre las mujeres

(2016).

La intervención pública a favor de la igualdad entre hombres y mujeres se centra en los siguientes puntos:

1. Igualdad legal y Política: se desarrollan actuaciones legales encaminadas a eliminar aspectos discriminatorios de la normativa en vigor y, por otro lado, se llevan a cabo medidas y programas sociales dirigidos a colectivos de mujeres que padecen situaciones especialmente desventajosas.
2. Acción Positiva: consiste en el establecimiento temporal de privilegios compensatorios a personas en situación de desventaja social con el objetivo de eliminar la desigualdad, la erradicación de situaciones concretas de desigualdad en cualquier ámbito y favorece a las mujeres con el objetivo de promover su pleno desarrollo social y personal.
3. Planes de Igualdad: un conjunto de estrategias orientadas a hacer efectiva la igualdad entre mujeres y hombres dirigidas a compensar una situación concreta de desigualdad, con medidas generales destinadas a promover la igualdad en los diversos ámbitos sociales, económico o culturales.
4. La Transversalidad: implica una distribución equilibrada de mujeres y hombres en todas las esferas de la vida pública y privada, que el conocimiento, experiencias y los valores de mujeres y hombres reciben la misma valoración social.

En el proceso de elaboración de las políticas de igualdad hay varias fases, la primera sería la identificación del problema (percepción de los problemas desde la perspectiva de género), seguirá la propuesta de soluciones (desagregar datos por sexo, propuestas que consideren el género), adopción de decisiones (elección de alternativa más acorde con perspectiva de género, partida presupuestaria de género...), una fase de implementación (formación y sensibilización...) y finalmente una fase de evaluación de los resultados de las políticas desde perspectiva de género.

La integración de la igualdad en la actividad general de la Administración ha de tomar en cuenta:

1. Lenguaje e Imagen no sexistas: El lenguaje tiene una importancia fundamental, Tradicionalmente se ha utilizado el masculino genérico para nombrar la pluralidad de mujeres y hombres, ésta tendencia ha ido cambiando en los últimos años y se han introducido diversos mecanismos para que el lenguaje pierda su sesgo sexista.
- Importancia de la Administración Pública como agente impulsor y ejemplar del uso del lenguaje no-sexista.

- Importancia del compromiso adquirido por la Administración para la Igualdad de la utilización del lenguaje y de las imágenes no sexista.
- Garantizar el lenguaje no-sexista de los documentos tanto internos como externos
- Realizar una formación a todo el personal sobre la necesidad y la importancia del lenguaje no-sexista.
- Exigencia a las organizaciones con las que contrata o firma un convenio de usar un lenguaje no discriminatorio.
- Compromiso de un uso no discriminatorio del lenguaje frente a otras instituciones públicas.
- Eliminar imágenes sexistas e introducir otras que reflejen realidades igualitarias.
- Utilización de número igualitario de personajes femeninos y masculinos.
- Evitar retratar a mujeres y hombres en actividades convencionales.
- Destacar aspectos como la corresponsabilidad entre ambos sexos en tareas domésticas y de cuidado.

2. Recogida de información desagregada por sexos

- Recogida de información en función de la variable sexo.
- Incluir la variable sexo en memorias departamentales.
- Análisis en función del sexo de personas beneficiarias de las políticas.
- Diseño y elaboración de una base de datos sobre recursos existentes y personas expertas.

3. Igualdad de Oportunidades dentro de la Administración

- Igualdad, Mérito y Capacidad Acceso objetivo de mujeres a un puesto de trabajo.
- Impulsar la existencia de una proporción similar de hombres y mujeres en todos los niveles.
- Impulso a la existencia de cargos de responsabilidad política donde haya una representación paritaria de hombres y mujeres.
- Impulso y demanda a los partidos para incluir más mujeres en cargos políticos.
- Implicar a los sindicatos como Interlocutores para la igualdad.
- Mejorar los mecanismos de información interna de las actividades que se realicen en materia de igualdad aprovechando las nuevas tecnologías de la información:
 - . Introducir y actualizar en Intranet información.
 - . Enviar periódicamente información detallada por correo electrónico.
 - . Utilización de la intranet para difundir y compartir cualquier comunicación de interés en materia de género.
 - . Utilizar formatos atractivos y de fácil lectura.
- Mejorar los canales de participación del personal y establecer mecanismos sencillos para la recepción de quejas y sugerencias.

- . Crear un buzón virtual de sugerencias y quejas en Intranet.
- . Habilitar un teléfono para la recepción de quejas y sugerencias.
- . Colocar buzones de sugerencias y quejas en todos los departamentos o edificios de la Administración.
- . Mejorar y acercar la oferta formativa en materia de igualdad de oportunidades.
- . Adecuar los horarios de los cursos a las necesidades y favorecer su celebración durante el horario de trabajo.
- . Incluir cursos relacionados con la perspectiva de género en la Formación Obligatoria del Personal.
- . Diseñar cursos de contenido y título atractivo para favorecer la asistencia de todo tipo de personal.
- . Favorecer la organización de cursos de menor duración.
- Mejorar los canales de difusión e información de los cursos.
- . Informar al personal de la idoneidad de estos cursos y de la aplicabilidad a su trabajo.
- . Establecimiento de baremos de puntuación diferenciados en pruebas físicas de procesos selectivos.
- . Exigencia de conocimientos mínimos sobre igualdad de oportunidades y perspectiva de género.

5 Discusión-Conclusión

Las condiciones que deberían darse para el desarrollo de la perspectiva de género comenzarían por el compromiso político, se requiere que las instituciones asuman un compromiso político con la igualdad entre los sexos, la voluntad de eliminar los obstáculos que se oponen a la igualdad y el reconocimiento de la responsabilidad de los poderes públicos en ese proceso de transformación.

El conocimiento de la realidad social es imprescindible, contar con un conocimiento suficiente acerca de las relaciones entre géneros y de la situación real y condiciones sociales en las que viven hombres y mujeres, exige la realización de investigaciones y análisis con relación a los diversos ámbitos sociales. Esto sólo es posible si se cuenta con datos fidedignos y estadísticas que recojan información relevante tanto para los hombres como para las mujeres.

La Administración debe ser conocedora del funcionamiento administrativo real, así como de los agentes que participan en cada fase de la elaboración de las políticas públicas.

El desarrollo de la perspectiva de género necesita una disponibilidad suficiente de recursos humanos y materiales para poder llevarlo a cabo. La existencia de

recursos económicos supone que los presupuestos de las instituciones tomen en consideración las políticas públicas en favor de la igualdad e introducen partidas específicas destinadas a tal fin. Los recursos humanos son los medios indispensables para poder implantar la perspectiva de género en todas las áreas de la actuación pública, lo que requiere un importante esfuerzo en el campo de la formación del personal.

La participación de las mujeres en todas las fases de la toma de decisiones públicas es una cuestión relevante, requisito indispensable para garantizar que se tengan en cuenta los intereses de las mujeres y que las transformaciones se lleven a cabo rápidamente.

6 Bibliografía

1. Unidad para la igualdad entre hombres y mujeres [internet] <https://www.um.es/estructura/unidades/u-igualdad/documentacion/2016-17/Hacia-la-corresponsabilidad-social-de-los-cuidados-1.pdf> noviembre 2016
2. Ley Orgánica 3/2007 de Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres.
3. 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.
4. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
5. Delegación de Gobierno contra la violencia de género. [internet] <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/victimasmortales/fichamujeres/home.htm>
6. I Plan Estratégico de Igualdad entre Mujeres y Hombres del Principado de Asturias |2013-2015.
7. Instituto Asturiano de la Mujer en 1999.
8. Plan Estratégico de Igualdad del Principado de Asturias |2016-2019.
9. Pacto social contra la violencia sobre las mujeres |2016.

Capítulo 468

PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANA MARIA LLERA ALONSO

MARIA VISITACIÓN LLERA ALONSO

1 Introducción

Teniendo en cuenta que Los datos personales relativos a la salud son considerados como datos sensibles, especialmente protegidos, en la situación actual de pandemia causada por el Covid-19, el tratamiento de datos de salud ha adquirido mucha actualidad y relevancia, de manera que la protección de datos adquiere una especial trascendencia. Los datos personales relativos a la salud constituyen categorías especiales de datos y los pacientes se consideran un colectivo vulnerable en el momento del tratamiento de datos, por lo que es esencial la salvaguarda e información de los derechos de los interesados.

Muy a tener en cuenta la Ley de Protección de Datos Personales que reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada.

Por ello, los hospitales, ambulatorios, clínicas o centros médicos están obligados a cumplir ciertas exigencias especiales en cuanto al tratamiento de la información médica de sus pacientes. En éste capítulo profundizamos sobre la protección de datos sanitarios para el cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos, la Ley de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos

digitales, así como la Ley Básica Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

2 Objetivos

El objetivo de éste trabajo es realizar una revisión bibliográfica sobre la protección de datos en el ámbito sanitario, los derechos de los usuarios y enfermos y los deberes de los profesionales sanitarios en lo que a protección de datos de refiere.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión sobre la bibliografía existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado las principales bases de datos, seleccionando artículos de los cuales hemos recogido la información.

4 Resultados

La historia clínica es el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada paciente, que incluye información sobre el estado de salud pasado, presente y futuro.

La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.

El responsable del tratamiento de los datos que forman parte de la historia clínica es el médico o el centro sanitario, público o privado; éstos tienen la obligación de elaborarla, custodiarla e implantar las medidas de seguridad necesarias para que no se extravíe o sea accedida por terceros.

Tanto el personal sanitario como no sanitario conocedor de información personal de los pacientes, debido al ejercicio de sus funciones, deben de ser conscientes de que revelar datos de los usuarios y pacientes es un delito recogido por la Ley de Protección de Datos, y que dicha revelación de información puede ocasionar una serie de infracciones.

El centro médico, personal sanitario, personal administrativo.... son responsables del tratamiento de los datos contenidos en la historia clínica y deben custodiar, conservar y proteger la información contenida.

La historia clínica se puede utilizar mientras dura la atención sanitaria al paciente.

Se establecen diferentes plazos de conservación de los datos contenidos en ella (cinco o quince años, o incluso plazo superior), tras los cuales la información y documentos deberán ser eliminados de forma segura.

Cuando un centro o profesional cesa en su actividad, se debe garantizar el acceso a las historias clínicas que custodia.

Los pacientes tienen, sobre sus datos médicos, los derechos que el RGPD confiere a todo interesado: derecho de información, acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento de los datos personales.

El paciente tiene derecho a ser informado sobre el tratamiento de sus datos personales. No será necesario informar al paciente en cada visita, siempre que en la primera consulta se hubiera otorgado la información correspondiente y no se modifique la finalidad, responsable u otras circunstancias relacionadas con el tratamiento.

Es necesario diferenciar entre el consentimiento informado y el derecho de información previsto en la legislación de protección de datos. Mientras que el primero hace referencia a la obtención del consentimiento del paciente para la realización de diferentes intervenciones médicas, el segundo se refiere al derecho de todo paciente a ser informado de cómo son tratados sus datos personales.

Los pacientes tienen derecho a acceder a su historia clínica en cualquier momento y a obtener copia de los datos y documentos incluidos.

Toda persona tiene derecho a solicitar que se modifiquen aquellos datos erróneos y a que, en determinados casos, se suprima una información o dato personal. No obstante, en el ámbito sanitario, antes de proceder a la supresión o modificación de datos clínico-asistenciales, los centros sanitarios deberán analizar las circunstancias de cada caso desde la perspectiva del criterio médico e interés terapéutico.

El interesado tiene derecho a recibir los datos personales que le incumban y a transmitirlos a otro responsable cuando el tratamiento se basa en el consentimiento o en la ejecución de un contrato, y cuando la información está automatizada. Ésta posibilidad no se prevé para los datos obtenidos por los centros y servicios de la red de salud pública en la prestación de asistencia sanitaria, ya que el tratamiento se enmarca en una actividad de interés público.

Un paciente puede ejercer su derecho de oposición y solicitar que sus datos no se utilicen para ciertos fines, que solamente puedan acceder a sus datos profesionales de su centro asistenciales.

Los datos personales que un paciente comunica en el contexto de asistencia sanitaria son confidenciales y los profesionales que intervengan en el tratamiento deben mantener la confidencialidad y no difundir la información con personas o

entidades ajenas.

Los profesionales de la salud están sujetos al secreto profesional, obligación que solo pueden romper en algunos supuestos legales específicamente previstos.

La normativa permite que se comuniquen datos de salud a las personas vinculadas al paciente que lo acompañan en el proceso asistencial, excepto que el paciente se oponga.

Importante a tener en cuenta es que la asistencia prestada en centros sanitarios de la red pública constituye una actividad de interés público, de manera que se pueden tratar los datos sin necesidad de obtener el consentimiento.

Las finalidades del tratamiento para las que se tratan los datos personales en el ámbito sanitario se pueden resumir en: finalidades asistenciales, finalidades de administración y gestión de servicios, finalidades epidemiológicas y de salud pública, finalidades de inspección sanitarias, finalidades de investigación en salud y finalidades docentes.

En relación con el tratamiento para fines epidemiológicos o de salud pública, especialmente relevante en la situación actual, las autoridades sobre protección de datos manifiestan que se debe evitar identificar a las personas afectadas, salvo que sea necesario para la prevención de peligro para la salud pública o cuando los pacientes hayan consentido.

Cuando los profesionales detecten casos relacionados con enfermedades de declaración obligatoria o brotes epidémicos, existe la obligación de comunicarlo a las autoridades sanitarias. Asimismo, es lícito que las autoridades traten los datos de salud de las personas, aún sin su consentimiento, cuando ello sea necesario por motivos de interés público.

Es adecuado el uso de apps o webs de obtención y tratamiento de datos de los ciudadanos para controlar la situación de pandemia, siempre que estos instrumentos cumplan la normativa de protección de datos y ofrezcan garantías adecuadas para salvaguardar los derechos.

En resumen, los pacientes, como dueños de los datos personales, tienen reconocidos los siguientes derechos por el Reglamento General de Protección de Datos:

- 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.

Tanto el personal sanitario como no sanitario conocedor de información personal de los pacientes debido al ejercicio de sus funciones, debe de cumplir esta ley y respetar la protección de datos de los pacientes.

En los casos en los que esta ley sea incumplida, la misma recoge un régimen sancionador.

5 Discusión-Conclusión

Durante el ejercicio de nuestro trabajo los profesionales sanitarios y no sanitarios estamos recibiendo y manejando continuamente informaciones de los usuarios o enfermos.

La ley orgánica de protección de datos considera a los datos personales relativos a la salud como datos sensibles y especialmente protegidos.

El conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente queda registrados en la historia clínica, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos.

El secreto profesional es de obligatorio cumplimiento por el personal que tenga acceso a los datos del paciente, incluso cuando la relación que vincule a las partes haya finalizado. La ley de confidencialidad del paciente obliga a los centros médicos a adoptar las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad de los datos relativos a la salud y el procedimiento legal de acceso.

La historia clínica es muy útil a la hora de iniciar un proceso terapéutico que requiera información sobre intervenciones sanitarias previas, ya que ésta incorpora la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.

La historia clínica es muy eficaz, pero tanto el personal sanitario como no sanitario conocedor de información personal de los pacientes debido al ejercicio de sus funciones, deben de ser conscientes de que revelar datos de los usuarios y pacientes es un delito recogido por la ley de protección de datos, y que dicha revelación de información puede ocasionar una serie de infracciones.

6 Bibliografía

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
2. Revista de Bioética y Derecho. Universidad de Barcelona [Internet] [Citado 2017] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/bioética/n37/articulo3.pdf>.

3. [Internet] [Citado agosto 2018] <https://protecciondatos-lopd.com/empresas/guia-centros-sanitarios/>.
4. Guía para pacientes y usuarios de la Sanidad. [Internet] [Citado 2019]. Agencia española de protección de datos. [Internet] Disponible en: <https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-12/guía-pacientes-usuarios-sanidad.pdf>.
5. ayudaleyprotecciondatos.es. [Internet] [Citado abril 2016] Disponible en: <https://ayudaleyprotecciondatos.es/2016/04/24/datos-sanitarios-seguridad/>.
6. Reglamento General de Protección de datos de 25 de mayo del 2018.
7. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales del 5 de diciembre del 2018.

Capítulo 469

MANUAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LOS CENTROS SANITARIOS

MARIA VISITACIÓN LLERA ALONSO

ANA MARIA LLERA ALONSO

1 Introducción

Las instituciones sanitarias son organizaciones altamente cualificadas con un importante abanico de riesgos en sus instalaciones que afectan tanto a los trabajadores sanitarios como a otros trabajadores auxiliares, los cuales deben tenerse en consideración para la aplicación de unas medidas preventivas correctas.

La prevención riesgos laborales para un administrativo se regula siguiendo los criterios recogidos para la prevención de riesgos laborales en oficinas y despachos. Esta actividad no está caracterizada por un alto riesgo, siendo la mayoría de los accidentes en el lugar de trabajo y de carácter leve.

Así mismo, las causas de lesión suelen estar relacionadas con golpes, caídas, sobreesfuerzos físicos y accidentes de tráfico. Siendo estos últimos tanto en desplazamientos durante la jornada como en el camino de ida o vuelta entre el domicilio y el lugar del trabajo, también conocido como accidente itínere.

Se desarrolla con mayor detalle cuáles son los principales riesgos laborales para administrativos así como su prevención. Del mismo modo se ofrecerá un manual de buenas prácticas para los profesionales de este sector.

Principales riesgos laborales para administrativos:

Caídas y golpes contra objetos: Tropezones, golpes contra diferentes objetos mal colocados o resbalones en suelos mojados.

Posturas y movimientos adoptados: Relacionado con los riesgos derivados de la estaticidad de estar sentado, una inadecuada configuración del puesto del trabajo, el desgaste en articulaciones por movimientos repetidos o los hábitos posturales incorrectos.

Manipulación manual de cargas: Los administrativos tendrán que manejar pesos como cajas con papel para impresoras, carpetas o archivadores, mobiliario... La falta de costumbre al realizar esta actividad y la falta de preparación física puede derivar en dolores de espalda.

Fatiga visual: Causada por el contraste y brillo de las pantallas mal ajustadas, una iluminación insuficiente o excesiva o reflejos sobre la pantalla.

Riesgos acústicos: Interfiere en la concentración intelectual y puede generar estrés.

Factores térmicos: Un discomfort térmico puede afectar a la concentración de los trabajadores.

Calidad del aire: Se refiere a un conjunto de síntomas que aparecen tras pasar un tiempo dentro del edificio, relacionados con la escasa circulación del aire o mala calidad en los materiales empleados en su construcción.

Radiaciones y campos electromagnéticos: Los campos generados por las pantallas de visualización pueden intervenir en su correcto funcionamiento y causar molestias para el operador

Factores de tipo psicosocial: Asociados a la relación entre los diferentes profesionales y el de estos con su entorno, tecnologías empleadas, procesos o falta de autonomía.

2 Objetivos

Analizar las medidas preventivas asociadas para eliminar los riesgos en el trabajo y así conseguir una prevención los riesgos para la salud y el bienestar de los trabajadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en libro y a través de internet de artículos y publicaciones relacionadas con el tema.

4 Resultados

Cada uno de estos riesgos para la salud y el bienestar de los trabajadores cuenta con unas medidas preventivas asociadas, a continuación se mencionan las principales para cada uno de los riesgos previamente descritos siguiendo el mismo orden de aparición:

Canalización de todo el cableado y el mantenimiento de todas las zonas de paso despejadas. Así como contar con señales de advertencia de peligro como, por ejemplo, la de suelos mojados.

Adaptación de todos los factores que intervienen en el control postural: superficie y silla de trabajo, ubicación de la pantalla, hábitos de trabajo, etc. Además, se recomienda el ejercicio físico para prevenir problemas derivados del sedentarismo.

Informar los trabajadores de la forma correcta de realizar el levantamiento y manipulación de cargas para prevenir dolores de espalda y lesiones.

Ajustes de tipo ergonómico relacionadas con el correcto ajuste del brillo y contraste de las pantallas, proporcionar un correcto nivel de iluminación y colocar todas las fuentes de luz de forma paralela a la posición del puesto de trabajo.

Minimizar ruidos dividiendo las zonas de trabajo y colocando elementos ruidosos como las impresoras en un espacio aislado.

Protegerse de las entradas de calor mediante ventanas con persianas y cortinas y limitar las entradas de frío sellando filtraciones de aire.

Mantenimiento de los sistemas de ventilación y climatización, control de ventanas que permitan la ventilación natural y evitar la utilización de productos tóxicos durante la limpieza.

Mantener una posición alejada de las fuentes de radiación y eliminarlas en la medida de lo posible.

Ofrecer la máxima información al trabajador sobre sus tareas y procesos y brindarle la formación adecuada para que pueda realizarlos. Fomentar las pausas o micropausas y alternar trabajos que requieran mayor y menor concentración.

5 Discusión-Conclusión

Trabajar en un medio sanitario implica enfrentarse a una serie de riesgos genéricos relacionados comunes a múltiples actividades laborales, como pueden ser el nivel de ruido, la climatización y ventilación, la iluminación, el estrés, el trabajo a turnos y nocturno, deformaciones posturales o incluso las posibles agresiones.

Además de las medidas previamente descritas en materia de prevención de riesgos laborales en el sector administrativo, los profesionales pueden tomar una serie de medidas extra a nivel individual siguiendo los siguientes consejos:

- Respetar señales e indicaciones sobre posibles riesgos
- Ayudar en el mantenimiento del orden dentro del espacio de trabajo
- Prestar especial atención para utilizar todas las herramientas de trabajo de forma correcta, especialmente si su uso está asociado a algún riesgo.
- No realizar reparaciones si no se está autorizado y formado para ello.
- Respetar las señales y normas de circulación en los desplazamientos durante la jornada laboral y en la ida y vuelta al lugar de trabajo.
- Tener en cuenta todas las recomendaciones posturales a la hora de manipular cargas
- Descansar cinco minutos por cada hora de trabajo, aprovechando para caminar y/o realizar ejercicios de estiramientos.
- Realizar ejercicios visuales para combatir la fatiga producida por el uso de pantallas.

6 Bibliografía

1. Morales, C. N., Cabrera, L. N., & Peña, M. M. J. (Eds.). (2015). Los efectos del trabajo en el personal sanitario
2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre de 1995 de prevención de riesgos laborales (LPRL)

Capítulo 470

LA CONCILIACIÓN: DERECHO DE LOS TRABAJADORES PÚBLICOS EN LOS CENTROS SANITARIOS

MARIA VISITACIÓN LLERA ALONSO

ANA MARIA LLERA ALONSO

1 Introducción

Conocer la norma que resulta aplicable a los permisos vinculados a la conciliación y a las medidas de flexibilidad vinculadas a la misma. Permisos vinculados a la conciliación de la vida personal, laboral y familiar, así como otras medidas que contribuyen a reforzar ese derecho a la conciliación.

Se realizaba un análisis de parte de los permisos recogidos en el artículo 48 del Texto Refundido de la ley del Estatuto Básico del Empleado Público, los permisos recogidos en el artículo 49 del mismo y otras medidas de flexibilidad que la Administración del Principado de Asturias ha articulado en sus propias normas.

Medidas para favorecer la conciliación de la vida personal, familiar y laboral:

- Permisos del artículo 48. Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público
- Permisos del artículo 49. Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público
- Medidas de flexibilidad horaria. Decreto 72/2013, de 11 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de jornada, horario, vacaciones y permisos de los

funcionarios de la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos.

2 Objetivos

Definir el derecho que tienen los trabajadores públicos a la adopción de medidas que favorezcan la conciliación de la vida personal, familiar y laboral

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en la revisión bibliográfica sobre la legislación existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática sobre publicaciones, así como en el buscador Google Académico y boletines a través de internet.

4 Resultados

Recopilación de la legislación aplicable a los trabajadores de la función pública relacionados con la conciliación:

1) Permisos del artículo 48 del TREBEP vinculados a la conciliación de la vida personal, familiar y laboral a) Lactancia: 1 hora: utilización diaria o acumulación jornadas completas b) Nacimiento de hijos prematuros o que deban permanecer hospitalizados tras parto: Ausencia máxima diaria de 2 horas c) Por razones de guarda legal menor de 12, persona mayor requiera especial dedicación, discapacidad o cuidado directo familiar hasta 2º grado: Disminución de jornada con reducción de retribuciones. d) Enfermedad muy grave de un familiar hasta 1º grado: Reducción de jornada hasta el 50% sin disminución de retribuciones

2) Permisos del artículo 49 del TREBEP Permisos por motivos de conciliación de la vida personal, familiar y laboral, por razón de violencia de género y para las víctimas de terrorismo y sus familiares directos a) Por nacimiento para la madre biológica: 16 semanas b) Por adopción, guarda con fines de adopción o acogimiento: 16 semanas c) Progenitor diferente de la madre biológico por nacimiento, guarda con fines de adopción o acogimiento: 16 semanas d) Por cuidado de un hijo menor afectado por cáncer u otra enfermedad grave: Reducción de jornada sin pérdida de retribuciones

3) Permisos artículo 11 Decreto 72/2013

2. Con el objetivo de conciliar la vida personal, laboral y familiar, además de los permisos regulados en el artículo 49 del EBEP, el personal funcionario tendrá derecho a los siguientes permisos retribuidos: a) Por cirugía mayor ambulatoria del cónyuge, así como de un familiar dentro del primer grado de consanguinidad o afinidad, un día, que puede coincidir con el día de la intervención o con el posterior a la misma. El permiso podrá ampliarse en un día más en caso de ser precisa la asistencia al sujeto causante durante el reposo domiciliario a consecuencia de la intervención. Tendrán la consideración de cirugía mayor ambulatoria aquellos procedimientos quirúrgicos en los que, sin tener en cuenta la anestesia aplicada y tras un período variable de tiempo, los pacientes retornan a su domicilio el mismo día de la intervención. b) Por matrimonio o inscripción en el Registro de Uniones de Hecho del Principado de Asturias, de padres, hijos y hermanos y siempre que las necesidades del servicio lo permitan, el día coincidente con la fecha de su celebración. c) Por el tiempo indispensable para la asistencia a técnicas de fecundación o reproducción asistida, que deban realizarse dentro de la jornada de trabajo. d) Por el tiempo indispensable en el caso de padres con hijos o acogidos con discapacidad, para poder asistir a reuniones de coordinación del centro de educación especial, donde reciban tratamiento o para acompañarlos si han de recibir apoyo adicional en el ámbito sanitario o social. e) Por concurrir circunstancias excepcionalmente graves que afecten al funcionario, los días estrictamente necesarios, hasta un máximo de cinco días hábiles, previo informe de la Jefatura de Servicio u órgano asimilado. En todo caso, la concesión quedará supeditada a que la causa esté debidamente justificada y a que ya se hayan agotado todos los días de vacaciones y permisos a que pudiera tener derecho el funcionario solicitante. f) Por fallecimiento, accidente o enfermedad grave de un familiar dentro del primer grado de consanguinidad o afinidad, siete días hábiles cuando el suceso se produzca fuera de la península o del territorio nacional. Cuando se trate de un familiar de segundo grado de consanguinidad o afinidad, el permiso será de seis días hábiles. g) Por traslado de domicilio con cambio de localidad de residencia, dos días. h) El personal funcionario que por razones de guarda legal tenga a su cuidado directo alguna persona menor de seis años, persona mayor que requiera especial dedicación o una persona con discapacidad que no desempeñe una actividad retribuida, tendrá derecho a una reducción de la jornada de trabajo de un tercio o un medio, percibiendo respectivamente el ochenta o el sesenta por cien de la totalidad de sus retribuciones.

Tendrá el mismo derecho quien precise encargarse del cuidado directo del cónyuge, o de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse autónoma-

mente, y que no desempeñe actividad retribuida.

4) Medidas de flexibilidad horaria Decreto 72/2013 Reglamento de jornada, horario, vacaciones y permisos de los funcionarios de la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos a) Por enfermedad grave de familiar hasta 2º grado, persona a cargo o cónyuge: Hasta dos horas en la parte fija del horario b) Acompañamiento a cónyuge/familiar 2º grado a pruebas, consultas o tratamientos médicos: Tiempo indispensable c) Por motivos de conciliación: Hasta dos horas en la parte fija del horario

5 Discusión-Conclusión

Vemos como la aplicación de las medidas de conciliación que sean necesarias se deberán interpretar poniendo en relación los artículos 14 y 39 de la Constitución relativos a la debida igualdad (entendida en este caso respecto de hombres y mujeres) y la protección de la infancia y la familia respectivamente, así como inspiradas por el principio transversal de igualdad de trato y de oportunidades entre hombres y mujeres que permita la coparticipación del varón en los deberes relativos a la familia, por lo que se deberán valorar las concretas necesidades de conciliación de cada solicitante, a fin de adoptar la medida que efectivamente permita conjugar de forma adecuada las responsabilidades derivadas de la vida laboral y de la familiar, pudiendo desplegarse estas medidas, como hemos visto, más allá de las expresamente recogidas por el Estatuto Básico del Empleado Público.

6 Bibliografía

1. Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público
2. Decreto 72/2013, de 11 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de jornada, horario, vacaciones y permisos de los funcionarios de la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos.

Capítulo 471

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ATENCION AL PACIENTE

MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

En todas las Empresas públicas y privadas de cierta relevancia existe un Servicio de Atención al Cliente que intenta, ante todo, lograr una mejora de la calidad de atención al público, dónde los usuarios/clientes puedan reclamar y que estas reclamaciones sirvan para mejorar su atención y el conocer mejor sus necesidades y expectativas del sistema sanitario. No podemos olvidar que la evaluación y análisis de reclamaciones, es un método para conocer la opinión de los clientes y, por otra parte, un mecanismo de detección de disfunciones en el sistema. En todo caso, una vez constituidos estos Servicios debe entenderse la atención al paciente al cliente/paciente como un servicio directo al mismo dónde este se sienta protegido.

Se establece para todos los centros dependientes del Hospital un modelo de Hoja de Reclamación/Libro de Reclamación, documentos en el que los pacientes podrán exponer los problemas que ha tenido en la utilización de los servicios.

El personal administrativo custodiará estas Hojas/Libros, y se las proporcionará a todo cliente que que así lo solicite, cuidándose de que disponga de los medios necesarios para cumplimentarla libremente.

Los Servicios de Atención al Paciente responden a la necesidad institucional de poder ofrecer un lugar centralizado de información donde se puedan aglutinar todos los elementos que los usuarios o sus familiares necesitan para su relación con la institución.

2 Objetivos

- Identificar las diferentes áreas funcionales que forman parte del Servicio de Atención al Paciente.
- Definir las principales tareas y funciones a desempeñar por el personal administrativo en el servicio de atención 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

Se identifican las siguientes áreas funcionales que forman parte del Servicio de Atención al Paciente:

- ÁREA DE INFORMACIÓN

Hay que considerar el SAP como un centro de información que promueve y presta este servicio a cualquier persona o unidad que lo requiera, orientando al peticionario hacia donde radique la fuente original de información; para ello se dispondrá de una óptima "base de datos", en forma documental o informatizada, que pueda además actualizarse de manera sistemática y permanente.

- ÁREA DE GESTORÍA

Entendemos que aquellas gestiones peculiares, o que no se realicen por ningún departamento del centro podrían tener cabida en este Servicio aunque sea con la función de orientarlas, hacia el servicio o unidad correspondiente una vez comunicada la incidencia.

- ÁREA DE TRABAJO SOCIAL

Las capacidades y la formación de estos profesionales son óptimas para integrar el equipo del SAP y sin lugar a dudas ofrecen una perspectiva muy interesante para desentrañar la problemática existente.

- ÁREA DE ESTUDIOS DE OPINIÓN

El Área de Estudios de Opinión es la que ha tenido el mayor auge en los últimos años, dado el gran interés existente por conocer la opinión del usuario y cómo

percibe el centro sanitario y los servicios que este ofrece. Clases de estudios de opinión que podría desarrollar el SAP:

- Estudio Retrospectivo por correo: se trata de analizar la opinión del usuario sobre su estancia en el centro.
- Estudio Retrospectivo interno: a diferencia del anterior, se facilita el cuestionario al usuario en el centro, durante su estancia o alta.
- Estudio Retrospectivo mediante entrevista: suele aportar más información, aunque para ello se necesitan entrevistadores entrenados en estas tareas. Puede realizarse bien dentro del centro o a domicilio.
- Estudios Prospectivos: El método puede ser igual al de los anteriores, aunque el objetivo es diferente.
- En este apartado hay que añadir los estudios de mercado y de opinión concertados con empresas especializadas en estos temas; estudios realizados ya por numerosos centros hospitalarios.

- ÁREA DE DIVULGACIÓN:

Las entrevistas directas con usuarios que acuden al SAP son el método directo de divulgación y el más efectivo, dado que es personalizado. En cada entrevista deben estar presentes aspectos de información y educación sanitarias y de utilización adecuada de los servicios sanitarios.

Las publicaciones internas del centro, sin ser una tarea específica del SAP, suelen realizarlas. La conveniencia es que sean publicaciones claras y sencillas, más que un alarde editorial.

La colaboración en actividades con organizaciones de consumidores pretendiendo siempre la formación de los consumidores y usuarios, además de la organización de campañas de información y educación sanitarias.

- ÁREA DE VOLUNTARIADO

Un estudio de las necesidades en cada centro conducirá a determinar los lugares concretos donde pueden actuar los voluntarios adscritos, que entre otros pueden ser:

- Acompañamiento de enfermos encamados.
- Acompañamiento y guía de pacientes por las dependencias sanitarias.
- Apoyo en la realización de entrevistas y encuestas de satisfacción.
- Apoyo en las labores de información y direccionamiento de pacientes.

- ÁREA DE ACREDITACIÓN DE SERVICIOS Y UNIDADES

El objetivo de esta área sería la de acreditar paulatinamente los servicios y unidades asistenciales del centro en el ámbito de la atención directa al usuario; entendiendo por tal atributos como el trato, el respeto en la relación personal, el confort, del lugar, la eliminación de las barreras, en definitiva que todo el servicio

gire alrededor del paciente.

- ÁREA DE PROPUESTAS DE MEJORA

El SAP dispone de una información muy válida que recoge de todas las áreas, y esta información no puede desaprovecharse en el archivo del servicio. Esta área funcional debe constituir la sección más productiva y de mayor rentabilidad para el centro, ya sea de atención primaria, ambulatorio de especialidades, u hospitalario.

Esta área elabora las propuestas que tiendan a proteger los derechos de los usuarios, mejoren la calidad del servicio que se presta, o incluso el rendimiento de los recursos.

- ÁREA DE ATENCIÓN EN BIOÉTICO Y BIODERECHO

El conocimiento de la normativa y legislación vigente del ámbito asistencial y de la sanidad en general es fundamental para el ejercicio de asesoramiento tanto pacientes, como también a los profesionales, así como de la atención a las reclamaciones que aquéllos formulen en su contacto con el centro sanitario.

- ÁREA DE SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES

Esta es el área básica de un SAP. En cuanto al tema de las Sugerencias, conviene decir que es un tema mayor y convendría propiciarlo entre usuarios y personal del centro y al que es preciso prestar una atención exquisita como manifestación participativa de los usuarios. El traslado a la dirección del centro y al propio servicio implicado en la sugerencia, acompañando un informe del SAP sobre el particular, es el trámite preceptivo a realizar. Pasado un tiempo es obligado, por cortesía y reconocimiento del interés del usuario por mejorar el servicio, remitirle un escrito del curso llevado por sus propuestas, aunque únicamente se le manifiesten las gestiones realizadas.

Se definen las principales tareas y funciones a desempeñar por el personal administrativo en el servicio de atención al paciente y que se pueden resumir en las siguientes:

- El servicio de atención al paciente estará a disposición de atender personalmente al mismo, o a sus parientes próximos, representantes o acompañantes. En particular proporcionará información a los pacientes y a sus familiares sobre la organización del hospital, servicios disponibles, horarios de funcionamiento y de visitas y otras actividades que puedan contribuir a ayudarles, facilitarles y mejorar su estancia en el mismo. En lo referente a la atención personalizada a familiares debe procurar:

- Intentar disminuir la preocupación de los familiares.
- Información a los familiares sobre la Planta o Servicio en el que se encuentran

los pacientes, incidencias, tiempos de espera, traslados, etc.

- Localización de familiares por el servicio de megafonía para traslado de avisos, información o llamadas telefónicas del exterior.

- Proponer a la Dirección las normas de estancia en el Centro como podrían ser las siguientes:

- Normas de régimen interno
- Recomendaciones de estancia.
- Organización del sistema de visitas.
- Acreditación de los visitantes en horarios especiales.
- Confeccionar y entregar a los usuarios protocolos conteniendo documentación relativa a los Servicios de Admisión, Plantas, Urgencias, Servicios Generales, etc.
- Y toda la información y servicios que puede ofrecer, incluyendo la información sobre la Carta de derechos y deberes de los usuarios de los Servicios de Salud.

- Gestión de reclamaciones: Las reclamaciones a que hubiere lugar se tramitarán por escrito a través de este servicio, siendo estas sometidas a los responsables de la División que corresponda, debiendo darles respuestas por escrito, firmada por el Director Gerente, o persona en quien delegue.

5 Discusión-Conclusión

Podemos definir un Servicio de Atención al paciente como aquella unidad cuyo medio es el centro sanitario, con una base asistencial como instrumento de acción, como es la comunicación y cuya misión fundamental se centra en la Protección de los Derechos y Deberes de los Usuarios legalmente reconocidos, la mejora de la calidad asistencial del centro, así como la integración de la opinión del usuario en la organización del centro. Normalmente el Servicio de Atención al paciente se encuentra ubicado en el organigrama en el nivel de Dirección-Gerencia, dependiendo en staff de este órgano directivo. Dada la importancia de la función que tendrán que desempeñar los trabajadores que formen parte de un Servicio de Atención al Paciente, su elección no solo podrá basarse en relación al grupo profesional, sino a un perfil que incluya:

- Capacidad de negociación y de comunicación.
- Predisposición al trato con el público.
- Conocimiento general del sistema sanitario y del centro.
- Actitud favorable acerca de los derechos del enfermo.

Lo ideal es que un Servicio de Atención al Paciente estuviese integrado por personal sanitario, personal administrativo, trabajadores sociales, psicólogos, sociól-

ogos, aunque no siempre se da dicha composición, siendo lo más habitual encontrar en su plantilla trabajadores sociales, enfermeras y personal administrativo.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Martínez, V.J. (2018). «Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial». SESPA.
2. Ceballos Atienza, Rafael. Editorial Alcalá Grupo Editorial. (2005). «Administración del servicio de atención al usuario».
3. López Orencio, Edición Olalla. «Gestión de pacientes en el hospital».
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>
6. <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 472

RIESGOS ASOCIADOS AL PUESTO DE TRABAJO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO

MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

A simple vista parece que las actividades que se desarrollan en la oficina no entrañan ningún tipo de riesgo, sin embargo resulta cada vez más frecuente las lesiones entre los trabajadores que realizan tareas administrativas.

En este capítulo se revisan, desde un punto de vista teórico, los riesgos asociados al trabajo del personal administrativo. Aunque existen dos tipos de riesgos prevalentes propios del puesto de trabajo, los psicosociales y los ergonómicos nos centraremos en este último asociándolo al manejo de pantallas de visualización de datos (PVD) en posición sentada que deriva en trastornos músculo-esqueléticos. Cabe destacar que alrededor del 24% de los trabajadores de la Unión Europea afirman sufrir dolor de espalda y el 22% se queja de sus consecuencias musculares, asimismo la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo muestra que el 74,2% de los trabajadores padecen algún trastorno musculoesquelético. Esto no sólo repercute en la salud física y mental del trabajador, sino que también compromete la calidad asistencial, disminuye la productividad y el rendimiento teniendo una fuerte influencia en el funcionamiento de los servicios sanitarios. El conocimiento de los distintos elementos de trabajo y su uso adecuado es, por tanto, esencial para la prevención de los riesgos asociados al puesto del personal administrativo, así como el análisis de sus efectos negativos sobre la salud de los mismos para reconocer los síntomas asociados a las posibles patologías derivadas

de las tareas a realizar convirtiéndose así, en la mejor herramienta para una salud laboral óptima.

2 Objetivos

- Identificar de los elementos del puesto de trabajo.
- Identificar los riesgos asociados al puesto de trabajo del personal administrativo y analizar sus efectos negativos sobre la salud.
- Establecer unas pautas generales para minimizar los riesgos para la salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado un proceso de investigación documental. A través de las fuentes documentales y la consulta de la pertinente bibliografía, se ha procedido a una recopilación sistematizada de los datos necesarios para el análisis de la información que aquí se expone.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se ha identificado que para prevenir los factores de riesgo en el desarrollo de las tareas del personal administrativo se precisa el conocimiento de los componentes adecuados a su puesto de trabajo y que a continuación se detallan:

- Pantalla de visualización de datos: Debe ser móvil en tres direcciones para poder ser orientada en relación a la iluminación y evitar deslumbramientos y reflejos. Siempre situada en la línea horizontal de visión, frente al operador, a una distancia acorde a su agudeza visual (30-80cm). La imagen de la pantalla deberá ser estable, sin destellos.

Los ojos deben estar al nivel del borde superior del monitor o algo por debajo. El cuello en posición recta, los hombros relajados y antebrazos, muñecas y manos en línea recta. La postura correcta frente a la misma será con piernas y muslos, muslo y espalda, brazos y antebrazos formando un ángulo de 90° o algo más. Los hombros relajados, codos pegados al cuerpo y pies pegados al suelo o sobre un reposapiés.

- El teclado: Su diseño debe cumplir las especificaciones de la Guía Técnica del INSHT para prevenir el mal uso del mismo. Será desplazable, inclinable e independiente del monitor. Su superficie será mate para evitar reflejos. Algunos teclados llevan incorporados un reposamuñecas que favorecen la alineación correcta de la muñeca y ayudan a evitar la fatiga y cansancio por su uso prolongado.
- El ratón: Es otro elemento clásico en la introducción de datos, que se emplea en combinación con el teclado, provocando su uso continuado dolores en los dedos, muñecas, brazos y hombros. El diseño del ratón, el lugar donde se coloca y la manera de emplearlo pueden facilitar el trabajo y prevenir molestias y fatiga. Existen varios modelos de ratón. La elección debe tener en cuenta alguna de estas características:
 - Tamaño: El ratón debe ajustarse a la mano, y los dedos deben rodearlo de modo confortable.
 - Forma: Su diseño debe impedir colocar el talón de la mano sobre la mesa. Son más adecuados los de forma irregular más grandes, concretamente del lado opuesto a los botones, y que soportan la mano.
 - Botones: El sitio de los botones es importante. Estos no deben estar ni demasiado cerca ni distantes uno del otro. La presión de los botones no debe generar fatiga en los dedos. Es necesario evitar también los botones demasiado sensibles. La colocación al lado del teclado obliga a estirar el brazo y el hombro, lo que crea un determinado malestar y una sensación de cansancio. Debe haber suficiente espacio para poder variar la posición del brazo. Es necesario emplear siempre una alfombra concebida para el ratón y garantizar que está firme.
- La mesa o superficie de trabajo: El tablero de la mesa debe ser tan delgado como sea posible, para no restar espacio a las rodillas. Deben evitarse cajones encima de las rodillas o cualquier otro elemento que restrinja su movimiento debajo de la mesa o que pueda ser fuente de golpes. La superficie de la mesa debe ser lo suficientemente amplia que permita dar cabida a todos los elementos de trabajo de manera que el teclado se ubique donde más convenga y no donde quede un poco de sitio para ponerlo. El color de la superficie debe ser mate y los bordes y esquinas deben ser redondeados.
- La silla o asiento de trabajo: El asiento de trabajo habrá de ser estable, proporcionar al usuario libertad de movimientos y procurarle una postura confortable. La altura del asiento deberá ser regulable. El respaldo deberá ser reclinable y su altura ajustable. Se pondrá un reposapiés a disposición de quienes lo deseen. El respaldo debe tener una suave prominencia para apoyar la zona lumbar. La profundidad del asiento debe ser regulable, de tal forma que se pueda utilizar eficazmente el respaldo, sin que el borde del asiento presione las piernas. Todos

los mecanismos de ajuste deben ser fácilmente manejables desde la posición sentada y estar contruidos a prueba de cambios no intencionados. Se recomienda la utilización de sillas dotadas de ruedas.

Se identifican los riesgos asociados al puesto de trabajo del personal administrativo y se analizan sus efectos negativos sobre la salud:

- Riesgos asociados al uso de pantallas de visualización
 - Fatiga visual: Se produce como consecuencia de un trabajo continuado durante gran parte de la jornada con pantallas de visualización de datos. Produce molestias oculares como sensación de ojos cansados, pesadez de párpados, picores, quemazón, aumento de parpadeo ocular, somnolencia, así como trastornos visuales como la borrosidad de los caracteres.
 - Trastornos musculoesqueléticos. Síndrome del túnel carpiano (STC): Se produce la compresión del nervio mediano al pasar por el túnel carpiano de la muñeca. El nervio mediano proporciona las funciones motora y sensorial al pulgar y a los tres dedos del medio. Los síntomas que provoca el STC son los siguientes: o Dificultad para hacer puño. o Dificultad para agarrar objetos. o Dolor y/o adormecimiento en manos. o Sensación de hormigueo en los dedos. o Sensación de hinchazón en los dedos. o Ardor o cosquilleo en los dedos.
- Riesgos asociados a la postura de trabajo. Postura de sentado
 - Carga postural y dolor muscular.
 - Dolores cervicales.
 - Mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares.

Se establecen unas pautas generales para minimizar los riesgos para la salud:

- El espacio de trabajo debe adaptarse al usuario, y no al revés.
- Acondicionar y dotar de espacio suficiente al puesto de trabajo para facilitar la movilidad y los cambios de postura del trabajador.
- Se deben colocar las cosas en la mesa de forma que todos los objetos y herramientas de uso frecuente se puedan alcanzar sin problemas.
- Establecer un régimen de pausas cortas y frecuentes y de cambio de actividad que reduzcan la carga de trabajo en pantalla.
- Proporcionar formación e información específica en relación al uso de pantallas de visualización de datos.
- Reducir la fuerza y relajar el agarre. Si tu trabajo supone el uso de un teclado, por ejemplo, presionar las teclas suavemente.
- Tomar descansos frecuentes. Estirar y doblar las manos y las muñecas suavemente de manera periódica. Cuando sea posible, cambiar de tarea.
- Cuidar la posición. Evitar doblar demasiado la muñeca hacia arriba o hacia abajo. Una posición media y relajada es lo mejor. Mantener el teclado a la altura del codo

o ligeramente por debajo de ese nivel.

- Mejorar la postura. Con una postura incorrecta, los hombros se ubican hacia adelante, por lo que se acortan los músculos de los hombros y del cuello, y se comprimen los nervios de este último. Esto puede afectar a las muñecas, los dedos y las manos.
- Asegurarse de que el ratón sea cómodo y no provoque tensión en la muñeca.
- Utiliza almohadillas al usar el ratón y el teclado.
- Las sillas deben ser estables y completamente ajustables, con altura e inclinación regulable, respaldo y asiento regulable en altura y profundidad, apoyo en 5 ruedas con reposa brazos de manera opcional.
- Mantener la misma posición mucho tiempo causa fatiga. Sentarse correctamente es importante, pero también lo es moverse o levantarse cada cierto tiempo para evitar la fatiga.
- La pantalla debe estar más baja que la línea de los ojos.
- Los pies han de estar firmemente apoyados en el suelo. Si no se llega a él se debe utilizar un reposapiés.

5 Discusión-Conclusión

La interacción permanente entre la persona y su medio de trabajo puede influir positiva o negativamente en su salud por lo que es fundamental identificar los diferentes factores de riesgo asociados al puesto de trabajo del personal administrativo, evaluando dichos riesgos y adoptando las medidas oportunas para evitar o minimizar en la medida de lo posible la aparición de daños en la salud de los trabajadores.

Mediante un correcto diseño del puesto de trabajo y una adecuada formación e información a los trabajadores se evitan riesgos provocados por el mal uso de los equipos de trabajo y por las malas posturas dando como resultado menos lesiones o dolencias, reduciendo el absentismo laboral e incrementando la eficiencia y la productividad.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 488/1997 de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.
2. F. Javier Llana Álvarez, editorial Lex Nova, "Ergonomía y Psicosociología Aplicada. Manual para la formación del especialista".
3. Cortés Díaz J.M., editorial Tébar, "Técnicas de prevención de riesgos laborales".

4. A. Bustamante, editorial Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. “La silla en el puesto de trabajo terciario”.
5. Guía técnica de Evaluación y prevención de los Riesgos relativos a la utilización de equipos con pantallas de visualización. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
6. <http://www.ergonomos.es/>
de la Asociación Española de Ergonomía.
7. <https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/>
sobre riesgos relacionados con la ergonomía.

Capítulo 473

EL ESTRÈS DEL PERSONAL NO SANITARIO EN INSTITUCIONES SANITARIAS

MARIA DELCARMEN ZAPICO CUESTA

1 Introducción

Uno de los principales problemas para la salud y la seguridad laboral son los riesgos psicosociales. En varios estudios científicos actuales el estrés se ha convertido en un riesgo y además puede dificultar la productividad, pudiendo perjudicar la calidad de vida laboral y personal de todo el personal sanitario y no sanitario que con anterioridad no estaba ni siquiera considerada.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo INSHT añade "las condiciones de trabajo" como factores psicosociales.

El estrés es un término que procede de la física y de la arquitectura, entendiéndose tal como una fuerza soportada por un objeto hasta que llega a deformarse.

El estrés es la respuesta de un cuerpo ante el sobreesfuerzo que a veces se ven sometidos los trabajadores, así como un aumento de las emociones que pueden surgir derivados del miedo, la ansiedad, la tristeza, la inestabilidad laboral et... estos factores que pueden ser consideradas estresantes constituyen una amenaza del bienestar psicofisiológico y emocional.

El la mayoría de los casos pueden derivar en: problemas del sueño, fatiga, falta de concentración, problemas digestivos, dolores de cabeza, cuadros de presivos y algunos otros.

La prevenciòn del estrès debe de iniciarse en los centros de trabajo donde se evaluaràn las situaciones generadoras de estrès.

2 Objetivos

- Definir las responsabilidades inherente de los diferentes puestos de trabajo.
- Definir horarios, turnos, vacaciones con suficiente antelaciòn, para que los trabajadores pueden conciliar y laboral.
- Considerar la posibilidad de que los trabajadores tomèn decisiones que puedan aafectar a su puesto de trabajo, en la medida de lo posible.
- Prevenir las situaciones en las que se pueda dar un posible aumento de trabajo y contar con los recursos adecuados en beneficio de todo el personal.
- Tener un buen sistema organizativo del trabajo, así como un buen sistema de informaciòn y comunicaaciòn bidireccional, evita muchos conflictos que son fuente de estrès.

3 Metodología

Se realiza una revisiòn bibliografia de literatura sobre el estrès en personal sanitario y no sanitario. Se da mucha importancia al estudio y la valoraciòn de la informaciòn y planificaciòn de la vigilancia de la salud llevada a cabo por el mèdico de trabajo, conocedor de los factores predominantes causantes de estrès.

Despuès de llevada a cabo la valoraciòn previa se llevará a cabo el anàlisis de la situaciòn y se establece del diagnostico tanto en lo que se refiere a la salud individual como colectiva. El estudio se centra en: exàmenes de salud, datos personales, valoraciòn de las condiciones de trabajo.

Se promueve la prevenciòn del estrès laboral, llevando a cabo una evaluaciòn del personal y se llevaràn a cabo estudios colectivos e individuales de la incidencia del estrès de todos los trabajadores en cada una de las categorìas profesionales.

4 Resultados

Entre los resultados que se evaluan se encuentra el grado de estrès personal sanitario y no sanitario, con diferencia entre unas y otras categorìas poniendo atencion en : la satisfaccion laboral, riesgos psicosociales, vigilancia de la salud, carga mental.

Hay estudios que hacen referencia a la estrecha relación que hay entre el estrés con algún tipo de cuadro depresivo, alteraciones psicosomáticas, lesiones musculoesqueléticas y también Bournout.

El personal de una institución sanitaria presta servicios a un gran número de usuarios, pacientes, y familiares con diferente casuística, que hace que cada caso diferente y también la forma de abordarlo, por lo tanto es imprescindible contar con las herramientas suficientes para desempeñar con diligencia la labor profesional.

Es importante que el personal sanitario y no sanitario adoptará una actitud positiva y comunicativa tanto con sus superiores como con los compañeros, haciendo posible un adecuado entorno de trabajo en el que se lleve a cabo la igualdad de oportunidades, conciliación de la vida laboral y personal, y tener claro cuáles son las tareas que corresponden a cada puesto de trabajo evitan una sobrecarga que es uno de los factores causantes del estrés.

Es también un factor estresante, la falta de retroalimentación o feedback en positivo de parte de los superiores, de los compañeros así como de los usuarios, puesto que en algunas ocasiones estos profesionales no se ven reconocidos, debido que la falta de salud hace que los pacientes y familiares no se sientan agradecidos.

Es real que algunos estudios asocian a algunas áreas, servicios y profesionales una mayor incidencia de estrés. Por ello es necesario identificar los factores que causan mayor estrés en cada una de los servicios.

Después de hacer los estudios correspondientes, de todos los datos analizados, se podrán establecer las medidas preventivas adecuadas.

5 Discusión-Conclusión

Todos los estudios afirman que el grado de estrés a los que están sometidos los trabajadores sanitarios y no sanitarios son elevados y repercuten negativamente sobre su salud.

Los principales síntomas que se presentan asociados al estrés son trastornos musculoesqueléticos, depresión, alteraciones psicosomáticas.

No existe un consenso internacional sobre cuál es el mejor método utilizado para la evaluación de y medición de los factores causantes de estrés, pero la falta de información clara, de comunicación, la mala organización, la carga de trabajo,

ver la falta de mejoría de algunos pacientes, sentirse impotente, la inestabilidad laboral son factores importantes que pueden generar cuadros de estrés. Por ello es de gran importancia cuidar la salud física y mental de todos los trabajadores.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- 2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.
- 3.<https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 474

EL SECRETO PROFESIONAL EN EL AMBITO SANITARIO

MARIA FERNANDA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Un poco de Historia.....

Desde tiempos inmemoriales, las normas de ética han hecho referencia a la obligación de guardar secreto. El Juramento Hipocrático hace 24 siglos, Recogía: “Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no tenga que ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar”. Pero el secreto actual es muy distinto al que se nombra en este párrafo. Por entonces el secreto solo se basaba en ser un buen profesional, asumido por los médicos desde siempre, pero el paciente no gozaba del derecho a la confidencialidad.

En los siglos XVIII y XIX recién se comenzó a considerar del deber de secreto como un derecho de las personas y la confidencialidad de los pacientes.

Secreto médico absoluto: defienden la inquebrantabilidad del deber de sigilo bajo cualquier circunstancia, equiparándolo al secreto de confesión, en la actualidad, la concepción del secreto como obligación absoluta ha cedido mayoritariamente frente a su concepción como un deber hacia el beneficio e interés público.

La doctrina del secreto médico relativo: lo considera como una obligación necesaria para garantizar una relación de confianza que permita el ejercicio de la medicina, asegurando el respeto a la intimidad de la persona, En el caso que por mantener este secreto pudieran ser perjudicadas otras personas o la sociedad, es necesario establecer límites o excepciones.

Concluyendo.....¿Qué es el Secreto Profesional?

El Secreto Profesional se conforma como un derecho y deber fundamental, implica el compromiso de no divulgar lo conocido en el ejercicio de la profesión, dentro de la relación sanitaria, el paciente revela su intimidad, siendo necesario para recibir atención sanitaria. El profesional está obligado a respetar el secreto y la confidencialidad, aunque el interés social de la salud pueda obligarle a desvelarlo.

El secreto profesional es un deber que tiene que ser compartido y asumido por todos los integrantes que participan en la atención médica de la persona, contempla todo lo que el paciente haya contado y lo que los profesionales hayan podido conocer amparados en su condición de confidentes necesarios, sin que la misma muerte del paciente exima de su silencio, siendo responsables del secreto todos los integrantes del equipo asistencial.

La historia clínica está conformada por los datos suministrados por los pacientes, información de carácter personal y estar amparados por la Ley Orgánica de Protección de Datos, son datos de especial protección y solo podrán ser obtenidos, tratados y cedidos cuando, por motivos de interés general, así lo disponga la ley y el afectado lo consienta expresamente.

Los Códigos Deontológicos consideran valorar en algunas ocasiones evitar este secreto en casos muy puntuales. En España el incumplimiento del secreto profesional tiene castigo y no solo se interpretara como la ruptura de la relación médico-paciente, sino que puede ocasionar sanciones administrativas, inhabilitación para el ejercicio de la profesión y /o hasta pena de prisión.

En la actualidad, todas las profesiones están dentro del Secreto Profesional.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa EL SECRETO PROFESIONAL EN EL AMBITO SANITARIO

3 Metodología

Se han realizado una búsqueda en Google Scholar , Publicaciones y estudios de investigación, excluyendo a los anteriores del año 2018, la búsqueda se realizó de forma sistemática y bibliográfica en distintas bases de datos médicas.

Palabras claves: secreto profesional, confidencialidad, intimidad, privacidad.

4 Resultados

AFIANZANDO CONCEPTOS:

- .Confidencialidad: lo que se hace o dice en confianza, entre dos o mas personas y se mantendrá en reserva de lo dicho o hecho.
 - . Seguridad: de que cada cual conozca su deber y lo cumpla, garantizando la protección de datos ante un mal uso o acceso injustificado.
 - . Confidente necesario: profesional o personal que necesite el acceso a los datos confidenciales para asegurar la atención necesaria.
 - . Datos de carácter personal: diversa información de personas físicas.
 - . Documentación clínica: contiene información clínica y asistencial.
 - . Estado de necesidad: recogida en el artículo 20 del Código Penal, en la que una persona, para evitar un mal propio o ajeno, lesiona un bien jurídico de otra o infringe un deber, siempre que:
 - . El daño causado no sea superior al que se trate de evitar.
 - . La situación no haya sido provocada a propósito por la persona.
 - . Que el necesitado no tenga, por su oficio o su cargo, obligación de sacrificarse.
 - . Información Clínica: competencias sobre el estado de salud del sujeto y la forma de asistirlo y desarrollar tratamientos curativos, preventivos o conservadores.
 - . Intimidad: lo más reservado de la persona o grupo familiar.
 - . Paciente: aquel que requiera asistencia sanitaria, para su cuidado ó recuperación.
 - . Privacidad: derecho de todo ser humano a determinar y controlar que información sobre sí mismo es revelada, a quien y con qué motivo.
 - . Secreto médico: responsabilidad del médico, hacia el paciente y la sociedad de guardar confidencialidad sobre toda la información que obtenga paciente durante toda su relación profesional. La palabra secreto hace referencia a “lo que no debemos dar a conocer a los demás”.
 - . Usuario: persona que se beneficia de la asistencia sanitaria, enseñanza, promoción, protección, prevención e información sanitaria.
- Este deber obliga a toda persona que, por su profesión, médicos, enfermeras, auxiliares, técnicos sanitarios y / u otras especialidades ó situación, administrativos, celadores, estudiantes, limpiadoras, cocineros, ayudantes de servicios, mantenimiento, entre otros.
- En el día a día surgen de forma frecuente situaciones que suponen un conflicto en la confidencialidad, por ello todo profesional que trabaje en sanidad debe tener mucho cuidado en las conversaciones que mantiene en lugares públicos o que

quedan a la escucha de terceras personas, sobre pacientes sin la previa autorización por su parte.

La mayoría de las personas no están interiorizadas en lo que representa y significa el secreto profesional, por lo tanto no tiene conocimiento que en el caso de ser revelado se considera por el paciente como un atentado contra su propia voluntad.

Velar por el secreto hace que se cree un respeto mutuo, abriendo camino a la confianza, este respeto y confianza mutua posibilitan la comunicación de los propios secretos con la certeza de no ser desvelados.

Cabe destacar, que la obligación del secreto, convive con el compromiso de exponerlo siempre que no se encuentre otra forma de impedir daño al individuo y/o a la sociedad.

La actividad sanitaria en equipo lleva al secreto compartido, el cual requiere del mismo miramiento por todos integrantes del equipo. El secreto no queda violado en el caso que se comparta para una mejor atención clínica, pero si que se requiere discreción para no caer en la práctica de la anulación del mismo.

Podemos diferenciar 3 clases de secretos:

- . Secreto natural: es independiente a todo contrato. Comprende a todo lo que se conoce, y no puede divulgarse.

- . Secreto prometido: compromiso de guardar confidencialidad después de haber conocido el hecho, este puede ser por indagación, o accidente o por relevación voluntaria o provocada.

- . Secreto confiado: genera una promesa antes de recibir la confidencia. El secreto pasa a ser obligatoriamente confidencial o profesional.

El secreto profesional puede ser vulnerado en los siguientes casos:

- . Se produce el daño en forma consciente, premeditada e intencionada.

- . Se vulnera en forma no intencional pero directa.

- . Violar la confidencialidad con otra persona en una conversación formal o informal.

Intimidad, Confidencialidad y Privacidad se han utilizado como sinónimos, pero podemos encontrar diferentes matices.

El secreto profesional el cual es básico e imprescindible para crear la relación de confianza entre profesional y paciente, ha experimentado una evolución importante desde el Juramento Hipocrático, aunque debemos destacar que su objetivo no ha cambiado, éste no se ha modificado en la manera en el que el profesional y los trabajadores lo preservan y respetan.

El Código Penal establece castigos, multas e inhabilitaciones ante las diferentes violaciones citadas, en su artículo 199.

En la Legislación vigente, la protección de la intimidad del paciente viene recogida tanto en la Ley General de Sanidad (artículo 10) como en la ley 41/2002, de 14 de noviembre, (art 7 y 16), los pacientes tienen a la confidencialidad de toda la información relacionada con la salud.

La legislación regula la obligatoriedad de revelar el secreto médico, en los algunos casos como los siguientes:

- . Enfermedades infecto-contagiosas y en el caso de conocimiento de la comisión de un delito. (Citar al profesional como perito, testigo o incumplimiento en procedimientos judiciales)

MARCO DEONTOLOGICO DE REFERENCIA:

Regular normas y criterios mediante los cuales los profesionales realizan el desarrollo de su profesión.

- . Algunos principios deontológicos para la protección de los datos:

- . Pertinencia o sobriedad: preguntas estrictamente necesarias.

- . Transparencia: dejar ver que se está actuando correctamente.

- . Responsabilidad: profesionales cuidadosos y responsables en el manejo de la información.

- . Universalidad: medidas de seguridad para proteger a los datos de los pacientes.

MARCO ETICO DE REFERENCIA:

Como hemos mencionado anteriormente, históricamente se ha considerado que los profesionales de la salud tienen la obligación ética de mantener el secreto profesional, salvo en algunos casos este secreto debe ser revelado justificando la situación para evitar graves daños al paciente o a terceros.

Las bases éticas de la confidencialidad del médico de manera compartida o derivada se basan en tres argumentos:

- . Respeto a la autonomía personal: secreto médico, se basa en la consideración a la persona. Por tal motivo no es inherente al facultativo, ni a su equipo de trabajo, juzgar lo que es o no fundamental para cada uno de los pacientes, a la hora de dictaminar si se puede proclamar ó no, ó si se debe preservar en mayor o menor medida.

- . Existencia de un pacto implícito en la relación clínica: con la condición que se utilice solamente para su atención sanitaria, para prevenir las indiscreciones que puedan surgir del personal.

- . Confianza social en la reserva de la profesión médica: si no existiera este pacto de confidencialidad, los pacientes no acudirían a la consulta confiadamente, la falta de esta confianza podría perjudicar seriamente al paciente, no podríamos

tener una medicina basada sobre la lealtad, sin la confianza que se genera entre los profesionales y los pacientes.

La justificación del incumplimiento del secreto se basaría en excepciones al deber de secreto:

Supuestos en los que se consideran analizar excepciones al deber de secreto:

. Para evitar un daño a otras personas: se le pedirá autorización al propio paciente, para hacer uso de la información, de esta forma el problema quedaría resuelto. El dilema se produce cuando el médico no cuenta con esta autorización, en este caso pocos médicos aceptarían que el compromiso con el enfermo incluya la posibilidad de permitir un daño a terceras personas.

. Para evitar un daño al paciente: hay que tener en cuenta principalmente que si el paciente es autónomo o no o si el comportamiento implicado se puede considerar como una acción autónoma. La intencionalidad, la comprensión, la falta de control externo y la autenticidad, son las cuatro características que definen una acción autónoma no podemos promoverle un bien sin su consentimiento.

Qué repercusiones sociales tendría que los médicos pidieran revelar información de un paciente que toma una decisión autónoma que le perjudica por su estado de salud mental.

Socialmente esta aceptada la confesión de información solo con la condición, que éste sea el único medio para evitar la pérdida de la vida o la salud del paciente.

.Por imperativo legal: Necesariamente no está justificado cuando un profesional sanitario está obligado a revelar información confidencial, desde la óptica ética, para hacer esta excepción al deber de secreto. Por lo tanto, el análisis moral del caso puede colaborar a equilibrar en el modo de contestar a la obligación legal. Esto significa que el tema de la revelación quedara acotado rigurosamente a lo imperioso y destacado para el propósito judicial, justificado por el bien general.

MARCO LEGAL DE REFERENCIA:

El quebrantamiento de la obligación de secreto establece un delito duramente castigado (artículo 199 del Código Penal) que no otorga excepciones habiendo de valorar la posibilidad de encontrarse en un estado de necesidad (artículo 20.5 del Código Penal) como eximente de responsabilidad penal, para dar respuesta a algunos dilemas éticos en la práctica.

5 Discusión-Conclusión

El Secreto Profesional, una de las principales bases donde se genera la confianza y se construye y se sustenta la relación clínica, no hay desarrollo de la práctica

de la medicina sin confianza, la confianza da a lugar a las confidencias y estas a los secretos.

Desde tiempos inmemoriales el secreto profesional está relacionado al ejercicio de la profesión, manteniendo vigentes los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias, son muchas las obligaciones que los trabajadores del ámbito sanitario deben realizar para cumplir adecuadamente y profesionalmente en su trabajo día tras día. Dentro de este grupo de obligaciones se encuentra el Secreto Profesional a los profesionales y trabajadores de la sanidad que cuidan mucho de esta obligación profesional dentro y fuera de su ámbito laboral tienen que ser especialmente cuidadosos con la información de los pacientes con los que trate, evitando de esta forma que por algún descuido puedan verse reclamados por alguno de sus pacientes, puesto que existen miles de reclamaciones que se pueden evitar, incumpliendo un deber ético, deontológico y legal. Además ante nuestra conciencia por tener que rendir cuentas ante la Comisión Deontológica del Colegio Oficial Médico, los Servicios Jurídicos del Servicios de Salud donde desarrollen sus actividades ó ante un Juez.

El Secreto Profesional es un compromiso imprescindible para asegurar un vínculo de confianza y seguridad para poder ejercer la profesión dentro del ámbito sanitario, prometer en todo momento la consideración de la intimidad de la persona.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- 2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.
- 3.<https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 475

EL CELADOR Y SU ACTUACION EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

MARIA FERNANDA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El Artículo 43 de la Constitución Española otorga a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública y confiere el derecho a la protección de la salud para todos los españoles, Ley General de Sanidad 14/1986 – 25 de Abril de 1986.

Las Comunidades Autónomas tienen la competencia de construir las estructuras fundamentales en las que se basa nuestro sistema sanitario, constituyendo las Áreas de Salud donde se prestara la Atención Primaria y la Atención Especializada. En los Centros de Atención Primaria o Centros de Salud se refiere al edificio donde se imparten los servicios de asistencia sanitaria de primer nivel a la población los cuales acuden los usuarios de la salud en caso de necesitarla ó para realizar gestiones relacionadas con todo lo referente a la sanidad, no son espacios complejos, ni disponen de alta tecnología. El Equipo de Atención Primaria en Salud es la estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, en este último grupo encontraremos al CELADOR entre todos desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y actividades contribuyendo al buen funcionamiento. La Atención Primaria es el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud.

2 Objetivos

Describir la importancia del celador en los quipos de atención primaria en los centros sanitarios.

3 Metodología

Se han realizado una búsqueda en Google Scholar , Publicaciones y estudios de investigación, excluyendo a los anteriores del año 2018, la búsqueda se realizó de forma sistemática y bibliográfica en distintas bases de datos médicas.

Palabras Claves: Atención primaria, celador, funciones, consultorio.

4 Resultados

Características de la Atención Primaria:

.Accesibilidad: un presupuesto eficiente contemplando todos los servicios incluyendo los problemas de organización, económicos y culturales.

.Coordinación: es el conjunto de las acciones y esfuerzos de todos los servicios.

.Integridad: es la capacidad que tienen de resolver en un 90% aproximadamente todos los problemas de salud de la población atendida.

.Longitudinalidad: supervisar el estado de salud del paciente por los mismos profesionales sanitarios.(médico y enfermero).

Como está formado el Equipo de Atención Primaria?

El Equipo de Atención Primaria tiene como ámbito territorial de actuación la Zona de Salud y como localización física principal El Centro de Salud, lo componen o lo compondrán:

. Médicos de Medicina General y Pediatría, Puricultura de Zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería, Matronas, Practicantes de Zona y Auxiliares de Clínica.

. Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local.

.Los Farmacéuticos y Veterinarios titulares radicados en la zona, colaborarán con el equipo, de acuerdo con criterios operativos y fórmulas flexibles en que se determine.

.Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales.

. Personal necesario para desarrollar las tareas de administración, recepción de avisos,. Información, cuidados de mantenimiento y todo aquello que se estime necesario para el mejor funcionamiento, en la medida que lo exija la propia dinámica del Centro y las disponibilidades presupuestarias lo permitan.

. El Equipo de Atención Primaria es una estructura organizada y jerarquizadas, el Coordinador Médico, además de desarrollar sus funciones y colaborara con los demás Servicios e Instituciones sanitarias y con la población por otra parte se involucrara en los aspectos organizativos del conjunto de profesionales Sanitarios y no Sanitarios, tengan estos vinculación estatutaria o funcional por su pertenencia a los Cuerpos Técnicos del estado al Servicio d la Sanidad Local, el nombramiento será por tiempo definido.

Funciones del los Equipos de Atención Primaria:

.Prestar: asistencia sanitaria, ambulatorio como domiciliario y de urgencia.

.Realizar: promociones de la Salud, prevención de la enfermedad y la reinserción social.

.Contribuir: a la educación sanitaria de la población.

.Realiza: diagnostico de salud de la Zona (evalúa las actividades realizadas y sus resultados).

.Formación: pregraduada y posgraduada de atención sanitaria, llevar a cabo los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.

.Participa: programas de salud mental, laboral y ambiental y todas aquellas necesarias para la mejor atención de la población.

El trabajo en equipo compromete a todos los integrantes a participar en el estudio, evaluación, y ejecución de las actividades comunes.

Funciones del CELADOR en la Atención Primaria:

Generalmente, los Celadores están capacitados para desenvolverse en sus tareas independientemente del lugar de trabajo en el que le sea asignado. No obstante, detallaremos cuales son las funciones más habituales en la Atención Primaria.

.Recepción del paciente: el Celador es el primer contacto que mantiene el paciente cuando acude a un centro de atención primaria. Este debe conocer en qué estado de salud se encuentra dicho paciente.

El paciente puede acudir al Centro de Salud de distintas formas:

.Por sus propios medios: siendo la más frecuente, la tarea del Celador es simplemente informativa.

.Por sus propios medios en vehículo propio: si el paciente necesita ayuda el Celador, pondrá todos los medios para su movilización.

.En ambulancia: el Celador ayudara al Técnico e transporte sanitario, con el enfermo y avisara al personal sanitario necesario, además se ocupara del traslado del paciente en silla de ruedas o en camilla según sea necesario.

Hay ocasiones y circunstancias que el enfermo no puede desplazarse al Centro de Salud, en este caso, el equipo sanitario, se desplazara hasta su domicilio para atenderle.

. Transporte de balas de oxígeno: traslado y reposición cuando se agoten, así como tenerlas preparadas para el uso, y se encargara de suministrarla cuando realice el transporte de un paciente en tratamiento con oxigenoterapia. Recibirá la solicitud de recambio de bombas de oxígeno el Celador transportará desde el almacén correspondiente hasta la unidad que la solicitara, luego la recogerá y devolverá las balas de oxígeno vacías al almacén correspondiente.

.Traslado y movilización: encargado del traslado del paciente con movilidad reducida o que no pueden valerse por sí mismos, hacia las consultas u otros lugares necesarios.

.Vigilancia de las entradas y Seguridad: cuidaran que todos las dependencias e instalaciones del centro de salud se encuentren en perfecto orden y limpieza, vigilará que los pacientes y familiares que ingresen al centro lo hagan en orden y procuren estar en silencio y con un comportamiento adecuado.

. Información y Atención al Usuario: al estar en contacto con los pacientes nos encontramos muchas veces con consultas de los mismos, sobre los día y hora de sus consultas, donde se encuentran las mismas, papeleo, entre otras, pero siempre teniendo en cuenta que le está totalmente prohibido dar información sobre la salud y tratamiento de los pacientes, siempre deberá derivarlos al medico correspondiente, las dudas y consultas de los pacientes son sencillas, el Celador debe mostrarse siempre dispuesto y colaborativo para contestar y resolver estos temas.

.Reposición de materiales: es el responsable de reponer el material que falte en las consultas, el manejo de las fotocopadoras y otras maquinas auxiliares, en las dependencias del centro de salud. En ciertas ocasiones también debe realizar recados oficiales dentro y fuera de los centros de trabajo.

.Reparto de Documentación: traslada documentos, historias clínicas, de los pacientes cuando sean requeridos para ello, también está encargado de entregar, recoger y distribuir la correspondencia.

. Asistencia a otros profesionales del equipo: la principal función de un Celador es la de colaborar, en la medida de sus posibilidades y capacidades, esto redundará en una mayor y mejor atención de los pacientes y en la dinámica de los demás profesionales del equipo sanitario que están atendiendo a los enfermos, el celador podrá asistir al personal sanitario en pequeñas curas e intervenciones ambulatorias.

.Traslado de aparatos o mobiliario de unos servicios a otros: el Celador se presentará en la unidad peticionaria una vez recibida la solicitud de traslado y efectuara el porte, una vez realizado esperara la aprobación de dicha petición, si es necesario retirara las camas o colchones que estén en mal estado para su restauración o almacenaje, cumpliendo siempre con el horario, zonas habilitadas para circular

y valorando las prioridades establecidas, evitando en lo posible ocasionar molestias que alteren el orden normal o la actividad de la Institución.

Ejemplo de traslado de aparatos y mobiliarios: Aparatos, Electrocardiógrafos, Rayos X, Espirómetros, Muebles, Balas de Oxígeno para oxigenoterapia, Proyector, Ordenadores, entre otros, también se le puede encargar al Celador la realización de fotocopias.

.Traslados de objetos: todos los de uso común en las Instituciones Sanitarias: cajas, carros, envases, medicamentos, tubos y muestras y enseres en general.

En los casos en los que no exista personal de hostelería en algún servicio concreto, podría trasladar material desde el almacén de hostelería, por mandato de la supervisora, por ejemplo; retirar agua para los pacientes que van a realizar pruebas en radiología.

.Distribución de productos de Farmacia: diariamente, distribuye y recoge medicamentos y demás productos de farmacia.

.Traslado de muestras biológicas: se encargan de trasladar las muestras a los laboratorios correspondientes y recoger los resultados de las mismas, dicho traslado en algunos casos por la proliferación bacteriana al ser muy intensa a la temperatura ambiente, debe hacerse sin demoras y en otros casos se pueden posponer refrigerándolas.

.Retirada y Traslado de muestras biológicas y residuos radioactivos: para retirar estas muestras, se deberá usar contenedores herméticos específicos por el consejo de seguridad nuclear.

.Tramitar los pedidos al almacén: recogerá el material cuando esté preparado y lo llevará a la unidad correspondiente.

Otras Funciones:

. Recoger avisos para atender en el interior o exterior del Centro de Salud: Los avisos se recogen generalmente vía telefónica, debe solicitarle al paciente información como: número de historia clínica ó Número de DNI, nombre, domicilio, síntomas, entre otros. Esta información deberá ser derivada al profesional sanitario encargado de resolverlo.

Entrega de avisos: verbales o escritos a los compañeros, superiores o público.

.Traslado de portafirmas: desde las unidades administrativas hasta las Direcciones o Jefaturas correspondientes para que los escritos sean firmados y/o registrados, en su caso, y posterior devolución a las unidades.

.El Celador / Conductor: su labor también es trasladar al quipo médico donde sea necesario para atender a un paciente, además se pondrá a disposición del personal sanitario para ayudarles en la incidencia.

.Instalaciones del Centro de Salud: revisara las puertas de las consultas cerrán-

dolas encaso de encontrarlas abiertas, comprobara el buen funcionamiento del teléfono, calefacción, luces, aire acondicionado, entre otros, si encontrara alguna anomalía, deberá comunicarlo a su supervisor. El Celador es el encargado de Abrir y Cerrar el Centro de Salud en el horario reglamentario.

Además de todas las funciones reseñadas, el Celador, cumplirá las órdenes encomendadas por sus superiores.

5 Discusión-Conclusión

Cuando el paciente llega al Centro de Salud, en ocasiones llega ansioso y regularmente temeroso y nervioso, es entonces cuando el celador, debe ponerse a disposición del paciente, ayudarle, aconsejarle, dirigiéndose a él con educación, empatía, amabilidad procurando solucionarle sus problemas o inquietudes en forma rápida y eficaz. No hay que olvidar y valorar que el Celador es la primer “cara” visible que se encuentra el paciente en el ámbito sanitario, es el Celador, es el primero que debe ofrecerle una buena calidad de servicio con su atención.

Cabe destacar que el papel del Celador a las puertas de los Centros de Salud y consultorios se ha vuelto mucho más relevante y exigente a la vez, suponiendo una gran carga pues debe combinar la rigidez de las normas COVID-19 con las diferentes problemáticas que le presentan los pacientes.

6 Bibliografía

- .Celadores online. Sitio web: celadoresonline.blogspot.com
- .Ocronos. Editorial Científica – Técnica (Febrero 2020).
- .Celador Temario y test parte específica. Editorial MAD.

Capítulo 476

SISTEMAS DE PRODUCCIÓN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

MARÍA JOSÉ FAL MIYAR

1 Introducción

Las cocinas hospitalarias han evolucionado en los últimos años hacia sistemas de producción que garanticen la eficacia tanto en la elaboración de los menús como en el proceso de distribución en planta de los mismos, así como preservar las características organolépticas y nutritivas de los alimentos.

El diseño de las cocinas hospitalarias responden a un modelo de cocinas por módulos, esto quiere decir, que están equipadas por diferentes equipos independientes: modulo de fogones, de planchas, de marmitas y de sartenes basculantes, freidoras, etc. De esta manera, las cocinas pueden adaptarse a la capacidad de producción que se precise por el volumen de pacientes que pueda acoger el centro sanitario.

Con este objetivo se diseña el tipo de producción más adecuado, eligiendo entre dos modelos: línea fría y línea caliente de producción. En este capítulo analizaremos las ventajas y desventajas de ambas teniendo en cuenta que la línea caliente es el sistema con mayor implantación en los centros hospitalarios. En ambos casos se emplean las bandejas térmicas para su distribución en planta, que garantizan una temperatura igual o superior a 65°C de los alimentos gracias a su diseño compuesto por base y tapa que encajan perfectamente. Además están fabricadas de un material derivado del plástico que permite una eficaz limpieza en los trenes de lavado.

2 Objetivos

- Analizar el sistema de producción de línea fría.
- Exponer el sistema de producción de línea caliente.
- Observar las ventajas y desventajas de ambas líneas de producción.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo 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 los que se trata los sistemas de producción de las cocinas hospitalarias.

4 Resultados

Ambas líneas de producción parten de una elaboración de los alimentos en cocina convencional o a través de nuevos sistemas de cocción como pueden ser los hornos de convección. Una vez elaborados los menús siguen caminos diferentes: -en el caso de la línea fría, una vez cocinados, se enfrían mediante abatidores de temperatura hasta alcanzar los 10° en menos de dos horas. Una vez enfriados caben dos opciones de almacenamiento, bien mantenerlos refrigerados a 3° pudiendo conservarlos hasta seis días, o bien congelados a -18° en cuyo caso la vida útil de estos alimentos se prolonga durante mucho más tiempo. En ambos casos, llegado el momento de su utilización se pueden emplear diferentes tipos de regeneración a través de hornos de regeneración de multiporciones, horno mixto de convección-vapor (permite modular la temperatura y la humedad), los carros de regeneración y hornos microondas.

-en el caso de la línea caliente de producción una vez elaborados los menús se emplatán mediante un sistema de cinta transportadora en el que se van colocando los diferentes componentes del menú según las características del paciente. Gracias a las bandejas térmicas se guarda el calor en las elaboraciones calientes y preservan el frío en caso de otras como ensaladas o postres de frutas. En este caso hay que tener en cuenta que no podemos dejar pasar mucho tiempo hasta el momento del servicio. En este sentido tampoco es recomendable que la comida una vez emplatada tenga que realizar traslados largos ya que se produce una pérdida de temperatura gradual y llegaría al paciente por debajo de los 65°C.

Cada una de las líneas de producción cuenta con ventajas y desventajas pero en ambos casos se garantiza las cualidades de los alimentos, esto es, sus propiedades nutritivas y organolépticas. Por tanto, las diferencias entre ambas tienen que ver más con la organización de los medios técnicos y la plantilla.

5 Discusión-Conclusión

Pues bien, entre las ventajas de la línea fría de producción podemos destacar la optimización de la plantilla ya que el trabajo puede repetirse a lo largo de la jornada planificando la elaboración de los menús con antelación. Por esta misma razón aumenta la capacidad de preparación de una mayor variedad de elaboraciones. Este sistema permite no solo optimizar los medios técnicos y un mejor aprovechamiento de las materias primas si no que facilita llevar a cabo un control de calidad antes de que la comida sea servida a los pacientes.

Por su parte la línea caliente permite aplicaciones con todo tipo de alimentos y la improvisación de elaboraciones para adaptarse a las necesidades, por ejemplo, de un paciente que ingresa a la comer o cenar.

6 Bibliografía

-González Castro Roberto (2014), Gestión de la producción en concina, Editorial Paraninfo.

Capítulo 477

DEMENCIA FRONTOTEMPORAL; SÍNTOMAS, TRATAMIENTOS Y ATENCIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL

LAURA LIZCANO BARREIRA

1 Introducción

El envejecimiento, entre otras causas se manifiesta por un trastorno multi-orgánico. La demencia es uno de ellos, esta se manifiesta en diferentes aspectos, conductuales, sensitivos y motores.

Estos cambios progresivos se manifiestan en la personalidad, lenguaje o comportamiento, a menudo estos cambios se dan juntos a medida que la enfermedad avanza.

Este deterioro que suele ir unido a trastornos dolorosos que aumentan progresivamente con la edad. La demencia está dentro de esos trastornos dolorosos, por lo que intentaremos definir diversos aspectos propios de la misma y como consecuencia su patología dolorosa, el dolor es un condicionante del deterioro o avance de la enfermedad.

Definimos el dolor como una percepción individual, personal muy difícil de cuantificar o medir siendo su valoración un tanto compleja. Las escalas pueden ayudarnos en esta valoración, tanto en pacientes que se comunican como en los no comunicativos.

Mencionaremos las escalas de valoración del dolor, donde se analizan, evalúan y determinan los diferentes grados y aspectos del mismo, también son importantes

y deben ser tenidos en cuenta los datos que al respecto nos aportan los familiares y cuidadores, pues nadie mejor que ellos para aportar información precisa y detallada del paciente.

Las escalas más utilizadas de las muchas que existen, son las de Pacslac y Dolo-plus. En la escala de Pacslac, la referencia que obtenemos dependerá de la expresividad de la cara, posición del cuerpo, movimiento, humor, sueño, apetito, etc.

Como referencia a los estudios realizados por Santana et al. (2016) donde nos explican que el método de detección cognitiva más empleado es el Mini Examen del estado mental. Podemos confirmar que existen diferentes aspectos que pueden alterar los datos del resultado, como son la educación, y la edad, para evaluar el deterioro cognitivo leve y para los tipos de demencia que pueden servir.

En estudios realizados por Fernández, Hernández, Garrido, y González (2018) nos indican la escasa eficacia de los fármacos específicos y psicofármacos. Donde nos indican que debido a la edad, los efectos adversos son notables por lo que suele ser conveniente la suspensión de los mismos, de acuerdo con los familiares.

El síntoma más notorio de la demencia es el deterioro cognitivo que suelen ir de la mano de otros deterioros que aumentan la carga social y económico.

El tipo de demencia que vamos a tratar, que es la demencia frontotemporal, la manifestación del dolor está mitigada por el factor afectivo-emocional, como consecuencia de la lesión temporal y orbito frontotemporal que genera esta demencia. En estos pacientes no existe la posibilidad de un tratamiento farmacológico analgésico. Por lo tanto en la EA cada vez se necesitara ir aumentando la dosis de los analgésicos.

Este tipo de demencia de la cual vamos a hablar a continuación y es la llamada frontotemporal, se dice que es la demencia más desconocida. Es una demencia progresiva y actualmente imparable, aunque si se detecta a tiempo cabe la posibilidad de mejorar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente enfermo. Esta demencia al principio suele pasar inadvertida para los familiares, pasado un tiempo ya ven en ellos comportamientos raros como cambios de humor, depresión, etc., que les hace sospechar que algo inusual está sucediendo. En estos casos hay funciones que se mantienen inalteradas, como son: el aprendizaje la memoria autobiográfica, la función temporoespacial, y el razonamiento simple.

Este tipo de demencia, representa el 5% de los casos que son diagnosticados y valorados una vez fallecido el paciente por medio de la autopsia del cerebro, realizando los estudios, anatomía patológica. La neumonía suele ser la causa más común de su muerte.

En un estudio realizado para ver la coincidencia entre el diagnóstico postmortem

y el diagnóstico clínico, llegaron a la conclusión que casi la tercera parte de los diagnósticos no fueron correctos en vida, los diagnósticos resultaron insuficientes, con lo que suponemos que el tratamiento tampoco sería el adecuado.

Aproximadamente la mitad de los individuos que padecen esta enfermedad, tiene antecedentes familiares, de esta u otra demencia y que afecta tanto a hombres como mujeres, no se conoce la causa pero hay una posibilidad que sea por una mutación de genes. Suele presentarse antes de los 65 años, y es notable tener un antecedente familiar de primer grado.

Su origen es diverso, y se exterioriza por diferentes causas, aunque prevalece la teoría que es por un acumulo de proteínas en el cerebro, que lo definen como un almacenamiento anómalo de proteínas en SNC que al ser tóxicas actúan contra las células cerebrales, alterando su estructura o destruyéndolas. Cursa con trastornos poco frecuentes y que afectan sobre todo a los lóbulos frontal y parietal del cerebro, en esta zona se encuentran las áreas relacionadas con el lenguaje, la personalidad y el comportamiento. En estos pacientes, desde el punto de vista neuropatológico, el cerebro muestra una atrofia frontal y temporal, y añadidos anormales de proteínas. Además de los cambios en el lenguaje, son también muy significativos los que se evidencian en la personalidad y sobre todo un cambio muy avanzado de la conducta.

Hay un grupo de síntomas que afectan exclusivamente a esta demencia, los cambios en el lenguaje y el habla:

La afasia progresiva: en la parte izquierda del cerebro es donde juntamos las palabras y expresamos lo que queremos comunicar, pues este tipo de pacientes no pueden hacerlo, aunque saben lo que quieren decir, no encuentran las palabras adecuadas y como se dan cuenta de ello, esto les genera gran ansiedad y hace que su vocabulario se vaya limitando, esto conlleva que la persona se encierre en sí mismo evitando participar en las relaciones sociales para que así nadie pueda darse cuenta.

Los estudios realizados a estos pacientes demuestran el rasgo del daño focal en las cortezas sensoriales. Es un proceso destructivo por el que se olvidan o confunden la elaboración de palabras. Pierden la forma de expresar y entender el lenguaje, repetirán unas pocas palabras continuamente, pasaran por etapas en que lloraran no pudiendo entender que les está pasando, hasta que llega un momento en que pierden el habla.

El descubrimiento de esta demencia en un paciente adulto - joven, es un reto, pues se intercalan diferentes síntomas, degenerativos y no degenerativos. Los cambios en la conducta, por ejemplo, que no suelen ser tratados en profundidad. Siendo vistos por atención primaria o psiquiatría. Estos comportamientos, hacen

difícil la vida familiar y las relaciones en el trabajo. Son pacientes que les cuesta mantener la atención, su lenguaje es muy pobre, repetitivo y muy concreto.

2 Objetivos

Analizar los primeros síntomas que aparecen y que solo son perceptibles por la familia del paciente.

3 Metodología

Para la realización del siguiente capítulo se hizo una búsqueda durante los meses de febrero 2019 a marzo 2019. Mediante una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos de ciencias de la salud como: Pubmed, Medes y Scielo.

Los idiomas de búsqueda fueron el español, el inglés y el portugués.

Los descriptores utilizados han sido: Demencia Frontotemporal, síntomas psicológicos y conductuales, cambios de comportamiento, depresión y en ocasiones se utilizó el marcador booleano and.

Los filtros de búsqueda han sido los siguientes: artículos, disponibilidad de texto gratuito y completo, realizados en humanos. Fecha de publicación: las búsquedas se hicieron en artículos de los últimos 10 años.

4 Resultados

Síntomas destacados

Deterioro del lenguaje: Evaluar la forma de utilizar el lenguaje, haciéndole preguntas para ver cómo responde. La familia y el propio paciente son conscientes de este problema. El paciente evita las relaciones sociales a fin de evitar que sea percibido por el resto de las personas su situación.

Se evalúa la forma de utilizar el lenguaje, haciéndole preguntas para ver cómo responde.

El lenguaje es uno de los 6 subtipos de trastornos neurodegenerativos, y su reconocimiento y diagnóstico certero ayudarán al neurólogo a tratar a estos pacientes.

Trastornos en la alimentación: En este tipo de pacientes el acto de comer puede presentar todo un reto para el cuidador, pues son pacientes que se olvidan de comer, o si ya han comido, pueden escupir la comida, entre otras cosas.

La dificultad en la deglución, es decir la disfagia, es muy común en este tipo de pacientes produciéndoles neumonía por aspiración y el resultado más frecuente del fallecimiento.

De no ser así, tenemos otra opción que es la de colocar una sonda nasogástrica para su correcta alimentación.

Ansiedad: Puede pasar inadvertida, es un sentimiento de miedo o la sensación de la pérdida de control. Esta manifestación hace que el paciente intente aliviar su malestar moviéndose sin rumbo fijo.

Existen familias con esta demencia frontotemporal que aparece ligado con un fenotipo de Parkinson, con una fase genética.

Dificultad en el movimiento: Estos enfermos pueden desarrollar también dificultades relacionadas con el movimiento, antes o después del inicio de la enfermedad. Estos síntomas pueden manifestarse de diferentes formas, con temblores rigidez, etc., en cada paciente por tanto será diferente. Los trastornos del movimiento se han determinado de modo insuficiente, como parte integrante de la dispersión de la demencia frontotemporal. Las caídas en estos pacientes es un riesgo al que se ven sometidos, asociadas a la ansiedad y el delirio.

En los últimos 10 años los progresos para poder entender las bases moleculares de la demencia frontotemporal, han sido un logro a tener en cuenta y de especial relevancia al encontrar los genes que producen la demencia frontotemporal así como las proteínas anómalas, causantes de este deterioro. Se necesita seguir investigando y estudiando para así poder ofrecer alternativas de diagnóstico y tratamiento al paciente de este tipo de demencia.

No hay cura para esta enfermedad, aunque existen diversos medicamentos que ayudan a mejorar la función del cerebro y que esta evolución sea más lenta. El único tratamiento es controlar los síntomas. Uno de los síntomas es la apatía que incapacita al paciente durante su enfermedad.

Los medicamentos a utilizar son antidepresivos y antipsicóticos, pero hay que utilizarlos con cuidado y siempre bajo la supervisión de un médico porque sus efectos secundarios pueden conllevar a la muerte. El gran reto es encontrar los medicamentos adecuados que modifiquen la enfermedad.

Fármacos utilizados: La capacidad de los fármacos específicos, es limitada, al igual que los psicofármacos, de uso en temas de conducta y síntomas psicóticos. Y se aprecia que los aspectos adversos pueden tener suma importancia, siendo habitual su retirada, estando de acuerdo siempre con los familiares del paciente.

El tratamiento para esta demencia suele mejorar unos aspectos y empeora otros y es notoria la pérdida de peso que tienen estos pacientes debido a que se olvidan de comer y beber. Este tipo de carencias es muy frecuente en la demencia

avanzada, independientemente del tipo de demencia que sea y que por lo tanto va aumentando progresivamente según avanza la enfermedad.

La Depresión: Es una profunda tristeza, desgana, que debilita y que se instaura en la edad adulta sobre todo. Se manifiesta con aislamiento, rechazo, cansancio.

La demencia a veces no da opción a ver claramente los síntomas de la depresión.

Alteraciones del sueño: En los pacientes diagnosticados de demencia, las alteraciones del sueño son normales, tienen episodios de sueño por el día y esto dificulta el descanso prolongado nocturno. El descanso como unidad terapéutica es valorada para la protección de la demencia.

El papel fundamental del cuidador

Aquí cobra un papel fundamental el cuidador, para estar al tanto de su alimentación, procurando que variada y que sea fácil de tragar, suministrándoles una dieta blanda conjuntamente con el uso de espesantes, si es preciso, y que pueden ayudarnos en la tarea de la alimentación e hidratación, así como utilizar posturas que les proporcionen comodidad y confort a la par que faciliten la deglución.

También en fases avanzadas, a este tipo de enfermos llegan a un estadio de dependencia total, el control de esfínteres y ahí empieza la etapa en la que usan pañales, siendo esto es una complicación añadida por lo que es muy fácil que puedan aparecer las úlceras por presión. Esta situación no les beneficia, es más puede agravar su estado, por lo tanto evitaremos por todos los medios que esto ocurra pues sería un factor negativo a su enfermedad. Le realizaremos cambios posturales cada 2-3 horas, le mantendremos lo más seco posible y evitaremos el cizallamiento al moverlo en la cama. Es fundamental mantener la piel hidratada realizando un ligero masaje que le vendrá bien al favorecer la circulación sanguínea.

Considero que en esta etapa de la enfermedad, una parte muy importante y fundamental es la figura del cuidador. Con todo lo que ello conlleva. Para el cuidador, es fundamental el saber gestionar correctamente las diferentes etapas por las que va a pasar esta persona con demencia, para evitar la sobrecarga física y emocional que ello conlleva, de no ser así toda la situación le pasara factura a largo plazo y necesitara ayuda. Es un trabajo difícil y agotador y todo cuidador necesitara estar apoyado por familiares o personas que le alivien en su tarea.

También existen centros donde pueden pasar unas horas estos enfermos y allí están atendidos, realizando las actividades según el estadio de su enfermedad, y este tiempo le sirve al cuidador para descansar o dedicarse a su tarea favorita, evadiéndose de la dura carga que soporta. Es una tragedia que afecta tanto o más a los cuidadores, porque ven morir día a día a su ser querido, ven que su vida es

solo cama-sillón y no saben qué más puede pasar, es una agonía lenta y diaria. Lo único que la familia desea es que su familiar no sufra, este tranquilo y no le falte ningún cuidado. Como todo cuidador la premisa básica y fundamental es permitir al ser querido conservar toda la dignidad, apoyo, y autonomía hasta el último momento. La forma de actuar es esencial para mostrarles nuestro apoyo. Prever sus necesidades y en lo posible adelantarse a ellas. Mantener en todo lo posible una rutina, eso les proporcionara un estado de tranquilidad y sosiego. Adaptar la casa en función del avance de la enfermedad, quitando los muebles o enseres que dificulten el paso de la silla de ruedas. Proporcionarles siempre en un ambiente confortable y tranquilo. Hacerles fácil las tareas de cada día. No oponerse a sus deseos de forma rotunda y evitar contrariarles. Ofrecerles abrazos y el roce de nuestra piel, que sientan nuestra cercanía y cariño. Debemos llamarles por su nombre y que nos vean a su altura desde la situación en que encuentren, sentados, en cama. Utilizar estímulos visuales y táctiles. Adaptar el baño para el aseo, tanto para el cuidador como para el paciente. Tramitar las ayudas a las que se tenga derecho al ser cuidadores de una persona que carece de movilidad y es dependiente total y absoluto para las actividades de la vida diaria.

5 Discusión-Conclusión

Una vez concluida la toma de datos referentes al tema que tratamos, podemos visualizar: Los pacientes diagnosticados con demencia frontotemporal, suelen manifestar costumbres como la desinhibición, el no correcto proceder en actos sociales, apatía y la deambulación.

En la demencia frontotemporal, el frenar la desinhibición en estos pacientes es una de las causas de que se produzca la agresividad.

Se valora el ofrecer el máximo confort al paciente en esta etapa, para lo que se les evitara cualquier dolor que tengan, pero como hemos visto anteriormente, la evaluación del mismo no es tarea fácil de cuantificar, de ahí viene la carencia en tema de analgesia.

El examen, estudio y la observación al paciente hecho por el neurólogo, le ayudara a diagnosticar certeramente la enfermedad y administrara por tanto el tratamiento preciso al paciente.

El conocimiento de las diferentes etapas o fases por las que pasa el enfermo, es muy importante esta información para el cuidador, pues necesita saber que va a suceder y anticiparse a lo que vaya ocurrir, conocer los síntomas nos va a ayudar a comprender que está ocurriendo. El médico será el encargado de informar a la familia y/o cuidadores de las siguientes fases por las que ira pasando el paciente

durante su enfermedad.

6 Bibliografía

1. Ahunca, L.F. (2017). Más allá del deterioro cognitivo: síntomas neuropsiquiátricos en demencias neurodegenerativas. *Revista Colombiana Psiquiatría*.
2. Fernández, M.J., Hernández, M.A., Garrido, A., y González, M.J. (2018). Haciendo balances entre riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico en demencia, dolor crónico y anticoagulación en ancianos. Grupo de Trabajo de Neurología. Manejo de los síntomas neuropsiquiátricos de la demencia en entornos clínicos: recomendaciones de un panel multidisciplinario de expertos.
3. *Revista de Psiquiatría y Neurología Geriátrica*. Alteración del sueño, deterioro cognitivo y demencia: una revisión. *Neurología*, 37(4), 395-406.

Capítulo 478

MASCARILLAS FRENTE AL CORONAVIRUS

SILVIA VALLINA PUENTE

ELOY ALONSO VÁZQUEZ

1 Introducción

La mascarilla según la RAE es "una máscara que cubre la boca y la nariz de su portador para protegerlo de la inhalación y evitar la exhalación de posibles agentes patógenos, tóxicos y nocivos".

Desde la aparición del virus SARS_CoV_2 la manera de relacionarnos tanto el entorno personal como laboral ha cambiado drásticamente.

Se sabe que la transmisión de este virus se produce principalmente cuando una persona entra en contacto cercano, menos de un metro, con otra persona infectada y se expone a las gotículas que expulsa por eso la utilización de las mascarillas respiratorias es fundamental para protegernos frente al SARS_CoV_2, que origina la enfermedad del covid 19 pero hay que saber utilizarlas de la forma correcta. Es fundamental el ajuste y el mantenimiento de la mascarilla y evitar manipularla mientras la llevamos puesta. También es crucial saber cual se debe usar dependiendo de las circunstancias y cómo conservarlas o cuando se deben desechar. De no ser así esta barrera sería ineficaz y podríamos contagiarnos o propagar el virus.

Las mascarillas son sólo un medio adicional de protección y es necesario atenerse al resto de las medidas preventivas como el distanciamiento social de 1,5 metros mínimo, lavado frecuente de manos y una buena ventilación de los interiores,

entre otras, porque ninguna de las medidas de protección es 100% eficaz por si misma para evitar la transmisión de la enfermedad.

2 Objetivos

- Mejorar los conocimientos sobre las mascarillas respiratorias, qué tipos hay y qué grados de protección tienen.
- Describir cómo utilizarlas y cómo desecharlas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Para hacer un uso correcto de las mascarillas lo primero saber cómo se transmite la enfermedad y así poder decidir qué tipo de mascarilla utilizar en cada caso.

Las vías principales de infección son por contacto directo con gotas respiratorias, por las manos que hayan estado en contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos y por contacto con superficies contaminadas.

Una de las principales medidas que se puede tomar es evitar la proyección de gotas de saliva contaminada sobre personas y objetos, y esto se consigue con el uso correcto de las mascarillas respiratorias.

Los distintos tipos de mascarillas son:

1.Mascarillas EPI o auto filtrantes: Son equipos de protección individual para uso preferente por profesionales.

El principal problema de estas mascarillas es que cuesta más respirar con ellas y producen fatiga. Protegen tanto al usuario como a los demás.

Los filtros de las mascarillas enumeran por su capacidad de filtración, P1, P2 y P3.

Las desechables se enumeran como FFP1, FFP2 y FFP3.

Pueden ser reutilizables (R) o no reutilizables (NR).

Las FFP1 tienen una eficacia del 78%, las FFP2 del 92 % y las FFP3 del 98%.

Deben cumplir con el Reglamento (UE) 2016/425.

Las mascarillas desechables con válvula de exhalación también son EPI's pero no se recomienda su uso a no ser que tengan filtro en la válvula porque el aire exhalado se expulsa fuera de la mascarilla.

2.Mascarillas quirúrgicas: Este tipo de mascarilla está diseñado para proteger al paciente de la exhalación del personal sanitario o al personal sanitario del paciente infectado, es decir protegen de dentro hacia fuera. Si se utilizan junto a las medidas de distanciamiento de 2 m también protegen a la persona que las utiliza.

Las hay de tres tipos:

Tipo I. Es el más básico. No se recomienda su uso en zonas que requieren asepsia.

Tipo II. Nivel de filtración superior.

Tipo IIR. Mayor resistencia y tienen resistencia a la penetración de gotas por salpicaduras.

La eficacia de filtración bacteriana del tipo I es menor o igual que el 95%, las de tipo II y las del tipo IIR igual del 98 %.

Estas mascarillas deben cumplir la normativa Directiva 93/42/CE relativa a los productos sanitarios. Y el Reglamento 2017/745 relativo a los productos sanitarios.

La normativa de aplicación para su fabricación y control es UNE-EN 14683.

3.Mascarillas higiénicas: Este tipo de mascarillas no existían antes de aparecer el SARS-CoV-2.

No es un equipo de protección individual ni un producto sanitario, sino una medida higiénica complementaria. Cuando las junto con el distanciamiento físico de 2 m son una barrera muy eficaz frente al contagio.

Están indicadas para la población sana en contacto con positivos y no para los trabajadores sanitarios.

La referencia a la norma UNE asegura el cumplimiento de un estándar de calidad.

Deben venir marcadas como:

-No reutilizables (NR) adultos y niños de 3 a 12 años, no deben usarse más de 4 horas.

-Reutilizables (R). Tanto indicará el número máximo de lavados y las condiciones de dicho lavado.

La mascarilla UNE 0064 tiene una eficacia de filtración de hasta el 95 % y la UNE 0065 hasta el 90 %.

Sus métodos de ensayo se rigen por la norma UNE 0064-1 y por la norma UNE 0064-2 para niños de 3 a 12 años.

Las Reutilizables (R) se rigen por la norma UNE 0065.

El CEN (Comité Europeo de Normalización) publicó el 15/7/2020 una nueva norma a nivel europeo, UNE- CWA 17 553: 2020, "cobertores faciales comunitarios. Guía de requisitos mínimos, métodos de ensayo y uso".

La forma de colocar y retirar la mascarilla puede variar dependiendo del tipo de mascarilla.

Para la mascarilla quirúrgica de atar, primero hay que atar la tira superior y después la inferior y por último ajustar a la nariz la cinta metálica. Para retirarla se desata la cinta inferior y luego se tira hacia arriba y hacia delante de la superior. La mascarilla con bandas elásticas posteriores se coloca sujetándola con la palma de la mano y poniendo las bandas elásticas detrás de la cabeza, por último se ajustará la tira metálica de la nariz. Para retirarla no hay que tocarla con las manos, se retira primero la banda inferior y luego la superior, evitando arrastrarla por la cara.

La mascarilla con bandas elásticas laterales fijando a la vez ambas bandas detrás de las orejas y ajustando la banda metálica a la nariz y la mascarilla a la cara. Para quitarla se retiran las dos bandas elásticas de las orejas a la vez.

5 Discusión-Conclusión

En función del riesgo de exposición al SARS-CoV-2 y de las características de cada tipo de mascarilla se deberán usar unas u otras así tener en cuenta unas normas básicas de higiene especialmente en las manos antes, durante y después del uso de la mascarilla.

Las mascarillas higiénicas serían las adecuadas para las personas sanas.

Las personas sintomáticas o asintomáticas positivas o en aislamiento por contacto estrecho con pacientes positivos deben elegir con prioridad las mascarillas quirúrgicas.

Las personas en contacto con el virus, como personal sanitario o cuidadores, deben emplear mascarillas FFP2 o FFP3, debido a la posible exposición a bioaerosoles.

El tiempo de efectividad de la mascarilla es fundamental para una correcta protección. Las mascarillas auto filtrantes (FFP) se emplearán en un turno de trabajo pudiendo las reutilizables utilizarse en varios turnos.

Aunque últimamente se está recomendando el cambio con más frecuencia.

Las mascarillas higiénicas no se recomienda utilizarlas más de 4 horas, si se humedecen o se deterioran hay que sustituirlas inmediatamente.

Las mascarillas quirúrgicas dependen de las recomendaciones del fabricante,

pero mejor no usarlas más de 4 horas y cambiarlas también si se humedecen o deterioran.

A la hora de utilizar las mascarillas debemos fijarnos que vengan con el certificado europeo CE seguido de 4 dígitos.

La referencia a la norma UNE-EN-149 asegura el cumplimiento de un estándar de calidad.

El marcaje NR o R es necesario para saber si es no reutilizable o reutilizable.

También debe venir marcado el tipo de mascarilla (FFP1, FFP2, FFP3) y el filtro (P1, P2, P3).

6 Bibliografía

1-Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales

2-SGPRL HUMV Norma Prevención N24.- CORONAVIRUS COVID 19 Resolución de 23 de abril de 2020, referente a los EPI en el contexto de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19

3- Mascarillas frente al SARS-CoV-2, José Luis Trigo Izquierdo, Farmacéutico de Equipo de Atención Primaria, Inspector de Salud Pública, Servicio Extremeño de Salud

4- Guía para la compra de mascarillas, Ministerio de Consumo

Capítulo 479

LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

DANIEL FERNANDEZ ALVAREZ

REBECA LOBO DEL ESTAL

1 Introducción

La comunicación es una herramienta imprescindible en nuestra sociedad. El campo sanitario es uno de los espacios profesionales en los que más importante resulta que el proceso de comunicación se desarrolle de manera adecuada. La relación entre profesionales, entre el profesional y el paciente y entre el profesional y los familiares es fundamental para conseguir un servicio de mayor calidad y eficacia. La sanidad tiene que ir adaptándose a los cambios de la sociedad. Las personas cada vez quieren más información. Una de las principales razones por las que el paciente se siente satisfecho cuando está en un centro sanitario es por la atención que reciba, por el tiempo que le dedican, la empatía y la información que reciben. Una buena comunicación es, por tanto, de gran utilidad para diseñar los tratamientos y las necesidades de cada persona, para asegurarnos el cumplimiento de las indicaciones médicas, y en general, para garantizar unos mejores resultados en el modelo sanitario.

No debemos olvidarnos de la comunicación interna que es la que tiene lugar entre todos los profesionales que atienden al paciente (celadores, auxiliares administrativos, TCAE, enfermeras, médicos...) y en entre estos y el equipo directivo. En los centros sanitarios tanto el personal sanitario como el no sanitario están jerarquizados y este sistema condiciona la normal comunicación porque tenemos que

tener en cuenta las diferentes normas de funcionamiento del centro. La comunicación interna es una herramienta imprescindible para que los profesionales del hospital desarrollen su trabajo, para que reciban la informaciones adecuadas, en tiempo real y adaptadas a su labor porque al final, eso repercute en el funcionamiento del sistema sanitario y es beneficioso para toda la población.

2 Objetivos

- Comprender el papel tan importante que juega la comunicación en los centros sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se hizo una revisión bibliográfica sobre la normativa vigente y de fuentes oficiales. También se ha utilizado la información encontrada en diversas webs con información relativa al título del mismo y consultado libros relacionados con este tema.

4 Resultados

La comunicación consiste en un intercambio de mensajes entre un emisor y un receptor. La información es un concepto básico dentro de la salud ya que de una buena información dependen unos buenos resultados. Lo cierto es que muchas veces tratamos a las personas como las percibimos, nos hacemos una primera impresión (buena o mala) del paciente y se actúa con él de acuerdo a esa impresión primera.

Dentro de los principales elementos de la comunicación tenemos:

Emisor: Es quién manda el mensaje.

Receptor: Es quién lo recibe.

Mensaje: Aquello que se quiere transmitir.

Código: Imágenes, claves, lenguaje...

Canal: Medio utilizado

El proceso de comunicación supone la intervención activa de todos los elementos descritos anteriormente, creando una secuencia organizada en el que todos intervienen en mayor o menor grado. Al comunicarnos no sólo empleamos palabras sino también gestos, posiciones corporales...

En la sanidad es importante fijarse en el lenguaje no verbal de los pacientes, tono de voz, expresión facial, mirada, sonrisa, cambios gestuales, etc.

Para que la comunicación sea efectiva es importante que pacientes, familiares y profesionales caminen juntos para alcanzar el objetivo común que es la satisfacción y el bienestar mutuo. Una comunicación inadecuada nos lleva a una mayor conflictividad que hace que afloran situaciones desagradables y mayor agresividad.

Si ponemos en conocimiento unas sencillas técnicas de comunicación vamos a facilitar que la relación entre todos los usuarios de los centros sanitarios sea mucho más agradable y evitará conflictos. Algunas de ellas son: Utilizar un lenguaje claro evitando los tecnicismos, no interrumpir al paciente cuando muestre preocupación, favorecer la expresión y la comunicación, estar atento, adecuarse al tipo de paciente (psiquiátrico, quirúrgico, pediátrico...). La relación es todo momento tiene que ser de respeto, sinceridad y empatía. También los pacientes y familiares tienen que colaborar en este proceso y para ello es necesario que conozcan sus derechos y deberes.

5 Discusión-Conclusión

Comunicar es la forma que tenemos las personas de relacionarnos. Hay que saber escuchar para entender al enfermo por lo que una comunicación óptima supone mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familiares. Además de obtener información debe ser un espacio de dialogo donde el paciente se sienta escuchado y pueda sentirse partícipe durante el proceso de atención.

Resumiendo:

1. La comunicación es fundamental entre los profesionales sanitarios y los pacientes.
2. Hay que saber escuchar para entender al enfermo demostrando interés por él y por su entorno.
3. Características como la empatía, el respeto, la escucha activa son importantes para humanizar todo el proceso asistencial.
4. El paciente confía en el profesional sanitario y por eso espera un trato humano y sensible.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Educación. Elementos de la comunicación.

2. Lefrevre JM. Saber comunicar para ser más eficaz en el trabajo. Ed. Deusto. Bilbao 1991.
3. Pons diez, X. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente. Revista de enfermería 2006

Capítulo 480

ENFERMEDAD COVID-19: LA PROTECCIÓN DEL CELADOR

YOANA GARCÍA SANTAMARÍA

1 Introducción

La enfermedad de Covid-19 o como científicamente se conoce SARS-CoV2 , tiene su origen en China ,donde causo un brote y fue expandiéndose por el resto del planeta, siendo declarado como brote por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Existen varios tipos de variantes de covid, ya que han ido evolucionando y haciéndose cada vez mas resistentes las variantes.

En la actualidad la variante que comienza a predominar es la denominada Ómicron.

Esta enfermedad tiene una sintomatología muy variable desde muy leve o incluso asintomática a casos muy graves, llegando a derivar en la muerte. La sintomatología que suelen tener todos los enfermos son: fiebre, tos y dificultad respiratoria. Luego también influye las enfermedades base de cada paciente que harán que la evolución de la enfermedad varié respecto a otros pacientes.

Debido a un incremento desmesurado de la enfermedad en el primer trimestre del año 2020 ,el Gobierno de España tuvo que tomar decisiones muy drásticas ,llegando a tener al país en estado de alarma ,para evitar un colapso total de la sanidad y una propagación masiva del brote.

Actualmente ,ya hay unas bases de como se debe actuar frente al virus en cuanto a la detección de la enfermedad ,como se debe combatir y evitar su propagación.

2 Objetivos

Describir las funciones del celador ante el ingreso de un paciente COVID positivo

3 Metodología

Lectura sistemática legislación en el ámbito estatal ,la consulta de varias páginas web sanitarias ,bases de datos sobre el desarrollo de la enfermedad en los diferentes países del mundo.

Debido a ser una reciente enfermedad y la inexistencia de manuales propiamente dicha sobre dicha enfermedad.

4 Resultados

El funcionamiento en el hospital y los centros de atención primaria ha ido evolucionando al igual que paso con la pandemia.

Al comienzo ni pacientes ni celadores disponían de medios de prevención de la propagación mas básico, como es el caso de las mascarillas.

A medida que se fue conociendo su evolución ,los celadores comenzaron a utilizar mascarillas FP2 y cuando un paciente entra en el hospital se le proporciona una mascarilla nueva y gel hidro alcohólico para un correcto lavado de manos.

¿Qué hace el celador desde que recibe al paciente covid positivo en urgencias ,hasta su alta hospitalaria?

Cuando el celador recibe a un paciente en urgencias ,lo primero que hace es comprobar mediante una serie de preguntas sencillas , si el enfermo puede ser portador de Covid positivo o ha estado en contacto con un enfermo de covid.

En caso de que fuese conocedor de que es portador de covid ,el celador a la puerta de urgencias tomaría los datos y los pasaría a triaje, indicándonos en la ubicación en la que dejara el celador al enfermo y pueda ser atendido por los sanitarios y así evitar que el enfermo pase mucho tiempo en la zona "libre de covid".

Si el enfermo es valido lo acompañara hasta el box ,en cambio si necesitase ayuda ,el celador deberá utilizar todos los medios de protección proporcionados como son gafas, gorro, guantes y bata.

En casos graves de covid, en el que el paciente precisa ingreso hospitalario es estrictamente necesario la limpieza de todo el espacio y material utilizado por este paciente durante su estancia en urgencias.

Es entonces cuando entra a formar parte indispensable el personal de limpieza, ya que es primordial una limpieza exhaustiva para evitar que se propague la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Esta nueva enfermedad que pasará a formar parte de las enfermedades comunes del planeta, requiere de una estricta higiene y otros medios de transmisión como son evitar el contacto estrecho, espacios poco ventilados o reuniones masivas , sean algo primordial para evitar un contagio masivo.

En la actualidad la administración de vacunas a personas mayores de 12 años ha echo que la incidencia haya bajado notablemente.

También hay que tener en cuenta que la época en la que los virus que normalmente conviven con la población como son gripes y resfriados y virus respiratorios ,con sintomatología similar al covid , hace que en muchas ocasiones no se tomen todas las medidas necesarias para evitar la propagación.

La finalidad de una buena salud del celador consiste en evitar contagios mediante un lavado de manos, mascarilla, distanciamiento social y la vacunación.

6 Bibliografía

1-<https://www.mscbs.gob.es/buscador/iniciar.do>

2-<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/PrevencionRRL COVID-19.pdf>

3-<https://www.diariomedico.com/medicina/medicina-preventiva/primer-caso-confirmado-de-coronavirus-en-espana.html>

4-<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/symptoms-causes/syc-20479963>

Capítulo 481

SALUD LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO

REMEDIOS PRADA PEREZ

1 Introducción

Comenzaremos definiendo SALUD LABORAL, según la OMS “una actividad multidisciplinaria que promueve y protege la salud de los trabajadores. Esta disciplina busca controlar los accidentes y las enfermedades mediante la reducción de las condiciones de riesgo”, por todo ello se deduce que se debe reducir hasta eliminar los factores de riesgo dentro del centro de trabajo, según el puesto de trabajo y las tareas a realizar por el trabajador. Por todo ello es necesario un equipo de expertos en:

- ☒ Seguridad en el trabajo, con el fin de evitar los accidentes de trabajo.
- ☒ Higiene industrial, para evitar la enfermedad del trabajador.
- ☒ Ergonomía y Psicosociología Aplicada, para prevenir daños físicos o psicológicos.
- ☒ Medicina en el trabajo, para evitar o bien curar da alguna enfermedad, accidente.

Para el estudio de este capítulo vamos a precisar de la normativa existente en lo relativo en salud laboral. A continuación, referimos las normativas halladas:

- ☒ Constitución Española, de 29 de diciembre de 1978.
- ☒ Ley General de Sanidad, 14/1986 de 25 de abril.
- ☒ Ley de Prevención de Riesgos Laborales, 31/1995 de 8 de noviembre.
- ☒ Ley General de Salud Pública, 33/2011 de 4 de octubre
- ☒ Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto.
- ☒ Reglamento de los Servicios de Prevención, Real Decreto 39/1997 de 17 de enero.

- ☒ Acuerdo de Criterios Básicos para la actividad sanitaria de los servicios de prevención, Real Decreto 843/2011, de 17 de junio.
- ☒ Reglamentos específicos que hacen referencias a la vigilancia de la salud de trabajadores expuestos a determinados riesgos.
- ☒ Normativa Sectorial.
- ☒ Normativa autonómica sobre asistencia médico-farmacéutica en los servicios de prevención.
- ☒ Normativa sobre confidencialidad de datos médicos.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa la SALUD LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO y cuáles son sus aspectos más fundamentales

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como venimos diciendo a lo largo de este capítulo, queremos y deseamos que nuestros trabajadores gocen de una buena salud ,así rendirán más en su trabajo ,por lo que es necesaria la formación y el conocimiento necesario , para que esto así ocurra. Para ello cumpliremos con la normativa existente ,a continuación, algunos ejemplos:

La constitución española en su artículo 40.2, “Asimismo, los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesionales; velarán por la seguridad e higiene en el trabajo y garantizarán el descanso necesario, mediante la limitación de la jornada laboral, las vacaciones periódicas retribuidas y la promoción de centros adecuados”.

En su artículo 43

43.1, “se reconoce el derecho a la protección de la salud”

43.2,” 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.”

Ley general de sanidad

Nos recomienda vigilar la salud del trabajador, las condiciones de trabajo y ambientales, detectar precozmente los factores de riesgo, al igual que la formación, información y participación de trabajadores y empresa fundamentalmente en salud laboral

Ley de prevención de riesgos laborales, 31/1995

Establece los principios a los que debe someterse la vigilancia de la salud de los trabajadores, en su artículo 10, regula la actuación de la administración en materia sanitaria, los medios adecuados para evaluación y control, los sistemas de información al igual que la formación en la materia.

En su artículo 23, el control de los empresarios, dando razón a las autoridades sanitarias de los documentos necesarios que justifiquen dicha práctica.

En su artículo 14, se refiere al derecho de los trabajadores a la vigilancia de su salud.

En su artículo 25, habla de los trabajadores más sensibles a determinados riesgos.

En su artículo 26, la especial protección a las embarazadas,

En su artículo 27, se habla de la protección de los menores.

En su artículo 28, no habla de las revisiones periódicas de salud, de los trabajadores temporales.

Por último, en su artículo 31, nos dice que los servicios preventivos han de tener carácter multidisciplinar.

Ley General de Salud Pública, 33/2001:

Esta ley referencia la salud en el trabajo, en sus artículos 32, 33 y 34; en ellos se habla de la definición de la salud laboral, de cómo deben actuar las autoridades sanitarias frente a la salud laboral, de la participación de empresarios y trabajadores en la salud laboral, respectivamente.

Real Decreto Legislativo, 5/2000:

Este decreto habla de las consecuencias (infracciones, sanciones) , a que puede dar lugar el incumplimiento de la normativa existente en materia de salud laboral.

Reglamento de los Servicios de Prevención, 39/1997

En este reglamento ,se nos comenta lo conveniente de que las empresas tengan su propio servicio de prevención en salud laboral, complementario a toda la normativa existente.

5 Discusión-Conclusión

Como venimos diciendo a lo largo de este capítulo, queremos y deseamos que nuestros trabajadores gocen de una buena salud ,para ello es necesario ,que exista en las empresas ,un equipo de expertos en protección y prevención de riesgos laborales, que junto con la normativa, relativa a salud laboral, pueda ser de ayuda a los trabajadores, formándoles, y mostrándoles como debe ser el comportamiento en el puesto de trabajo, así como, a manipular la maquinaria a utilizar ,manteniéndola en perfecto estado, con todo ello, evitaremos en lo posible, enfermedades, por falta de limpieza; accidentes, por una mala utilización de la maquinaria. Concluimos, que la FORMACIÓN y el CONOCIMIENTO, de los trabajadores y empresarios, en prevención de riesgos, nos ayudará a mantener a raya la salud en el trabajo.

6 Bibliografía

- 1.<https://saludlaboralydiscapacidad.org/salud-laboral/que-es/>.
- 2.<https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/normativa.htm>.

Capítulo 482

AGRESIONES EN EL SECTOR SANITARIO

REMEDIOS PRADA PEREZ

1 Introducción

Desgraciadamente, hoy en día, es un problema que va en aumento en el sector sanitario, según se desprende de estudios realizados entre otros, los de los Observatorios nacionales de agresiones a personal sanitario de la Organización Médica Colegial (OMC) o del Consejo General de enfermería (CGE).

Con el fin de erradicar o evitar en todo lo posible, cualquier tipo de agresión, ya sea física, psíquica o verbal entre compañeros de trabajo, o entre trabajadores con pacientes, con familiares, y en definitiva con todo tipo de usuarios de éstos en centros hospitalarios, es necesario reconocerlas, saber cómo actuar ante ellas, así como actuar después de ellas, por lo que es recomendable la formación en este campo de todo el personal sanitario y no sanitario (médicos, celadores, administrativos, operarios de servicios...), así como la de concienciar a los usuarios de las distintas prestaciones que se den en el sector sanitario, ya sea con carteles repartidos por las distintas estancias del centro de salud, hospitales... u oralmente por parte del personal laboral (Médicos, enfermeras, auxiliares ,administrativos ,celadores...).

Seguidamente un pequeño esquema de los distintos tipos de violencia que puede darse:

VIOLENCIA

1) DESDE LA PREVENCIÓN a) VIOLENCIA TIPO I: No existe relación directa entre la víctima y la persona violenta, (TRABAJADOR-USUARIO) b) VIOLENCIA TIPO II: Existe relación laboral indirecta entre la víctima y la persona violenta,

(TRABAJADOR-TRABAJADOR EXTERNO) c) VIOLENCIA TIPO III: Existe relación laboral directa entre la víctima y la persona violenta,(COMPAÑEROS) 2) DESDE LA ACCIÓN a) VERBAL: Palabras vejatorias, amenazas, insultos, coacciones, gritos.... b) FÍSICA: Empujones, puñetazos, bofetadas, patadas... c) PSICOLÓGICA: Cualquier tipo de agresión puede desembocar en un trastorno psicológico para la víctima d) DAÑO A LA PROPIEDAD: destrozo del mobiliario y dependencias , robo de medicamentos, instrumental...

PLANES DE PREVENCIÓN ANTE LAS AGRESIONES.

Deben existir protocolos de actuación que nos ayuden a prevenir las distintas agresiones, así como que nos puedan ayudar a reconocerlas para saber reaccionar ante ellas y poder esquivarlas, para ello tenemos leyes como la ley 31/1995, de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales que en su artículo 14.2 dice “ el empresario debe garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo”.

Se habla de 3 distintas etapas para la prevención:

- Prevención primaria o pre - contacto: destinadas a disminuir las agresiones.
- Prevención secundaria o contacto: destinadas a que se repitan las agresiones.
- Prevención terciaria o post - contacto: destinadas al apoyo y ayuda de la persona agredida.

2 Objetivos

Concienciar sobre el problema que suponen las agresiones en el sector sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 ha recopilado información para acabar con las agresiones en el puesto de trabajo, que, como ya se ha visto van en aumento.

Para ello debemos saber qué tipo de agresiones existen, que como ya hemos descrito en apartados anteriores pueden ser físicas,(patadas , puñetazos, golpes), verbales,(gritos, vejaciones) , psicológicas, como consecuencia de las anteriores , son las más difíciles de diagnosticar, daños a la propiedad,(robos, destrozo de mobiliario...). Así mismo debemos saber cómo poder reconocerlas para poder atajarlas a la mayor brevedad posible, y sobre todo como poder actuar ante ellas, antes , en el momento en que se producen y después de que sucedan.

Las agresiones verbales son las más usuales entre todas las existentes

Se ha podido también comprobar que normalmente la persona que agrede es masculina encima de la femenina, por el contrario, la persona agredida es la mujer también por encima del hombre.

Igualmente suele haber más agresiones con aquellos empleados ,que son los primeros en atender al paciente , como celadores auxiliares administrativos, auxiliares de enfermería, etc.

En urgencias al igual que atención al público ocurren más agresiones que en otras unidades por creer, en unos casos el propio paciente, en otros los acompañantes, que no es atendido como debe ser, en relación a la urgencia, que ellos creen debe ser, o incluso el nerviosismo entre los compañeros

Por todo ello la formación del trabajador en las distintas etapas donde se produce la agresión es fundamental para que se produzca la disminución de tales agresiones, sabiendo como poder actuar antes (dando la información necesaria al paciente en todo momento),durante (manteniendo la calma, no respondiendo a las provocaciones ,manteniendo un tono neutro pero firme, evitar el contacto visual prolongado)o después del altercado (dando la atención sanitaria necesaria, valoración daños físicos psíquico), son solo algunos ejemplos de cómo proceder ante las distintas etapas donde se produce el incidente y que sirve al menos para destensar.

5 Discusión-Conclusión

A través del estudio realizado para la realización de este capítulo, se puede llegar a la conclusión de que la agresividad en el sector sanitario va en aumento en los últimos años según los Observatorios nacionales de agresiones a personal sanitario de la Organización Médica Colegial (OMC) o del Consejo General de enfermería (CGE).

También hemos comprobado que los agresores son mayormente hombres, en relación con las mujeres que son, generalmente, las más agredidas.

Igualmente se ha constatado que los ataques verbales resaltan por encima de otros ataques.

Que la mayoría de las agresiones en centros sanitarios ni se registran ni se denuncian

Que 1/3 de los atacantes son reincidentes.

Ante todo, esto debemos concluir:

“ AGRESIONES EN EL SECTOR SANITARIO, TOLERANCIA CERO”

6 Bibliografía

<https://prevencion.asepeyo.es/wp-content/uploads/R1E20154-Publicacion-Agresiones-en-centros-sanitarios.pdf>

<https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf>

Capítulo 483

CELADOR EN CENTROS SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

AGUSTINA MONTALBAN GOMEZ

1 Introducción

En este capítulo hablaremos de las funciones del celador en los centros sanitarios de atención primaria. De las 23 funciones que nos marca la orden ministerial, vamos a ver las más relevantes para el celador en los centros de atención primaria, además también veremos aquellas nuevas que pueden desarrollar en el SUAP.

La composición de los Equipos de Atención Primaria es la siguiente:

Médicos de Medicina General y Pediatría, Técnicos Sanitarios, y de enfermería, Matronas y Practicantes, administrativos, auxiliares de enfermería, celadores, incluso podemos encontrarnos con fisioterapeutas y trabajadores sociales.

Todo este Equipo de Atención Primaria depende de un Coordinador Médico.

El SUAP, son las urgencias de atención primaria, donde el celador tiene unas funciones similares a las de los auxiliares administrativos, de carácter administrativo.

A partir de las 8 de la tarde, aquellos pacientes que necesiten ser atendidos por un médico o una enfermera con carácter de urgencia deberán acudir a uno de los centros de salud de atención primaria que cuenten con servicio de SUAP.

Estos centros permanecerán abiertos entre las 8 de la tarde y las 8 de la mañana de forma ininterrumpida. Esto busca mejorar la eficacia de la atención de urgencias, pudiendo acudir a un centro de proximidad, con médico y enfermera, sin tener que acudir al hospital de referencia del área sanitaria.

La idea es que no todos los centros de atención primaria permanezcan abiertos hasta las 10 de la noche, solo los mínimos, de forma que a partir de las 8 de la

tarde, todos los recursos de atención urgente se concentren en un número determinado de centros, los que hagan más unificada la atención continuada. Algunos de estos centros, atenderán las urgencias a partir de las 20h y terminan a las 8 de la mañana. Este servicio suele ser de 12 horas entre semana o de 24 horas el fin de semana o festivos. Algunos cuentan con equipos duplicados, de atención primaria, es decir disponen de dos médicos y dos enfermeras. Esto permitirá garantizar la atención en el propio centro de salud, incluso cuando uno de los equipos facultativos tenga que ausentarse para cubrir un domicilio.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar dentro de las funciones que tienen asignadas los celadores, las más específicas en los centros de salud de atención primaria, además de las nuevas funciones, dentro del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).

Objetivos secundarios:

- Describir la forma de desarrollar estas funciones de la forma más eficiente posible
- Analizar las funciones compartidas con otros profesionales como el SUAP, en relación con la atención y admisión del paciente en el centro de salud.
- Saber las distintas formas de actuación y protocolos, del celador con compañeros y pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio

4 Resultados

La Atención Primaria, es el nivel más básico de asistencia sanitaria de la población, y gracias al servicio de SUAP, se consigue que muchos pacientes no tengan que acudir de urgencias al hospital de referencia de su área, con lo cual se alivian las urgencias hospitalarias.

Aunque la mayoría de manuales dicen que el primero en recibir al paciente es el celador, y que sus funciones son similares al celador de puerta de un hospital; en realidad los pacientes que llegan al centro de salud por regla general llegan por su propio pie, con lo cual al primero que se dirigen es al mostrador donde lo atiende el Servicio de Admisión del centro que por norma general es auxiliar administrativo, o un celador si estamos dentro del horario del SUAP.

Dentro de las múltiples funciones del celador, vamos a ver las básicas en los centros de atención primaria:

Funciones de vigilancia respecto a las instalaciones y respecto a los usuarios. Vigilancia y control del buen funcionamiento y uso del centro, y del mobiliario, y equipos. Del orden en todas las dependencias, control de accesos, vigilancia del comportamiento de los enfermos y acompañantes, velar por conseguir el mayor orden y silencio y que no hagan un uso indebido o inapropiado de las instalaciones del centro.

Transportar materiales, los objetos necesarios, aparatos, correspondencia, distribuir documentación; las historias clínicas que sean solicitadas en las consultas así como comunicados de los médicos y de las enfermeras.

En colaboración con las auxiliares administrativas, que les darán documentos que tendrá que llevar a algunas consultas y estará disponible para los recados y tareas que se le necesite dentro de su trabajo como celador y reparto de correspondencia.

Pueden ayudar a los familiares a llevar a los pacientes que no puedan valerse por sí mismo a consulta, o a la sala de espera. También ayudarán al personal sanitario, a movilizar al paciente.

También se pueden encargar de abrir y cerrar las puertas de consultas, o el centro de salud.

Registrar las incidencias del estado del mobiliario, de equipos, dando parte a sus inmediatos superiores sobre los desperfectos o anomalías.

Proporcionan Información y responden a dudas sobre actividades y normas del centro, y sobre horarios de apertura y cierre del centro. Orientan al paciente y a su familia, indican dónde se realizan las analíticas, la ubicación de las distintas consultas, horarios y lugar de las mismas, etc.

También gestionan el almacén, recepcionar los pedidos, colocan los artículos y retiran el material deteriorado, además de preparar y repartir los productos solicitados por el centro. También transportaran material de enfermería al almacén, y reponen materiales que faltan en las consultas o se necesiten para el servicio. Trabajar coordinadamente, y colaboran con el resto del equipo médicos, enfermeras. Transmitirán a sus compañeros las comunicaciones verbales que les

in2837 diquen sus superiores. Llevar historias clínicas de los pacientes que estén citados para ese día. Ir a archivos para traer historias clínicas, de consultas a otras consultas para comunicar interconsultas, a admisión para solicitar sucesivas citas, a esterilización a llevar o recoger material, etc.

También pueden realizar trabajos administrativos como el SUAP, en los centros que lo tienen. En ellos, el celador está a la entrada, en un mostrador y es él, el que toma nota de los pacientes cuando llegan y se los pasa al médico o a la enfermera. Además es el encargado de coger el teléfono para las emergencias y mandar a la ambulancia al lugar donde sea necesaria, o al médico con una enfermera a urgencias a un domicilio y pasar las llamadas del 112 al médico o de algún paciente que llame para una urgencia.

Agilizar el servicio, del centro de atención primaria, pasando a consulta a los pacientes menos graves y, siendo los más graves derivados, para así no colapsar las urgencias y las esperas de los pacientes en el hospital para ser atendidos.

5 Discusión-Conclusión

La discusión que se plantea en este caso, sería si esta labor del celador en el SUAP es suya propia, o sería mejor que fuera realizada por un auxiliar administrativo. Para el manejo de un ordenador, no cabe duda que tiene un mayor conocimiento de informática el auxiliar que el celador.

Pero el celador es multifuncional y puede realizar muchas más tareas dentro y fuera del mostrador de atención primaria.

Por lo tanto concluimos que además de todas las funciones que tiene asignadas el celador, esta nueva labor del SUAP, le ayuda a mejorar en su formación y en su trabajo.

6 Bibliografía

1. www.cgtsanidad.org.
2. <http://celadoresonline.blogspot.com>.
3. El rincón del celador.
4. Manual básico del celador.
5. www.auxiliar-enfermeria.com.

Capítulo 484

CELADOR Y EL ENFERMO DE ALZHEIMER

AGUSTINA MONTALBAN GOMEZ

1 Introducción

El Alzheimer es la forma más común de la demencia, es una enfermedad progresiva, en la que los síntomas empeoran gradualmente con el paso de los años, causando problemas con la memoria, el pensamiento y el comportamiento en los pacientes.

En sus primeras etapas, la pérdida de la memoria es leve, los síntomas, por lo general, se desarrollan lentamente y van empeorando con el tiempo, hasta que en la etapa final del Alzheimer estos síntomas son tan graves que interfieren en las tareas de la vida diaria del paciente, las personas pierden la capacidad de mantener una conversación y de responder al entorno.

El Alzheimer es el término general que se aplica a la pérdida de memoria y de otras habilidades cognitivas, pero no es una característica normal del envejecimiento, aunque el factor de riesgo más conocido es el aumento de la edad y la mayoría de los enfermos de Alzheimer tienen más de 65 años, pero el Alzheimer no es solo una enfermedad de la vejez, hay pacientes menores de 65 años que tienen Alzheimer de inicio precoz o también llamado, de inicio temprano.

Las personas con Alzheimer viven un promedio de ocho años después de que los síntomas sean evidentes, pero la supervivencia puede variar entre cuatro y veinte años, dependiendo de la edad del paciente y de otras patologías existentes.

2 Objetivos

- Saber cómo y a quién afecta la enfermedad de Alzheimer.
- Conocer las fases ó etapas de la enfermedad y los diferentes síntomas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo he realizado una revisión bibliográfica en diferentes publicaciones y artículos online relacionados con: "Los enfermos de Alzheimer", "¿Qué es el Alzheimer?", "La enfermedad de Alzheimer y la demencia", "Las fases de la enfermedad de Alzheimer".

4 Resultados

La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más común entre las personas mayores de 65 años (aunque, en menor proporción, puede afectar también a personas de menor edad), seguida de la demencia vascular. La mayoría de los casos de demencia son de uno de estos dos tipos.

El Alzheimer es una enfermedad degenerativa e irreversible, de etiología aún desconocida. Sus síntomas y su evolución pueden variar de una persona a otra. Se caracteriza por el deterioro progresivo y global de las funciones superiores. El impacto en la persona depende de factores como el estado físico previo del paciente, el modo de vida, el carácter, etc.

Posibles síntomas del Alzheimer:

El principal síntoma suele ser la pérdida de memoria, comienza afectando a la memoria a corto plazo. La persona suele comenzar no recordando detalles, como dónde ha dejado sus llaves o un número de teléfono y acaba provocando el olvido de cosas tan comunes como lo que ha comido ese día, nombres de familiares, etc. A esto se suman otros síntomas como pueden ser:

- Alteraciones en el comportamiento y el estado de ánimo. Siendo frecuentes los cambios rápidos de humor, con su correspondiente cambio de conducta: pueden pasar de estar muy tranquilos a muy nerviosos o tristes, etc. de forma inesperada.
- Presencia de alucinaciones o delirios.
- Ansiedad o depresión.
- Dificultad para la ejecución de algunos movimientos (apraxia) y para el reconocimiento de objetos, lugares y personas (agnosia).
- Problemas del lenguaje. Puede comenzar con la dificultad para recordar una palabra determinada, provocando esto un pequeño "bloqueo", pero también puede

ocurrir que la persona necesite dar excesivos rodeos para decir algo, llegando incluso a inventarse palabras para ello.

- La desorientación espacio temporal y personal. Esto puede implicar que no recuerde dónde está, ni el día que es, ni la hora, llegando incluso a olvidarse de sus datos personales, cómo se llama o la fecha de su nacimiento.

Es posible que los familiares y amigos observen estos síntomas antes incluso que la persona que experimenta los cambios, es importante en estos casos que se realice una evaluación médica para determinar la causa.

Fases de la enfermedad:

La enfermedad de Alzheimer se suele clasificar en tres fases (aunque no se manifiestan igual en cada persona):

- Fase Leve. Aquí la persona mantiene su independencia aunque ya comienza a tener algunos síntomas, como pérdidas de memoria leves (dónde ha dejado un objeto, nombres de algunas personas conocidas, etc.), puede presentar problemas puntuales de orientación (confusión puntual con la fecha o con la hora). Puede que la persona afectada tenga dificultades para planificar un viaje o alguna celebración familiar y es característico de esta etapa confundirse con el manejo del dinero en efectivo.

También suele ser habitual que presente dificultad para recordar acontecimientos que han ocurrido hace poco o presentar confusiones con detalles de su propia historia personal.

- Fase Moderada. Comienzan algunos problemas para mantener su independencia en la vida diaria, empezando a necesitar ayuda para realizar actividades cotidianas, debido a pérdidas de memoria algo más importantes (olvidarse de lo que ha hecho el día anterior, por ejemplo, olvidar datos simples y habituales, como puede ser su número de teléfono o su dirección). Un aumento de la desorientación, llegando incluso a perderse en lugares conocidos.

El deterioro cognitivo se agrava y con él los problemas para desarrollar las actividades de la vida diaria, normalmente en esta fase ya no podrá vestirse correctamente sin ayuda, necesitará también ayuda para mantener su higiene personal, ducharse y usar el baño. Aparecerán los problemas de control de esfínteres. En esta etapa es cuando suelen producirse problemas de carácter conductual, cambios en la personalidad, apatía, agitación, ansiedad, irritabilidad o incluso agresividad. Aunque las alteraciones conductuales son muy variables de un paciente a otro.

- Fase Grave. La persona se vuelve totalmente dependiente para todas las actividades de la vida diaria, el deterioro cognitivo y funcional es muy grave. Irá perdiendo de manera progresiva la capacidad para hablar y comunicarse e incluso

la capacidad de deglución. El deterioro físico también será muy importante, llegando en su etapa final a permanecer encamado.

Tratamiento del Alzheimer:

Al no tener cura definitiva, el tratamiento de esta enfermedad va encaminado a paliar los síntomas. Lo que se intentará en primer lugar es mantener lo máximo posible las capacidades mentales del paciente, evitando así que se desconecte de su entorno e incremente su autonomía. Hay que estimular sus relaciones sociales, su salud y su propia autoestima. Para ello hay medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas.

El tratamiento farmacológico va orientado a estabilizar la enfermedad, los medicamentos pueden ayudar a manejar temporalmente la pérdida de memoria, los problemas de pensamiento o razonamiento, pero con el tiempo, sus efectos desaparecen.

Dentro del tratamiento no farmacológico estarán:

- Estimulación cognitiva, para activar y mantener las capacidades cognitivas estimulando la memoria, la comunicación verbal, el ritmo, la coordinación, etc.
- Creación de rutinas para ayudar a la persona a adaptarse a los problemas que la enfermedad puede causarle.
- Psicoterapia. Para tratar los sentimientos de ansiedad, depresión y para mejorar su autoestima.
- Terapia de orientación a la realidad. Fomenta la orientación espacio-temporal, con el uso de calendarios, agendas, prensa diaria, etc.
- La reminiscencia. Para recordar etapas de la vida del paciente con la elaboración de cuadernos que contengan fotografías de familiares, amigos, etc.

No existen estrategias universales para mejorar los cuidados de las personas que sufren esta enfermedad. Debemos adaptarnos, no solo a la persona, sino a la evolución de su nivel de autonomía y capacidades a lo largo del tiempo.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, el Alzheimer no tiene cura, pero hay tratamientos para paliar alguno de los síntomas de esta enfermedad, y se continúa investigando. Si bien los tratamientos actuales no pueden detener su avance, pueden ralentizar por un tiempo el empeoramiento de sus síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas que sufren el Alzheimer, y de sus cuidadores. Hoy en día se trabaja a nivel mundial para encontrar mejores formas de tratar esta dolencia, retrasar su inicio y evitar su desarrollo.

Es importante que los profesionales sean conscientes de las características especiales que tiene la comunicación con un enfermo de Alzheimer y cuál va a ser su evolución (en qué fase se encuentra y cómo va a progresar), con el fin de adaptar las estrategias comunicativas a la persona y a sus necesidades concretas, minimizando así la frustración y el riesgo de aislamiento de estos pacientes, según vaya avanzando la enfermedad.

6 Bibliografía

1. fpmaragall.org (Internet), Barcelona: Las fases de la enfermedad de Alzheimer. Fundación Pasqual Maragall; 2021 (actualizado 17 Agos 2021; citado el 12 Nov 2021). Disponible en <https://blog.fpmaragall.org>.
2. Fundacionfass.org (Internet), Madrid: Tratamiento para Alzheimer - Qué es el Alzheimer; (citado el 12 Nov 2021). Disponible en <https://www.fundacionfass.org>.
3. Mayoclinic.org (Internet): Enfermedad de Alzheimer - Síntomas y causas; 2020 (actualizado el 29 Dic 2020; citado el 12 Nov 2021). Disponible en <https://www.mayoclinic.org>.

Capítulo 485

LA CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS EN UN ENTORNO SANITARIO

SONIA LORENZO RUBIO

1 Introducción

En el momento que un paciente entra en un centro sanitario por primera vez se crea una historia clínica. En ella, se irán almacenando datos médicos del paciente durante toda la vida. La historia clínica es un documento médico-legal que surge del contacto entre paciente y médico y que recoge toda la información relativa a la salud o tratamientos del paciente, con el objetivo de que éste pueda recibir una atención personalizada y adaptada a su estado de salud.

Como es lógico, esta información médica no es accesible a todo el mundo. La protección de Datos personales es un derecho fundamental recogido en el artículo 18.4 de la Constitución Española y regulado por el Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD), y la Ley orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de protección de datos personales y garantía de derechos digitales (LOPDGDD). Esta normativa afecta a los profesionales que operan en el sector sanitario, a las clínicas, a los hospitales, a los centros médicos y a las instituciones sanitarias. Además, esta normativa se complementa con la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre. La ley de protección de datos médicos se encarga de regular los derechos y las obligaciones en materia de información y documentación clínica en la que se regula su historial.

2 Objetivos

1. Revisar la información sobre la protección de datos en el ámbito sanitario.
2. Describir los derechos de los usuarios y enfermos en la protección de datos.
3. Describir los deberes de los profesionales sanitarios en la protección de datos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El RGPD define «datos personales» como “toda información sobre una persona física identificada o identificable («el interesado»); se considerará persona física identificable toda persona cuya identidad pueda determinarse, directa o indirectamente, en particular mediante un identificador, como por ejemplo un nombre, un número de identificación, datos de localización, un identificador en línea o uno o varios elementos propios de la identidad física, fisiológica, genética, psíquica, económica, cultural o social de dicha persona.”

Los «datos relativos a la salud» se definen como: “los 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”.

También son datos de salud los datos genéticos que son aquellos datos personales relativos a las características genéticas heredadas o adquiridas de una persona física que proporcionen una información única sobre la fisiología o la salud de esa persona, obtenidos en particular del análisis de una muestra biológica de tal persona.

Por tanto, los datos personales existentes en bases de datos sanitarias son de dos tipos: los que identifican a la persona, tales como nombre y apellidos, dirección, teléfono, DNI, número de tarjeta sanitaria, etc...; y toda la información acerca de su estado de salud, tales como pruebas diagnósticas, cirugías, medicamentos, antecedentes familiares, etc.

Toda esta información personal y de salud constituye la denominada “Historia clínica”, que define 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) como: el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

La finalidad principal de la historia clínica es facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.

Se establece que el responsable del tratamiento de los datos que forman parte de la historia clínica es el médico o el centro sanitario, público o privado; éstos tienen la obligación de elaborarla, custodiarla e implantar las medidas de seguridad necesarias para que no se extravié o sea accedida por terceros. El paciente/usuario tiene el derecho a solicitar una copia de su historia clínica, con la que puede acudir a otro centro o a otro especialista; al revisarla, puede pedir rectificación o supresión de algunos datos, etc.

DERECHOS DE LOS USUARIOS Y ENFERMOS EN LA PROTECCIÓN DE DATOS

1. Acceso a los propios datos personales: el derecho de acceso es el derecho del usuario a dirigirse al responsable del tratamiento para conocer si está tratando o no sus datos de carácter personal y, en el caso de que se esté realizando dicho tratamiento, obtener la siguiente información:

- Una copia de los datos personales que son objeto del tratamiento
- Los fines del tratamiento
- Las categorías de datos personales que se tratan
- Los destinatarios o las categorías de destinatarios a los que se comunicaron o serán comunicados los datos personales, en particular, los destinatarios en países terceros u organizaciones internacionales
- El plazo previsto de conservación de los datos personales, o si no es posible, los criterios utilizados para determinar este plazo
- La existencia del derecho del interesado a solicitar al responsable: la rectificación o supresión de sus datos personales, la limitación del tratamiento de sus datos personales u oponerse a ese tratamiento
- El derecho a presentar una reclamación ante una Autoridad de Control
- Cuando los datos personales no se hayan obtenido directamente del usuario, cualquier información disponible sobre su origen
- La existencia de decisiones automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, y al menos en tales casos, información significativa sobre la lógica aplicada, la importancia y las consecuencias previstas de ese tratamiento para el interesado
- Cuando se transfieran datos personales a un tercer país o a una organización internacional, el usuario tiene derecho a ser informado de las garantías adecuadas

en las que se realizan las transferencias

2. Rectificación si los datos son incorrectos: El ejercicio de este derecho supone que el usuario podrá obtener la rectificación de sus datos personales que sean inexactos sin dilación indebida del responsable del tratamiento.

3. Supresión (derecho al olvido) si los datos se manejan ilegalmente o ya no son necesarios para la finalidad para la que se recogieron.

4. Limitación del tratamiento: se podría solicitar la suspensión del tratamiento de los datos:

- Cuando se impugne la exactitud de tus datos personales, durante un plazo que permita al responsable su verificación
- Cuando el usuario se haya opuesto al tratamiento de sus datos personales que el responsable realiza en base al interés legítimo o misión de interés público, mientras aquel verifica si estos motivos prevalecen sobre los suyos.

4. Portabilidad de los datos: la finalidad de este nuevo derecho es reforzar aún más el control de los datos personales, de forma que cuando el tratamiento se efectúe por medios automatizados, el usuario reciba sus datos personales en un formato estructurado, de uso común, de lectura mecánica e interoperable, y pueda transmitirlos a otro responsable del tratamiento, siempre que el tratamiento se legitime en base al consentimiento o en el marco de la ejecución de un contrato. No obstante, este derecho, por su propia naturaleza, no se puede aplicar cuando el tratamiento sea necesario para el cumplimiento de una misión de interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable.

5. Derecho de oposición a que se utilicen posteriormente con fines de prospección comercial (marketing directo), investigación científica o histórica, o fines estadísticos.

6. Derecho a que no se usen para tomar decisiones individualizadas automatizadas: este derecho pretende garantizar que el usuario no sea objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento de sus datos, incluida la elaboración de perfiles, que produzca efectos jurídicos sobre él o le afecte significativamente de forma similar.

Sobre esta elaboración de perfiles, se trata de cualquier forma de tratamiento de sus datos personales que evalúe aspectos personales, en particular analizar o predecir aspectos relacionados con el rendimiento en el trabajo, situación económica, salud, las preferencias o intereses personales, fiabilidad o el comportamiento.

DEBERES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN PROTECCIÓN DE DATOS

Existe un decálogo de protección de datos dirigido a profesionales sanitarios y administrativos en materia de protección de datos extraído de la Agencia Española

de Protección de Datos, que se resume en lo siguiente:

1. Trata los datos de los pacientes como querías que trataran los tuyos
2. Sólo se podrá acceder a los datos personales de un usuario o paciente con fines laborales.
3. Todos los accesos a la documentación clínica del usuario quedan registrados en el sistema, sabiendo en qué momento y a qué información se ha accedido, siendo todos estos datos auditados posteriormente.
4. No se debe informar a terceros sobre la salud de los usuarios, salvo que estos los hayan consentido o que se posea de una justificación lícita.
5. Cerrar siempre la sesión abierta del ordenador para que nadie tenga acceso a ella. No se deben facilitar las claves personales ni contraseñas.
6. No se debe enviar información con datos de salud por correo electrónico o por cualquier red pública o inalámbrica de comunicación electrónica. En el caso de que esto fuera imprescindible, se deben cifrar los datos debidamente.
7. Destruir los documentos con datos personales siguiendo el procedimiento implantado en el centro sanitario en cuestión. Nunca tirarlos a la papelera.
8. Cerrar siempre armarios y archivadores con llave que contengan documentación clínica.
9. No se deben dejar historias clínicas a la vista sin supervisión.
10. No se deben crear ficheros con datos personales de pacientes sin consultar previamente con el departamento de informática.

SANCIONES POR EL INCUMPLIMIENTO DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

La ley orgánica de protección de datos considera a los datos personales relativos a la salud como datos sensibles y especialmente protegidos.

El incumplimiento de todas estas normas en materia de protección de datos puede acarrear una serie de sanciones que resumimos a continuación.

Son infracciones leves: Sanciones entre 601,01 € y 60.101,21 €

- No solicitar la inscripción del fichero en la Agencia Española de Protección de Datos (AEDP)

- Recopilar datos personales sin informar previamente
- No atender a las solicitudes de rectificación o cancelación
- No atender las consultas por parte de la AGPD.

Son infracciones graves: Sanciones entre 60.101,21 € y 300.506,25 €

- No inscribir los ficheros en la AGPD.
- Utilizar los ficheros con distinta finalidad con la se crearon.
- No tener el consentimiento del interesado para recabar sus datos personales
- No permitir el acceso a los ficheros.

- Mantener datos inexactos o no efectuar las modificaciones solicitadas
- No seguir los principios y garantías de la LOPD
- Tratar datos especialmente protegidos sin la autorización del afectado
- No remitir a la AGPD las notificaciones previstas en la LOPD.
- Mantener los ficheros sin las debidas condiciones de seguridad.

Son infracciones muy graves: Sanciones entre 300.506,25 € y 601.012,1 €

- Crear ficheros para almacenar datos que revelen datos especialmente protegidos.
- Recogida de datos de manera engañosa o fraudulenta.
- Recabar datos especialmente protegidos sin la autorización del afectado.
- No atender u obstaculizar de forma sistemática las solicitudes de cancelación o rectificación.
- Vulnerar el secreto sobre datos especialmente protegidos.
- La comunicación o cesión de datos cuando ésta no esté permitida.
- No cesar en el uso ilegítimo a petición de la AGPD.
- Tratar los datos de forma ilegítima o con menosprecio de principios y garantías que le sean de aplicación.
- No atender de forma sistemática los requerimientos de la AGPD.
- La transferencia temporal o definitiva de datos de carácter personal con destino a países sin nivel de protección equiparable o sin autorización

5 Discusión-Conclusión

Durante el ejercicio de su trabajo los profesionales sanitarios y no sanitarios están recibiendo y manejando continuamente informaciones de los usuarios o enfermos. Todos estos datos están especialmente protegidos y regulados por la Constitución, el Reglamento Europeo de Protección de Datos y la Ley orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de protección de datos personales y garantía de derechos digitales (LOPDGDD). Por lo tanto su tratamiento tiene que ser muy responsable atendiendo a todas las leyes anteriormente mencionadas. De no ser así, los profesionales sanitarios y no sanitarios podrían incurrir en una serie de sanciones, dependiendo de la gravedad que tenga dicha infracción.

Además de esto, los trabajadores de un centro sanitario no sólo deben atender al valor legal por el cual deben custodiar debidamente los datos personales de los pacientes y usuarios para evitar el pago de sanciones y castigos, si no que no deben olvidar la importancia de la discreción de datos para la dignidad moral y la salud psicológica del paciente.

6 Bibliografía

Protección de datos en el ámbito sanitario. (2020, julio 5). Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/proteccion-de-datos-ambito-sanitario/>

Ático34, G. (2017, agosto 17). Ley de Protección de Datos sanitarios 2021-2022. Grupo Atico34. <https://protecciondatos-lopd.com/empresas/guia-centros-sanitarios/>

BOE.es—BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (s. f.). Recuperado 18 de diciembre de 2021, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>

Derecho de acceso. (s. f.). AEPD. Recuperado 18 de diciembre de 2021, de <https://www.aepd.es/es/derechos-y-deberes/conoce-tus-derechos/derecho-de-acceso/E1d60a46-2e4a-0b0b-ff0f-18bf6dbfa4aa.pdf>. (s. f.). Recuperado 18 de diciembre de 2021, de <https://www.astursalud.es/documents/35439/36722/decalogo-personal-sanitario.pdf/e1d60a46-2e4a-0b0b-ff0f-18bf6dbfa4aa?t=1565190039732>

Guía para pacientes y usuarios de la Sanidad.pdf. (s. f.). Recuperado 18 de diciembre de 2021, de <https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-12/guia-pacientes-usuarios-sanidad.pdf>

Capítulo 486

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCION PRIMARIA

ANA ISABEL GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo, presta sus funciones como personal estatutario de los servicios de salud, integrante de un equipo multidisciplinar de Atención Primaria, compuesto por personal facultativo especialista en medicina familiar, Enfermería, Auxiliar de enfermería y celadores, en los Centros de Salud pertenecientes al Sistema Sanitario Español, y más concretamente a cada Servicio de Salud autonómico.

Tal y como se establece en el Estatuto del Personal No Sanitario de las Instituciones Sanitarias Públicas de la Seguridad Social, el Auxiliar Administrativo de los servicios de salud tiene como función principal la de prestar apoyo material, y el 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.

Las funciones de un Auxiliar Administrativo son variadas y dependerán de establecido por la normativa en cada convocatoria. Es decir, se encargará de 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.

Tal y como establece la legislación vigente, para el desarrollo de la función administrativa, se establecen grupos administrativos dentro de las Instituciones Sanitarias dependientes del Instituto Nacional de la Salud, el personal se integrará en

los grupos administrativos siguientes: a) Grupo Técnico. b) Grupo de Gestión. c) Grupo Administrativo. d) Grupo Auxiliar Administrativo.

Las funciones específicas asignadas al Grupo Auxiliar son las de apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a 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.

2 Objetivos

Establecer las funciones del auxiliar administrativo dentro del ámbito de la Atención Primaria teniendo en cuenta los derechos de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, consultado artículos en las principales bases de datos tales como Pubmed, Medline, y Scielo, sobre la literatura científica existente para explicar las labores de Auxiliar Administrativo en la Unidad de Cuidados Intensivos.

4 Resultados

El equipo de atención primaria se compone de un conjunto de profesionales, integrado por personal sanitario y no sanitario, cuya organización y estructuración de trabajo en el marco geográfico y poblacional de la Zona de Salud se define en base a una serie de características individuales, un marco conceptual discutido y compartido, unos objetivos comunes para todos sus miembros, la utilización y desarrollo de técnicas comunes y específicas, establecimiento y descripción de funciones para los diferentes profesionales, y una autonomía de actuación siempre dentro de los límites establecidos y el carácter de complementariedad de sus miembros.

Los auxiliares administrativos suelen integrar las comúnmente denominadas “Unidades administrativas” y, en función del correspondiente Servicio de Salud al que pertenezcan, desarrollarán las siguientes funciones y servicios:

- De atención al paciente, tramitaciones, citaciones, etc.
- De apoyo administrativo al conjunto de profesionales del Equipo de Atención Primaria, que no siempre está integrado por el mismo tipo de profesionales, sino

que en función de la población que atiende y la localización geográfica, dispone de diferentes servicios.

- Gestión de citas de todos los profesionales del Centro de Salud.
- Gestión de base de datos.
- Control de asistencia de pacientes.
- Control y estadística de actividades por profesional
- Realización de informes a petición del paciente / profesional / otros organismos.
- Tramitación administrativa de nuevos pacientes en el centro.
- Petición de interconsultas y envío de informes
- Gestión del Transporte: Rutas, ambulancias, bajas, etc
- Gestión de la Historia Clínica
- Gestión del material del centro
- Documentación
- Atención telefónica

De todos ellos, dará cuenta el personal administrativo, que se encarga generalmente de su tramitación.

Una vez más, el personal auxiliar administrativo de los servicios de atención primaria, llevará a cabo sus funciones con el estricto respeto de los derechos del paciente. Entre los más importantes cabe destacar los siguientes:

- Derecho a recibir información asistencial: Consistente básicamente en el derecho a recibir información relativa a los tratamientos existentes, y riesgos asociados a dichos tratamientos. El paciente también puede elegir no ser informado y/o revocar este consentimiento.
- Derecho a la documentación sanitaria: Derecho de acceso a la historia clínica, por escrito. Este derecho también podrá ser realizado por representación, con la correspondiente autorización establecida por la ley.
- Derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos relativos a la salud: Los responsables sanitarios velarán especialmente porque no se produzcan accesos a los datos clínicos sin previa autorización amparada por la Ley.
- Derecho a voluntades anticipadas: Se deberá respetar la voluntad del paciente, incluso si existe riesgo vital o incapacidad para poder tomar decisiones.
- Derecho a una segunda opinión: El paciente tiene derecho a solicitar una segunda opinión.
- Derecho a la libre elección de médico: El paciente tendrá derecho a elegir libremente su médico de cabecera y atención especializada.
- Derecho a que las prestaciones sanitarias sean dispensadas en plazos definidos y establecidos reglamentariamente.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo que presta sus servicios el ámbito de la Atención primaria, deberá tener un amplio conocimiento de las funciones que se llevan en los centros de salud relacionados con el mantenimiento y promoción de esta última, teniendo en cuenta sobre todo, los fundamentales derechos que corresponden, en el ámbito de la salud, al paciente, asegurándose de que no son vulnerados y, al mismo tiempo, de que éste recibe una atención adecuada.

Como puerta de entrada al sistema sanitario, la atención primaria se presta dentro de un amplio abanico de actividades relacionadas con la salud, donde las funciones administrativas serán parte fundamental de la misma.

6 Bibliografía

- 1- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud.
- 2- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- 3- 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.
- 4- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- 5- Decreto 89/2017, de 20 de diciembre, por el que se regula la atención ciudadana y las oficinas de asistencia en materia de registros en la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos.

Capítulo 487

RIESGOS ERGONÓMICOS: ILUMINACIÓN

SILVIA VALLINA PUENTE

ELOY ALONSO VÁZQUEZ

1 Introducción

Un factor necesario en todos los ambientes de laborales es la iluminación, primordial para crear una condiciones óptimas para la realización de las tareas.

La iluminación puede ser natural o artificial. La luz natural es más beneficiosa pero tiene gran variabilidad dependiendo de la época del año, hora del día y del tiempo que haga.

La iluminación artificial se debe usar para reforzar la luz natural cuando no se puede utilizar ésta. Pero no toda la luz emitida llega al ojo ni toda la energía se convierte en luz, por eso es importante conocer las magnitudes lumínicas como:

- Flujo luminoso: Es la potencia luminosa percibida y su unidad es el lumen (lm).
- Intensidad luminosa: Es la forma en que se distribuye en el espacio la luz emitida, su unidad es la candela (cd).
- Iluminancia: Es la cantidad de flujo luminoso que incide sobre una superficie por unidad de área, se mide en lux (lx).
- Luminancia: Es la densidad superficial de intensidad luminosa en una dirección dada y su unidad es la candela por metro cuadrado (cd/m²), es decir, la relación entre la intensidad luminosa y la superficie aparente vista por el ojo en una dirección dada.

Las medidas preventivas deben adecuar la iluminación al trabajo buscando un equilibrio entre cantidad, calidad y estabilidad de la luz porque una iluminación

insuficiente puede generar situaciones no deseadas a corto plazo como errores de ejecución, accidentes, bajo rendimiento o a medio plazo, fatiga visual.

La iluminación correcta es la que permite distinguir y apreciar las formas, los colores y los relieves, evita la fatiga y mantiene el confort visual.

Un tratamiento adecuado del ambiente visual ayudará a conseguir un trabajo más cómodo y seguro.

2 Objetivos

1. Conocer los niveles correctos de iluminación en el trabajo.
2. Identificar las medidas preventivas a fin de evitar los riesgos para la salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

La normativa de iluminación en el lugar de trabajo está establecida por el Real Decreto 486/1997, el 14 de abril de 1997 y artículo 8 dice: " la iluminación de los lugares de trabajo deberá permitir que los trabajadores dispongan de condiciones de visibilidad adecuadas para poder circular por los mismos y desarrollar en ellos sus actividades sin riesgo para su seguridad y salud".

El nivel de iluminación dependerá del tipo de trabajo y del lugar donde se desarrolle. Los niveles mínimos de iluminación en los lugares de trabajo vienen recogidos en el anexo IV del Real Decreto 486/1997 y son los siguientes:

- Puestos de bajas exigencias visuales: 100 lux mínimos.
- Puestos con exigencias visuales moderadas: 200 lux mínimos.
- Puestos con exigencias visuales altas: 500 lux mínimos.
- Puestos con exigencias visuales muy altas: 1000 Lux mínimos.

El Lux es la iluminación producida por un lumen en un m² de superficie.

Existe además una normativa técnica de iluminación:

- UNE-EN 12464-1: 2012 para la iluminación de los lugares de trabajo en interiores.

- UNE-EN 12464-2: 2016 para los la iluminación de los lugares de trabajo en exteriores.
- UNE 72-502-84 de sistemas de iluminación, clasificación general.
- UNE-EN 1838: 2016 sobre alumbrado de emergencia.

Las medidas preventivas a tener son:

- Los niveles mínimos de iluminación que establece el Real Decreto 486/1997 sobre lugares de trabajo.
- Adaptar el nivel de iluminación a la actividad y a la zona de trabajo.
- Evitar deslumbramientos, tanto por superficies reflectantes como de los sistemas de iluminación.
- Colocar las superficies de trabajo adecuadamente para evitar reflejos y sombras.
- Colocar iluminación extra cuando la iluminación general no sea suficiente.
- Evitar los desequilibrios de luminancia.
- Evitar parpadeos molestos.

En la actualidad existen numerosas soluciones técnicas para conseguir unas condiciones visuales óptimas adaptadas a cada puesto de trabajo y a las características individuales de los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

La iluminación es un elemento de vital importancia en el trabajo y afecta directamente a nuestra actividad, rendimiento y salud.

Hay que tener en cuenta que se debe adaptar la intensidad y la forma de iluminar a cada puesto de trabajo y a las características del trabajador.

Hay diferentes posibilidades de evaluar la iluminación en los puestos de trabajo, pero es necesario asegurarse el cumplimiento de la normativa. El INSST ha desarrollado una herramienta para la evaluación y acondicionamiento de la iluminación en puestos de trabajo que identifica los factores de riesgo, si los hubiera, y determina si existen o no molestias causadas por la iluminación.

Cuando las condiciones lumínicas son las adecuadas se reducen los accidentes, se evitan riesgos para la salud del trabajador como molestias oculares, trastornos visuales, cefaleas, fatiga visual y mental coma y también efectos anímicos como baja concentración y productividad.

6 Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2004) guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de los lugares de trabajo. ISBN 84-7425-530-9.
2. Calvo Sáez, J.A. La iluminación en los lugares de trabajo. Cantabria: Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo. 2010, 347 p. Depósito legal: SA-427-2010.
3. Manual INSST para la evaluación y prevención de riesgos ergonómicos y psicosociales en PYMES.

Capítulo 488

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN TIEMPOS DE COVID-19

OLGA MARIA TRUCHERO RODRIGUEZ

1 Introducción

El COVID -19 es una enfermedad respiratoria muy contagiosa causada por el virus SARS-CoV-2. Se piensa que este virus se transmite de una persona a otra en las gotitas que se dispersan cuando la persona infectada tose, estornuda o habla. Es posible que también se transmita al tocar una superficie con el virus y luego llevarse las manos a la boca, la nariz o los ojos, pero esto es menos frecuente. Los signos y síntomas más frecuentes de la COVID-19 son fiebre, tos y dificultad para respirar. A veces, también se presentan fatiga, dolores musculares, escalofríos, dolor de cabeza, dolor de garganta, goteo nasal, náusea o vómito, diarrea y pérdida del sentido del gusto o el olfato. Los signos y síntomas pueden ser leves o graves y suelen aparecer entre 2 y 14 días después de la exposición al SARS-CoV-2. Algunas personas no tienen síntomas, pero pueden transmitir el virus. La mayoría de las personas con la COVID-19 se recuperan sin un tratamiento especial; sin embargo, algunas corren un riesgo más alto de sufrir una enfermedad grave. Las personas de edad avanzada y las que tienen ya enfermedades crónicas o presentan otras patologías son las que más posibilidades presentan más riesgos de gravedad.

Diagnosticados en un principio como una neumonía de origen desconocido, los primeros contagios fueron los que iniciaron las alertas sanitarias que llevaron a que en la primera semana de enero se identificase como causante de la enfermedad desconocida a un nuevo coronavirus, al que se denominó al principio 2019-nCoV.

El personal no sanitario tiene un contacto directo en gran número de ocasiones con el patógeno que ocasiona la COVID-19. No cabe duda alguna de que el personal sanitario es el expuesto en mayor medida, pero no exclusivamente.

Personal como celadores, auxiliares administrativos, electricistas, limpiadoras no están exentos de un riesgo real.

Todos en nuestro trabajo hemos tenido que adoptar una serie de medidas y de costumbres para protegernos contra esta enfermedad, lo cual también implica un gran desgaste psicológico y emocional, ya que cuando se regresa a casa con nuestras familias siempre se tiene el temor de “meter el bicho en casa”.

2 Objetivos

- Dar a conocer los cambios en el trabajo del auxiliar administrativo en los centros de salud y en los hospitales a partir de la declaración de pandemia.

- Resaltar la labor del Personal No Sanitario, en este caso auxiliar administrativo, que parece tener nociones de Personal Sanitario.

3 Metodología

Se realiza búsqueda en bibliografía de distintas bases de datos en internet, así como lectura y búsqueda de varios protocolos de actuación en distintas entidades sanitarias y las variaciones que se han ido aplicando según las distintas etapas de la enfermedad y las olas que hemos ido sufriendo.

4 Resultados

La Dirección General de Salud Pública y el Servicio de Salud del Principado han distribuido en todas las áreas sanitarias diversos protocolos de actuación ante posibles casos de infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Estos protocolos se mantienen en continua actualización.

La autoridad sanitaria recuerda que hay una serie de medidas preventivas que son de gran utilidad. Recomienda el uso de mascarilla en las condiciones y espacios que se establezcan según la situación epidemiológica, mantener distancia de seguridad con los no convivientes (incluso si se utiliza mascarilla), una correcta higiene de manos y evitar el contacto estrecho con personas que muestren signos de afección respiratoria.

El primer contacto que tiene un usuario del sistema de salud cuando tiene una enfermedad o un malestar es sin duda la atención primaria o urgencias, y la primera persona con la que habla ya sea por teléfono o presencialmente es con el auxiliar administrativo.

Desde el Ministerio de Sanidad se hace referencia a la utilización de los protocolos de actuación y de seguir minuciosamente sus recomendaciones en los ámbitos sanitarios sin olvidar utilizarlos fuera de ellos.

En las recomendaciones generales establecidas las hay que corresponden exclusivamente al auxiliar administrativo ya que se recomienda implementar estrategias para disminuir el aforo de pacientes en los centros sanitarios y aumentar el espacio físico y temporal entre ellos.

Potenciar las consultas telefónicas y telemáticas, dejando a criterio del profesional sanitario tras una primera valoración telefónica, la necesidad de realizar una valoración presencial. La realidad es que para que eso se cumpla es necesario un primer filtro por parte del auxiliar administrativo (personal no sanitario) para poder gestionar las llamadas de pacientes con necesidades médicas urgentes de las de las necesidades médicas no urgentes, como puede ser dispensar una receta de un medicamento o alguna pequeña alteración en la piel... ya que es totalmente imposible que un facultativo gestione telefónicamente todas las llamadas que entran en un centro de salud en plena pandemia. En un principio la realidad es que los auxiliares administrativos fueron los grandes olvidados en esta pandemia. No se les puede excluir, están en las ventanillas de urgencias, en los centros de salud. Y están en contacto estrecho con personal sanitario compartiendo baños, comedores, ordenadores... Se tardó mucho en reconocer que eran personal de riesgo, y más aún de otorgar a los contagiados en su puesto de trabajo la prestación económica de accidente de trabajo, aunque la contingencia sea por enfermedad común.

Por otro lado, la atención telefónica a los usuarios es realmente algo que ha llevado a muchos de ellos a padecer estrés laboral. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estrés laboral es identificado como un grupo de reacciones emocionales, psicológicas, cognitivas y conductuales ante exigencias profesionales que sobrepasan los conocimientos y habilidades del trabajador para desempeñarse de forma óptima. Por ejemplo, puede sentir tensión muscular, aumento de presión sanguínea y ritmo cardíaco; miedo, irritabilidad, enojo, depresión; presentar atención disminuida, dificultad para solucionar problemas, disminuir su productividad, entre otros síntomas.

5 Discusión-Conclusión

La COVID-19 ha cambiado totalmente nuestras vidas, se han tenido que tomar medidas muy duras como el confinamiento domiciliario, cierre de negocios, de colegios, ha traído el teletrabajo.

Se ha llevado por delante muchas vidas, la economía, y nuestra forma de vivir. Debemos de ser responsables y actuar para protegernos a nosotros y a los demás y así proteger la sanidad pública y a todos sus trabajadores que están siendo sometidos a grandes presiones tanto físicas como psíquicas y son el pilar fundamental.

En el caso de los auxiliares administrativos, al igual que el resto de profesionales de la salud, sanitarios y no sanitarios han sufrido mucho. Se les ha hecho responsables de situaciones que nada tienen que ver con sus funciones, por lo que una vez más se ha demostrado que son un pilar muy importante en los servicios tanto de primer nivel como de segundo nivel y dan respuesta a las necesidades de usuarios y profesionales

6 Bibliografía

- 1.<https://www.insp.mx>.
- 2.<https://astursalud.com>.
- 3.<https://revistamedica.com>.

Capítulo 489

LA CARGA MENTAL QUE SUFRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SU PUESTO DE TRABAJO. REVISION BIBLIOGRÁFICA

FERNANDO ROMÁN FERNÁNDEZ

PURIFICACIÓN ANDRÉS LLANEZA

CARMEN MARIA HIDALGO CARCELES

EVA MARIA DIAZ GARCIA

OLAYA RUBIO VILCHEZ

1 Introducción

La carga mental del auxiliar administrativo en su puesto de trabajo, es un estado que sufren muchos de los trabajadores. Pudiendo ser debido a la excesiva carga de trabajo, que en ocasiones se encuentran en su puesto de trabajo. Esto, unido a otras circunstancias y condicionantes que giran alrededor del puesto de trabajo del auxiliar administrativo, pueden dar lugar a desencadenar una fatiga mental en el trabajador. Señalar que la fatiga mental se puede entender como la disminución de la capacidad mental y física de la persona después de haber realizado un trabajo durante un período de tiempo determinado.

Los efectos que puede llegar a generar esto en la persona del auxiliar administrativo, son disminución del nivel de atención, sueño, cansancio, torpeza en

la realización de las actividades a desarrollar, así como una disminución en el rendimiento del trabajador.

Cuando el individuo se encuentra en este estado, el nivel de motivación baja, llegando incluso a desaparecer en ocasiones, puesto que este estado por parte del trabajador, está íntimamente relacionado con la motivación. Ya que a mayor carga mental, más fatiga mental y menor motivación, impidiendo que el individuo desarrolle su trabajo de la forma más adecuada. Por lo que lo adecuado sería encontrar unas estrategias que ayudasen al trabajador a combatir esa carga mental, y con ello todo lo que la misma lleva aparejado.

2 Objetivos

El objetivo principal que se pretende con este presente capítulo es analizar la carga mental a la que está sometido el auxiliar administrativo en su puesto de trabajo.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre la carga mental que sufre el auxiliar administrativo en su puesto de trabajo. Para ello, se utilizaron las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: Cuiden, Scielo, Cochrane, Scopus. Las búsquedas se realizaron entre abril y junio de 2021. Se aplicó una restricción referente al idioma, incluyendo únicamente artículos en idioma español e inglés. Se acotó la búsqueda en los últimos 10 años, desde 2011 al 2021, si bien entendemos que una búsqueda de artículos de los últimos 5 años sería más apropiada, el primer barrido realizado bajo estos términos no proporcionó los suficientes resultados. La recopilación de los artículos se hizo basándonos en la relevancia clínica de los mismos con respecto al objetivo del estudio. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Artículos científicos a texto completo.
- Documentos publicados entrevistas científicas.
- Ensayos clínicos aleatorizados.
- Estudios de casos.
- Revisiones bibliográficas.
- Los documentos debían estar disponibles en inglés o español.

Criterios de exclusión:

- Documentos que no cumplieran los objetivos que se pretendían.

- Artículos que no fueron conseguidos a texto completo.
- Artículos cuya fecha era anterior a 2011.
- Artículos cuyas muestras no cumplían los estándares exigidos por este estudio.

Selección de documentos:

Debido al gran número de documentos obtenidos tras la primera fase de búsqueda, en la primera acción se procedió a la eliminación de aquellos documentos duplicados, tras ello procedimos a identificar aquellos resúmenes cuyos descriptores en el título coincidían con los propuestos en nuestro estudio, posteriormente en una revisión preliminar de los resúmenes se identificaron muchos estudios no relacionados con el tema que fueron eliminados, para finalmente mediante la lectura profunda de los resultados de los artículos restantes nos llevó a eliminar aquellos en los que el número de la muestra era muy pequeño, y aquellos cuya muestra estaba basada en otro ámbito que no era la carga mental que sufre el auxiliar administrativo en su puesto de trabajo. El número final de artículos seleccionados fue de 8.

4 Resultados

La carga mental del trabajo, la podemos definir como un estado cognitivo, el cual viene caracterizado por un modo de procesamiento y un patrón de actividad conductual y emocional que se produce en la figura del trabajador como consecuencia a las demandas físicas, psíquicas, organizativas y también sociales que le generan al trabajador el desarrollo de las tareas que forman su puesto de trabajo.

Señalar que esa carga mental va a depender y mucho, no solo de las tareas que componen el puesto de trabajo del individuo, sino también del estado psíquico y psicológico en el que se encuentre el trabajador.

Señalar que desde el punto de vista ergonómico, la carga mental está relacionada con el proceso de tratamiento de información. Y también con el grado de responsabilidad en el trabajo, puesto que a mayor responsabilidad hay mayor grado de atención. Un elemento a tener en cuenta en este tema, es que aumenta a sus niveles más altos, cuando los recursos y capacidades con los que cuenta el trabajador se hacen escasos cuando la actividad se desborda. La clave a la hora de diferenciar la carga mental del estrés, es que el estrés es la sensación por parte del individuo de no poder dar respuesta al trabajo, a las tareas a desempeñar. Mientras que la carga mental es el esfuerzo que el trabajador realiza para desempeñar sus tareas. Entre las fuentes que determinan la carga mental podemos destacar tres fundamentales:

1. Factores individuales: edad, preparación, fatiga...
 2. Condicionantes organizacionales y extralaborales: como organizacionales, el estrés a la hora de organizar las tareas a desempeñar, así como los conflictos de rol. Mientras que como extralaborales, tenemos las circunstancias personales de cada individuo.
 3. Las exigencias del trabajo: las cuales intervienen muy directamente en la carga mental.
- Respecto a las técnicas de medida de la carga mental, tener en cuenta tres:
- Técnicas fisiológicas: destacando el ritmo cardiaco y la pupilometría (análisis de los movimientos de la pupila).
 - Técnicas conductuales: destacando el método de la doble tarea (el trabajador va desarrollando sus tareas habituales y poco a poco vamos añadiendo las nuevas. Mientras vaya desarrollando todas las tareas adecuadamente la carga es aceptable).
- En el momento que comete errores, la carga mental ya habrá sobrepasado su límite).
- Técnicas subjetivas: destacando los autoinformes y cuestionarios, para poder analizar el nivel de carga mental que sufre la figura del trabajador.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis que se ha podido llevar a cabo a lo largo del capítulo, se puede llegar a la conclusión de que la carga mental es un estado que muchos auxiliares administrativos pueden llegar a padecer en su puesto de trabajo. Y todo ello debido a una gran cantidad de múltiples aspectos, como puede ser la complejidad de las tareas a realizar, la responsabilidad, la naturaleza de las tareas, la presión del trabajo, los aspectos ambientales, los aspectos organizativos (turnos, horarios, etc.), el nivel de atención que requiere el trabajo, así como los aspectos ergonómicos a los que están sometidos.

6 Bibliografía

- 1) La Carga Mental y la Fatiga Laboral: Teoría y Evaluación. José Luis González Gutiérrez, Bernardo moreno Jiménez y Eva Garrosa Hernández (Editorial: Pirámide. 2005).
- 2) La Carga Mental de Trabajo. Dolores Hernández Fernaud, Estefanía Rolo González y Gladys Díaz Cabrera.

3) El Real Decreto 488/1997 de 14 de Abril sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.

Capítulo 490

MASCARILLAS FRENTE AL COVID-19

MARIA DELCARMEN ZAPICO CUESTA

1 Introducción

Con anterioridad al Covid-19, la mayoría de las personas conocían la existencia de las mascarillas, pero solo eran usadas por algunos profesionales.

A raíz del Covid-19, se tomó consciencia de la necesidad de protegernos frente al virus con el uso de las mascarillas, el lavado de manos, la higiene en general, así como la distancia social.

Hay varios tipos de mascarillas recomendadas para las distintas situaciones. Las mascarillas son de tres tipos: higiénicas, quirúrgicas y de alta eficacia. Estas últimas se clasifican en FFP1, FFP2 y FFP3 según la capacidad de filtración.

La eficacia de filtración es diferente dependiendo del tipo de mascarilla. El 78% de eficacia corresponde al tipo FFP1, el 92% corresponde al FFP2 y el 98% al tipo FFP3.

Las mascarillas con válvula de filtración aún siendo de alta eficacia, no deberán usarse con pacientes contagiados debido a que las partículas podrían salir por la válvula de exhalación y propagarían el virus.

Los profesionales sanitarios y no sanitarios en contacto con pacientes contagiados, deberán usar mascarillas de alta eficacia sin válvula de exhalación.

Las mascarillas de alta filtración forman parte del Equipo de protección individual. E.P.I.

Las mascarillas de protección quirúrgica evitan la propagación de agentes infecciosos, además las que llevan marca "IIP" protegen de salpicaduras y fluidos.

Este tipo de mascarillas no se considera E.P.I., pero si evitan que la persona que la porta propague el virus.

Las mascarillas de protección DUAL son considerados E.P.I., y son las recomendadas para los profesionales en contacto con el virus, evitan contagiar y ser contagiados.

Las mascarillas higiénicas no son aptas para la exposición de agentes infecciosos, no están consideradas E.P.I.

2 Objetivos

El objetivo principal que se pretende conseguir con este presente capítulo es analizar el uso de mascarillas frente al nuevo virus coronavirus desencadenado tras la pandemia Covid-19.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como ya había quedado probado, son los aerosoles que quedan suspendidos en el aire el medio por el que se contagia el SARS-COV-2, y además si se está en ambientes cerrados y poco ventilados aumentan considerablemente la probabilidad de contagio así como la carga viral de la persona infectada y también el tiempo de exposición y la distancia de la persona infectada. También dependerá de si la persona infectada grita, tose, fuma..., porque la exhalación será más intensa. De este hecho, y de haber elegido una mascarilla adecuada, puede evitar muchos contagios.

Se ha comprobado que el uso generalizado de mascarillas, más el lavado de manos y el uso de gel desinfectante es más efectivo para contribuir a la disminución de casos de contagio por el COVID-19. Está probado también, que con estos gestos disminuyen también otro tipo de contagios como la gripe o algún trastorno de tipo gastrointestinal. El uso de las mascarillas FFP2 o FFP3 tienen un efecto protector más amplio para los trabajadores vinculados a la salud.

El COVID se propaga entre las personas por los aerosoles de las gotas de respiración que queda suspendidas en el aire de ahí la importancia de llevar mascarillas.

Fue de vital importancia que para facilitar el uso de las mascarillas, que una vez que se pudo acceder a las estas, se informara a toda la población, la manera de ponerse y quitarse la mascarilla, así como del tiempo que deja de ser efectiva después de su uso. Al principio de la pandemia, no existía acuerdo sobre la conveniencia del uso de las mascarillas, pero los estudios que se fueron realizando con posterioridad confirmaron que el uso de las mascarillas en individuos que están en contactos con personas infectados evitan aumentar los contagios.

Se ha comprobado también que para disminuir los contagios es muy efectivo una buena ventilación, que es la renovación de aire interior con el aire del exterior. La ventilación puede ser por medios naturales o por medios mecánicos o por una combinación de ambos. Si se utilizan medidores de concentración de CO₂ deben estar homologados.

El riesgo de transmisión se reduce cuanto mayor distancia hay entre personas y además utilicen mascarillas homologadas.

En un entorno sanitario, deben usarse las mascarillas adecuadas en función de la exposición debido a alto riesgo de transmisión.

- Elegir la mascarilla adecuada para cada circunstancia.
- Colocar la mascarilla correctamente tapando nariz y boca y ajustando bien al contorno de la cara.
- Lavar las manos con agua y jabón o gel desinfectante antes y después de ponerse la mascarilla y siempre que sea necesario.
- Desechar la mascarilla en el contenedor adecuado.
- Llevar una bolsa higiénica, en la que pueda guardarse si hubiera que quitarla.

5 Discusión-Conclusión

Las mascarillas son más efectivas cuando su uso es generalizado; no sustituirán la distancia interpersonal y ninguna otra medida que deben seguir practicándose especialmente en lugares cerrados. Deben cubrir la boca y la nariz y no dejar ningún orificio ajustando bien a la cara.

Se deberán usar siempre en transporte público, y también en ambientes cerrados. Se lavarán las manos con agua y jabón o gel desinfectante para quitarse y ponerse la mascarilla. Su uso puede evitar muchos contagios debido a que muchas personas no saben que están contagiadas, y con el uso de mascarillas estamos obstaculizando la transmisión del SARS-CoV-2.

Se han hecho muchos estudios acerca de los beneficios de la utilización de las mascarillas para evitar la transmisión del virus, y la mayor parte de ellos avalan el uso de ellas, especialmente los profesionales de la salud.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 491

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: REPRESENTACIÓN DE GRÁFICAS

LUCÍA PÉREZ RIVERA

1 Introducción

En estadística las representaciones gráficas son importantes porque a través de ellas se puede visualizar con una mayor facilidad el comportamiento de una variable estadística.

En sanidad este tipo de representaciones nos pueden servir de gran ayuda a la hora de visualizar la evolución de una enfermedad, de un enfermo, de los recursos sanitarios... y también a nivel de gestión, pudiendo ver la ocupación de camas, ingresos, decesos, altas hospitalarias etc.

Existen diferentes tipos de gráficas que veremos a continuación, entre los que destacamos:

- Gráficos de barras: son diagramas que entran dentro de la categoría de las gráficas de series de tiempo ya que como su propio nombre indica son dados en series de tiempo. Estos datos son datos cualitativos (variables categóricas) y datos cuantitativos discretos, recopilados en diferentes momentos a lo largo de un período. Existen dos tipos que veremos a continuación.
- Histograma: gráfico que representa las distribuciones de frecuencias a través de rectángulos dentro de ciertas coordenadas. Son usados para representar variables continuas.
- Polígono de frecuencias: se crea a partir de un histograma de frecuencias.

- Curva acumulativa: se usan para representar frecuencias acumuladas, absolutas o relativas.
- Otros gráficos: diagramas de sectores, pictograma...

A continuación vamos a verlos con más detalle.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario auxiliar administrativo algunas cuestiones relacionadas con la representación de gráficas en el entorno sanitario, haciendo una recopilación que nos permita unificar criterios y mejorar nuestros conocimientos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como decíamos las representaciones gráficas nos facilitan la comprensión, comparación y análisis de las variables estadísticas.

Entre algunas de las principales representaciones gráficas con las que trabajamos destacamos:

- Gráficos de barras: existen 2 tipos, los gráficos horizontales y los gráficos verticales.

La altura de cada barra rectangular es proporcional a la frecuencia de una modalidad de la variable que está siendo analizada. Las barras pueden colocarse en disposición horizontal o vertical, dependiendo del eje que se tome como referencia.

La información se representa en un sistema de ejes de coordenadas. Así las barras serán horizontales o verticales dependiendo de si las modalidades se colocan en

el eje de abscisas o en el de ordenadas. El eje que representa las modalidades se denominan eje de categorías y el que indica las frecuencias se denomina eje de valores.

Las características principales de un gráfico de barras son las siguientes: proporcionan información sobre la tendencia a través del tiempo, cada eje debe estar identificado y si tratamos con valores numéricos debe de especificarse la unidad de medida, cada eje no debe superar una longitud equivalente, el eje de valores debe comenzar en cero, las barras no pueden superponerse, el ancho de las barras debe ser uniforme, las barras están separadas por espacios, es frecuente incluir una leyenda.

- **Histograma:** dentro de sus características destacan que son gráficos de barras utilizados para representar variables cuantitativas que están agrupadas en intervalos, están formados por rectángulos contiguos, la variable se muestra en el eje horizontal mientras que en el eje vertical se representa la frecuencia absoluta o la relativa, sirve para interpretar las variaciones de los datos, sirve para investigar como se puede solucionar un problema o investigar un proceso.

- **Polígono de frecuencias:** se forma uniendo los puntos medios o marcas de clase de las barras de un Histograma en su parte superior mediante segmentos, por lo tanto puede realizarse a partir de la gráfica de un histograma. Se utiliza para determinar la forma que sigue la distribución de frecuencias de las observaciones. Su propósito es ajustar alguna función probabilística determinada.

- **Curva acumulativa:** En el eje Y representará la frecuencia acumulada y en el eje X la edad en años, obteniendo la frecuencia absoluta acumulada.

- **Otros gráficos:**

- **Diagrama de sectores:** o también llamado diagrama de pastel. Es un círculo dividido en partes. Se usa para representar variables cualitativas, mostrando la proporción que le corresponde a cada categoría o intervalo.

- **Pictograma:** son gráficos que utilizan imágenes como relleno de una gráfica de barras o columnas. Utilizan iconos para dar una visión general más atractiva de pequeños conjuntos de datos discretos.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal no sanitario que trabaja como auxiliar administrativo algunas cuestiones básicas relacionadas con la estadística y su

importancia en el entorno sanitario.

Hemos visto como a través de las gráficas y su representación podemos facilitar el trato y visualización de la información relevante, de forma rápida y eficaz.

Hemos visto unos ejemplos acerca de información sanitaria que puede usarse en estas gráficas: ocupación de camas, medios disponibles, pacientes dados de alta o ingresados etc.

Y también los tipos de gráficas que podemos encontrarnos y la utilidad de cada una de ellas, viendo que datos representan y cómo cada una de ellas.

6 Bibliografía

1- <https://www.mscbs.gob.es>

› atlas

Estadísticas y Estudios - Atlas de la Sanidad en España

2- <https://www.mscbs.gob.es>

› e...PDF

Estadística de Gasto Sanitario Público - Ministerio de Sanidad

3- <https://www.saludcastillayleon.es>

› g...

Gráficas antropométricas y de composición corporal de la población ...

Capítulo 492

TRAMITACIÓN DE TARJETA SANITARIA

SHEILA GARCÍA HEVIA

MARIA PURIFICACION BAYON FERNANDEZ

MARTA MONTSERRAT FERNANDEZ IGLESIAS

1 Introducción

Desde principios de los años noventa, en que comienza la implantación de la Tarjeta Sanitaria Individual 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.

Al crearse toda esta información, no es demasiado complicado generar duplicidades y cometer errores en la inclusión de datos por lo que las bases de datos de ciudadanos se encuentran incompletas o con errores que dificultan el correcto aseguramiento y le crean problemas al usuario.

Así pues, parece necesario ordenar y simplificar en lo posible los diferentes procedimientos de tramitación de Tarjeta Sanitaria Individual, a la vez que relacionarlos con las diversas modalidades de aseguramiento.

Este programa se creó para ayudar a los trabajadores de las áreas administrativas de los centros y consultorios de salud de todo el territorio autonómico en los procesos administrativos que se relacionan con el aseguramiento sanitario de los ciudadanos/as.

Cualquier caso que no se encuentre recogido a la hora de tramitar un alta, debe trasladarse a la Unidad de Tramitación del Área Sanitaria, para que en su caso,

pueda proceder a su derivación a los Servicios Centrales de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

2 Objetivos

Los objetivos de este programa son:

- Incrementar el conocimiento sobre determinados aspectos relacionados con el aseguramiento sanitario.
- Mejorar la atención al ciudadano/a y facilitar el trabajo administrativo en los centros de Atención Primaria.

3 Metodología

Para la confección de este capítulo se ha realizado una investigación estudiando libros y se han consultado varios artículos y guías en las principales bases de datos existentes en varias webs de Internet, así como diversas leyes relacionadas con el Sistema de Salud Español.

4 Resultados

El aseguramiento sanitario comprende todas las acciones necesarias para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria a los ciudadanos/as. Ese derecho es recogido por la Constitución española de 1978 que reconoce «el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos, encomendando a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios».

Este derecho se reconoce a todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el art. 12 de la Ley Orgánica 4/2000.

Esta misma Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, recogió el catálogo de prestaciones de asistencia sanitaria pública, que define los servicios a que tienen derecho las personas mencionadas: prestaciones de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencia, prestación farmacéutica, productos dietéticos y transporte sanitario.

Si bien el Instituto Nacional de la Seguridad Social reconoce el derecho a la Asistencia Sanitaria por la vía de la Seguridad Social, en nuestra Comunidad

Autónoma la entidad que acredita el derecho, es la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios a través de la expedición de la tarjeta sanitaria individual conforme al Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.

El Decreto 125/2008, de 27 de noviembre, de estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, atribuye a la Dirección General de Planificación y Evaluación el control del aseguramiento sanitario público, y más concretamente, a través de su Servicio de Aseguramiento y Planificación, el impulso y desarrollo de las políticas de garantía del aseguramiento sanitario público. Las unidades administrativas de los Centros de Salud y Consultorios constituyen la puerta de entrada de los ciudadanos/as a nuestro sistema de salud. Es muy importante realizar una correcta y pronta identificación de cuál es exactamente la demanda con la que viene el ciudadano a nuestro Centro. Debemos tener en cuenta que manejamos temas con una terminología con la que algunos ciudadanos/as no están familiarizados/as y donde hay un importante grupo de personas extranjeras con la dificultad añadida del idioma que limita la comprensión.

SIPRES son las siglas de una base de datos poblacional cuyo significado es Sistema de información de Población y Recursos Sanitarios. En ella se engloba a toda la población con residencia habitual o temporal en Asturias, que tenga aseguramiento público gestionado por el INSS, incluidas Mutualidades con concierto INSS con concierto INSS con opción privada como Adeslas, Asisa, Dkv, Mapfre... o que tenga asistencia Sanitaria en situaciones especiales como los extranjeros residentes no registrados ni autorizados, personas con protección internacional o víctimas de trata de seres humanos, u otros tipos de aseguramiento o incluso sin ningún tipo de aseguramiento ni mutualidad.

Es una base de datos de referencia para el resto de Sistemas de Información Sanitaria en Asturias en cuanto a: datos de identificación, aseguramiento y adscripción a Centro/Facultativo. La información registrada en SIPRES viaja hacia el resto de aplicaciones utilizadas en los centros sanitarios asturianos: OMI, ECAP, visado, receta electrónica. en Atención Primaria, o SELENE y MILLENNIUM en Atención Especializada.

Por otro lado, para atender al aseguramiento de la población se utiliza la base de datos del Sistema Nacional de Salud (SNS), que es una base de datos de toda la población protegida residente en España y usuaria de los Servicios Sanitarios Públicos

Se está trabajando para convertir la base de datos de población protegida en una

Base de Datos completa, integrando, entre otros, a los mutualistas privados como a los de MUFACE, ya casi incluidos en su totalidad, ya la que falta por incorporar a los mutualistas de ISFAS y MUGEJU

La consulta SNS, nos permite consultar la información existente en:

*En la Base de Datos del SNS.

*En la Copia de la Base de Datos del INSS.

La diferencia entre ellas es que:

*En el SNS figuran toda la población usuaria del Servicio Sanitario Público con aseguramiento cubierto con el INSS, con asistencia sanitaria en situaciones especiales, convenios especiales y mutualistas de MUFACE con opción PRIVADA

*En el INSS figura toda la población con aseguramiento público cubierto por el INSS, más los mutualistas de MUFACE con opción PRIVADA (ni situaciones ni convenios especiales), independientemente de que hayan sido o no usuarios de los servicios sanitarios.

Para dar de alta a un usuario/a es importante dejar siempre abierta la consulta SNS y el usuario modo propuesta en el Menú ventana y luego ya vamos a añadir el alta.

Otro punto importante es saber diferenciar al usuario por el tipo de población para garantizar el aseguramiento correcto de la persona y no cometer errores. Podemos elegir entre:

*SISTEMA NACIONAL DE SALUD, si se cumple que:

1. Reside habitualmente en Asturias
2. Con aseguramiento gestionado por el INSS (incluido Mutualidades concierto INSS), o tiene reconocida la asistencia sanitaria en situaciones especiales, o con un convenio especial de asistencia sanitaria.
3. Adscrito a un centro y facultativo

O bien:

-Con desplazamiento temporal u ocasional en Asturias de usuarios residentes en otra Comunidad Autónoma.

-Figura en la BD del SNS, en estado ACTIVO.

-Cumple condición 2.

*COMUNIDAD AUTÓNOMA, si no cumple las condiciones anteriores

Respecto a un Centro de Salud o Consultorio determinado un/a ciudadano/a puede ser:

*Adscrito al Centro:

- Si tiene su residencia habitual fijada en el ámbito territorial del Centro.

- Si su residencia no pertenece al ámbito del Centro, pero sí su facultativo habitual (“fuera de Centro” por libre elección).
- Su residencia es temporal, sin embargo, la estancia prevista es superior al año.
- *Desplazado/a Temporal: si establece su residencia en el ámbito del Centro de forma temporal:
 - Con previsión de estancia restante superior a un mes e inferior a un año.
 - Su periodo de estancia será inferior a un mes, sin embargo, previsiblemente requerirá atención sanitaria en más de una ocasión (seguimiento, prescripción farmacéutica...).
- *Ocasional/ transeúnte: si requiere atención sanitaria de forma puntual y no cumple las condiciones exigidas en los casos anteriores:
 - No tiene su residencia, ni habitual ni temporal, en el ámbito de actuación del Centro.

La Tarjeta Sanitaria Individual es un documento administrativo personalizado para identificar a un usuario del Sistema Nacional de Salud y acreditar su derecho a la asistencia sanitaria pública.

En la actualidad se emiten tarjetas sanitarias en dos tipos de soporte diferentes:

- Banda, para usuarios con tipo de población SNS y residencia habitual en Asturias, asegurados o beneficiarios de asegurado.
- Papel, usuarios con tipo de población SNS y residencia habitual en Asturias, con asistencia concedida en situaciones especiales (extranjero residente, solicitante protección internacional...)

Solo se emite tarjeta sanitaria cuando es una emisión inicial, un extravío o deterioro, se modifican determinados datos como errores en nombre o apellidos, DNI / NIE, o cambio de código SNS (exclusivamente desde la Unidad SIPRES de la Consejería de Salud)

En cambio, no se emite nueva tarjeta por cambios en números de afiliación a la seguridad social, tipo de ciudadano, fecha de nacimiento, etc.

Aunque una tarjeta figure como solicitada (estado = pendiente de fabricar) no se emitirá si:

- Existe una propuesta pendiente o rechazada para el ciudadano
- Es español mayor de 14 años sin DNI o extranjero de cualquier edad sin NIE
- Tiene registrada una “situación especial”
- Existe solicitud de fusión pendiente
- Está adscrito a un puesto sin facultativo activo

5 Discusión-Conclusión

A cualquier persona que se presente en un centro de Atención Primaria a recibir asistencia sanitaria o a realizar algún procedimiento administrativo relacionado con sus datos identificativos, sanitarios o de aseguramiento, se le comprueba que ya está registrada correctamente en el programa SIPRES, modificando sus datos o registrándolo si fuera necesario.

Los errores quedan reflejados en todos los programas sanitarios afectando al acceso a la historia clínica del usuario, a la información que se envía a la Base de datos del Sistema Nacional de Salud y a la explotación de datos para estudios de investigación, trabajos sanitarios, campañas de vacunación, ...

6 Bibliografía

1. <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/guia-de-aseguramiento-y-tramites-en-tarjeta-sanitaria-individual>
2. Sipres.civitas guía
3. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
4. Decreto 125/2008, de 27 de noviembre, de estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Capítulo 493

LA HIGIENE Y EL ASEO DEL PACIENTE POR EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO (CELADOR)

MARÍA DEL CARMEN RODRÍGUEZ MIRANDA

1 Introducción

Dentro de los hábitos y estilos de vida saludables se encuentra la higiene. Se define higiene como un conjunto de actividades que se realizan para conservar la salud y prevenir enfermedades. Una piel sana es una piel lisa, hidratada e íntegra que actúa como barrera protectora del organismo. La piel protege a nuestro organismo de agresiones externas, además impide la entrada de patógenos (virus, bacterias, etc.). También, protege al organismo de las radiaciones UV a través de la melanina que evita que penetren al interior del organismo, así mismo protege de la entrada de sustancias químicas. Por último, la piel evita la pérdida de agua. Por eso es importante mantenerla cuidada y limpia.

La mayoría de las personas realizan su aseo personal de forma autónoma, pero con el paso del tiempo (sobre todo adultos mayores y enfermos encamados) necesitan la ayuda de un profesional que les ayude.

Cuando el enfermo está en su casa o en el hospital adquiere aún más importancia la higiene ya que una piel sucia de orina, excrementos u otras sustancias corre el riesgo de infectarse o ulcerarse.

Dentro del hospital es fundamental mantener una buena higiene a los enfermos tanto en lo personal, para conservar y proteger la salud del individuo. Como en lo social (normas que se aplica a la comunidad).

En el presente capítulo se desarrollarán las prácticas que el personal sanitario y no sanitario (celadores) deben seguir para que el aseo sea un momento placentero donde el paciente se sienta cómodo en todo momento y esté a gusto en vez de estresado y con miedo por lo que se le va a hacer.

2 Objetivos

- Definir higiene.
- Conocer como personal sanitario y no sanitario (Celadores) las normas y actuaciones que se deben llevar a cabo para una correcta actuación y desempeño en el aseo del enfermo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos relacionados con el tema en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Usando palabras clave como: HIGIENE, ASEO, CELADOR

4 Resultados

La higiene de los pacientes en los hospitales es una actividad que recae en los profesionales de enfermería (principalmente en el auxiliar de enfermería ayudado por el celador y supervisado por una enfermera). Conocer los tipos de aseo que se pueden proporcionar y la forma de realizarlos, tiene como objetivo proporcionar al paciente bienestar y comodidad. A la vez que actúa como una medida de prevención ante infecciones (preservando la piel y mucosas en buen estado para que lleven a cabo sus funciones correctamente), mejorando la calidad de vida del paciente encamado y en los casos que sea posible incrementar su autonomía. El celador como ayudante del personal de enfermería debe conocer los tipos de baños, el instrumental y las normas a seguir. Y muy importante dar un trato humanizado al paciente.

Podemos diferenciar varios tipos de baños higiénicos:

- ASEO EN DUCHA O BAÑERA

- Este tipo de aseo lo suelen realizar los pacientes que pueden levantarse de la cama y tienen autonomía para poder realizarlo.

Se les debe proporcionar el material necesario para el aseo (toallas, esponja jabonosa, ropa limpia etc.) y acompañarlos si fuese necesario hasta el cuarto de aseo.

-ASEO PARCIAL

- Se realizará en zonas específicas (cabello, cara, ojos, oídos, genitales antes de un sondaje)

-ASEO EN LA CAMA

- Se realiza a los pacientes que deben permanecer en la cama. Conserven o no la movilidad. Es conveniente que lo realicen dos personas (auxiliar de enfermería y celador normalmente). Para ello se tendrá preparado:

-Guantes

-Jabón

-Esponja o esponja jabonosa

-Palangana con agua templada

-Equipo de aseo bucal

-Peine y cepillo

-Tijeras de punta roma

-Colonia

-Loción hidratante

-Toallas; grandes y de lavabo

-Cuña

-Hule

-Entremetida

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

1-La persona o personas que realicen este trabajo se lavarán las manos y se pondrán guantes desechables.

2-Se le explicará al paciente lo que se le va a hacer, mostrándole respeto y escuchando sus necesidades.

3- Se colocará al paciente por norma general en decúbito supino para la parte delantera del cuerpo y decúbito lateral para la parte posterior.

4-Se moverá al paciente con mucho cuidado y suavemente. Teniendo cuidado de los equipos que tenga conectados como sondas, sueros o drenajes.

5-Se protegerá siempre la intimidad del paciente. No se le dejará desnudo completamente, se le pondrá una toalla o manta dejando expuesta solo la zona a lavar.

6-Se asegurará de que en la parte del cuerpo lavado no queden zonas húmedas. Insistiendo en (axilas, ingles, debajo de las mamas y pliegues cutáneos, espacios

interdigitales etc.)

7-Se aprovechará para dar un masaje en las zonas sometidas a presión para así mejorar el riego sanguíneo y se verificará el estado de la piel (irritaciones, eccemas, úlceras de presión heridas etc.)

8- Se vestirá al paciente con ropa limpia. Y se aprovechará para poner sábanas limpias en la cama.

5 Discusión-Conclusión

Unos buenos hábitos de higiene son importantes para mantener una buena salud, tanto física como emocional. Cuando una persona no puede hacerlo por sí misma (Porque está enfermo, por su edad o tiene una lesión que lo mantiene en cama) es cuando necesita la ayuda de un profesional. Éste debe conocer las normas y tipos de aseo que puede proporcionar al paciente dependiendo del grado de movilidad que tenga. Cuidando en todo momento que esté tranquilo y cómodo, ya que se vulnera su intimidad y no todos los pacientes reaccionan igual ante esto. El celador debe conocer las normas y protocolos de actuación para desempeñar bien su trabajo y proteger la salud del paciente.

6 Bibliografía

1- <http://scielo.isciii.es>

› Scielo Cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos

2- <https://essaeformacion.com>

El aseo del paciente

3- <https://celadoresonline.blogspot.com>

› aseo-del-paciente.

4- <https://revistamedica.Com> Cuidados básicos en la higiene del paciente

Capítulo 494

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL ACOSO LABORAL

IRENE ZAPICO DURÁN

1 Introducción

La violencia está demasiado presente en la sociedad, a veces llegando a verse según qué acciones hasta normales. También hay acciones violentas en el ámbito laboral y este se llama "acoso laboral".

Se podría definir como acoso laboral, también conocido como mobbing, a las acciones de ataques violentos tales como insultos, humillaciones, difusión de bulos, menosprecios y cualquier vejación venida desde compañeros de trabajo, jefes, incluso desde la propia empresa en sí, todo esto hecho de manera consciente para dañar a la persona víctima de todo esto, consiguiendo afectarla psicológicamente y llegando la misma a pedir bajas por enfermedad y/o dejar el puesto de trabajo. Y es que el acoso laboral no se puede tomar como un problema menor, pues este acoso se trata de un problema terrible para la persona que vive ese daño continuado, el mobbing es sufrir conductas y comportamientos tan terribles que van mellando a la persona de tal manera que pueden llegar a tomar decisiones tan drásticas y tristes como el suicidio.

Por tanto, se deben estudiar bien estas conductas y erradicarlas de los servicios de salud y de cualquier ámbito laboral, ya que es un gran problema y cada vez más habitual, el daño y las consecuencias de estos comportamientos son dignos de estudios.

2 Objetivos

- Describir los tipos de acoso laboral en los auxiliares administrativos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Hay varios tipos de acoso laboral, acoso laboral descendiente, horizontal y ascendiente.

El descendiente sería el acoso realizado por una persona que ocupa cargo superior y/o autoridad.

El horizontal sería el producido por compañeros y compañeras de trabajo.

El ascendiente sería el acoso hacia un superior, aunque es menos habitual puede pasar.

Las consecuencias del acoso laboral son muchas, aparece estrés, cansancio, nerviosismo, problemas varios de sueño, depresión, vergüenza, cambios de personalidad, miedo, la persona se empieza a aislar y/o la aíslan, distintos tipos de afecciones corporales a consecuencia de esto, pueden aparecer enfermedades tales como hipertensión, arritmias, trastornos respiratorios, gastrointestinales, etc.

Y un montón de consecuencias laborales, se describen síntomas como los estadios de autoafirmación, en donde la víctima detecta el conflicto, el estadio de desconcierto, donde se siente en dudas y desconcertada, el estado de indefensión, la víctima intenta agradar para que mejore la consideración que tienen de ella, estadio de ansiedad, la víctima se siente vulnerable y el estadio de estabilización crónica, donde surge el sentimiento de desvalorización.

La prevención de estas actitudes es fundamental para evitar todos estos problemas, que los trabajadores y trabajadoras sepan identificarlas es muy importante

para así no dejar que se extiendan en el tiempo y evitar los daños asociados a este acoso laboral.

Y si importante es la prevención, importante es la posible repercusión hacia los acosadores y acosadoras para que este tipo de acciones no sean llevadas a cabo y se eliminen del ámbito laboral.

Formaciones y coloquios sobre este tema parece pues muy importante para que trabajadores y trabajadoras sepan ver cuáles son las actitudes o formas de trato equiparables a acoso laboral y abordarlas desde el principio.

El daño psicológico puede ser pequeño o tan extremo de no saber vivir con ello, por tanto, es un problema a tener en cuenta de forma seria.

5 Discusión-Conclusión

Entender que esta violencia absurda y gratuita debe erradicarse del entorno laboral es sumamente importante, los trabajadores y trabajadoras que la sufren deben dar la voz de alarma, ellos y ellas y compañeros y compañeras que puedan tener, de alguna manera, noción de estas actitudes frente a otros y otras compañeras.

Protocolos de actuación que deben conocerse bien y ponerse en marcha en cuanto se sepa que este tipo de situaciones están siendo vividas por este personal.

Se debe evitar el sufrimiento y las posibles consecuencias de todo esto antes de que llegue a ser tarde y hagan mella o se lleguen a dejar graves secuelas por no decir cosas peores.

6 Bibliografía

1. De M, Barrado V, Prieto Ballester J, Completo N. Cómo citar el artículo [Internet]. Redalyc.org. [citado el 19 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4259/425948032003.pdf>.
2. Laborytax DCA. Acoso laboral, ¿qué requisitos deben cumplirse para ser considerado como tal? [Internet]. AYCE LABORYTAX. 2021 [citado el 19 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.aycelaborytax.com/blog/requisitos-para-considerar-acoso-laboral/>.
3. Roselló A, Alas LT, Pimentel M. El mobbing laboral en las administraciones públicas [Internet]. Administracionpublica.com. [citado el 19 de diciembre de 2021].

de 2021]. Disponible en: <https://www.administracionpublica.com/el-mobbing-laboral-en-las-administraciones-publicas/>.

Capítulo 495

RIESGOS ERGONÓMICOS DEL PERSONAL NO SANITARIO

JORGE VALDÉS MONTES

JULIA VALDÉS MONTES

1 Introducción

Para evaluar el riesgo laboral respecto de las tareas que realiza el personal no sanitario en centros de salud y hospitales, hay que tener en cuenta que los mismos llevan a cabo actividades que implican movimientos con cargas, así como acciones corporales repetitivas.

A su vez, hay que analizar las características propias de cada persona como puede ser, entre otras, la condición física, edad y el padecimiento de algún tipo de enfermedad crónica, etc. Por ello, la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales establece la obligación del empresario de aplicar medidas para adaptar el puesto de trabajo con arreglo al siguiente Principio de prevención: “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”, según se establece en el artículo 15.1.b de la citada ley. Así pues, ergonomía se define como el estudio que genera una relación de causalidad entre el lugar donde se realiza la actividad laboral y el puesto de trabajo concreto de los operarios que la realizan de forma activa el trabajo encomendado. En cuanto al objetivo que se pretende de la ergonomía, es la adecuación de las capacidades y posibilidades que posee cada trabajador de manera individualizada en el entorno laboral en aras a minimizar la aparición de riesgos ergonómicos y más concretamente sobreesfuerzos físicos, que pudieran derivar en lesiones para

el trabajador de índole musculoesqueléticos o bien trastornos internos. Estos sobreesfuerzos devienen en su mayoría de adoptar posturas forzadas respecto a lo que sería una posición normal del cuerpo, o de una manipulación manual de cargas, así como de movimientos encadenados. A su vez, cabe mencionar, que a mayor sobreesfuerzo que realicen los trabajadores, mayor será la posibilidad de que estos desarrollen algún tipo de patología crónica.

2 Objetivos

Describir los posibles riesgos ergonómicos a los que están expuestos los trabajadores no sanitarios que realicen sus funciones en centros de salud y hospitales. Exponer las diferentes lesiones que pueden derivarse de los citados riesgos ergonómicos.

3 Metodología

Para la elaboración de este estudio, hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica, consultando bases de datos científicas: Medline, Pubmed y Scielo; seleccionamos estudios relacionados con la temática del trabajo; contrastamos la información de las diferentes fuentes de información y por último creamos un contenido sistemático y objetivo.

4 Resultados

En primer lugar hay que valorar los diferentes factores de riesgo existentes en el ámbito laboral del personal no sanitario de centros de salud y hospitales. Estos riesgos son aquellos que durante la realización de un trabajo repetitivo incrementan la probabilidad de desarrollar una patología crónica.

Así, en las posturas forzadas los factores de riesgo dependen de la duración y frecuencia en la que se mantiene dicha postura, teniendo que prestar especial atención a la posición de tronco, cuello y de las extremidades. A su vez, en los movimientos que se repiten con mucha frecuencia, los factores a tener en cuenta son la fuerza empleada en este, si se adoptan posiciones y movimientos forzados y si no hay un tiempo de recuperación suficiente entre repeticiones incrementarán el riesgo a padecer una patología. Por su parte, en la manipulación de cargas o pesos, los factores de riesgo dependen de si se realiza un levantamiento, transporte, o empuje y arrastre. A su vez, todos ellos tienen en común que se agravará

el factor de riesgo en función del peso que se va a cargar, la frecuencia con la que se desarrolla la actividad, la duración de la misma y las características físicas de la carga. Por último en el caso de la aplicación de fuerzas, los factores de riesgo son el número de repeticiones a realizar, la postura en que se realiza la acción, su duración, la fuerza empleada y velocidad con la que se hace el movimiento, entre otras.

Estos factores de riesgo si están presentes durante las tareas laborales, pueden dar lugar a trastornos musculoesqueléticos, es decir lesiones de tipo inflamatorio o degenerativo bien sea de músculos, tendones, nervios, articulaciones o ligamentos entre otros. Cabe mencionar que las zonas del cuerpo que sufren un mayor riesgo son el cuello, espalda, hombros, codos, muñecas, manos, dedos y piernas.

Estas lesiones aparecen lenta y paulatinamente parecido inicialmente inofensivas, por lo general comienzan a manifestarse dolores durante las horas en las que se realiza la actividad y desaparecen a las pocas horas. Si bien, según estas lesiones se van agravando el dolor ni el cansancio desaparece después de finalizada la jornada laboral.

Por último, los tipos de lesiones más comunes que se manifiestan como consecuencia de haber estado expuesto a estos factores de riesgo son tendinitis, tenosinovitis, epicondilitis, síndrome del túnel carpiano, síndrome cervical por tensión, dedo en gatillo, ganglión, brucitis, hernia o lumbalgia.

5 Discusión-Conclusión

El personal no sanitario de los servicios de salud y hospitales presta sus servicios realizando una gran cantidad de tareas con movimientos corporales durante su jornada laboral, siendo de vital importancia para su salud la realización correcta de estos movimientos debido a que están asociados a una serie de riesgos ergonómicos. Es por eso que se debe de realizar un estudio sobre cómo se gestionan estos riesgos por parte de los servicios de salud y además se debe de velar por el cumplimiento de todas las medidas de prevención aportadas por estos a los trabajadores como dicta la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales en su artículo 29 y demás clausulado 3 relacionado.

6 Bibliografía

- 1.- DenJ.R.M. "la prevención de espalda Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo
- 2.- Llanea, J. (2009). Ergonomía y psicología aplicada. Manual para la formación del especialista. Valladolid: Lex Nova.
- 3.- Bravo Carrasco, V. P., & Espinoza Bustos, J. R. (2016). Factores de riesgo ergonómico en personal de atención hospitalaria en Chile. *Ciencia & trabajo*, 18(57), 150-153.
- 4.- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales

Capítulo 496

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL ESTRÉS LABORAL

IRENE ZAPICO DURÁN

1 Introducción

El estrés laboral es sumamente frecuente y a su vez uno de los problemas al que se debe prestar atención, afecta psicológica y físicamente a los trabajadores y trabajadoras, deteriorando su calidad de vida en el trabajo.

Se define el estrés como una reacción fisiológica del cuerpo humano ante una situación amenazante o en el ámbito laboral se diría que es una serie de reacciones psicológicas y físicas que se dan al hacer frente a exigencias que no se corresponden con conocimientos, habilidades o tiempo real que se tiene para hacerles frente.

A su vez, el funcionamiento del lugar de trabajo, factores ambientales, de relaciones con los compañeros y compañeras, falta de conciliación con la vida personal, mal ambiente de trabajo o no disponer de los medios necesarios o comodidad para poder desempeñar las labores por las que están contratados en este caso los auxiliares administrativos, pueden desencadenar en estrés.

Y esto desencadena al mismo tiempo en, aumentos de problemas o afecciones físicas como sudoración, respiración agitada, problemas de subida de tensión y de ritmo cardíaco, reacciones emocionales como cambios de humor, ansiedad, desmotivación, angustia, reacciones cognitivas, menos atención, olvidos, menos efectividad, reacciones conductuales como menos productividad y más errores y mayor consumo de alcohol, café y demás.

2 Objetivos

Describir el impacto que tiene el estrés laboral en el auxiliar administrativo, así como medidas para prevenirlo

3 Metodología

Este capítulo se hace a raíz de una gran búsqueda sobre el estrés laboral, sacando las ideas más importantes de todo lo analizado, publicaciones, páginas webs, google académico, Scielo, teniendo en cuenta y seleccionando los más interesante para hacer este trabajo.

4 Resultados

Como en todo, la prevención es la medida más eficaz para evitar el estrés laboral y sus consecuencias, no sobrecargar a los trabajadores y trabajadoras, no pedir más de lo que puedan dar, adecuarles el lugar de trabajo, proporcionar un buen ambiente de trabajo, dar las formaciones necesarias para saber cómo evitar el estrés y a su vez, dar a conocer los protocolos de actuación cuando ya exista este problema. Todo esto hará que mejore la situación laboral del personal.

También sería importante dar a conocer, con formación a ser posible, técnicas de relación frente al estrés, con esto se rebajarían los niveles de este problema, reduciendo la tensión física y mental.

Estas técnicas podrían ser por ejemplo, ejercicios de respiración, meditación, imaginación guiada, relajación muscular progresiva, mindfulness, técnica de visualización, estas y otros ejercicios de relajación aportan muchos beneficios tanto a nivel laboral como en el día a día. Aunque requieren práctica según se vayan haciendo se hará más natural y por ende más fácil hacerlos, los beneficios son más que el esfuerzo que conllevan hacer estas técnicas.

Se hará notable una sensación de bienestar, se tendrá mayor control del cuerpo, reducción de presión arterial, bajarán pensamientos negativos, mejor autoestima, reducción de la hormona del estrés en sangre, mejorará la calidad del sueño, reducción de tensión muscular.

Lo esperable sería que todo los profesionales tuvieran una gran calidad de vida en el trabajo, definir esto sería algo así como que la jornada laboral fuera una

experiencia positiva, con un buen ambiente de trabajo, sintiendo que lo que se hace es importante y vale, llegando a estar en perfecto equilibrio tanto la vida laboral como la personal y su conciliación.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales del entorno sanitario son candidatos directos a sufrir de estrés, tanto por la sobrecarga de trabajo, que a veces llega a ser extremadamente extenuante, así como por las situaciones que pueden llegar a vivir directa o indirectamente, por tanto es necesario que este personal tenga las armas necesarias para no llegar a padecer en demasía este problema, que puede llegar a ser una grave afección.

Saber usar y realmente usar las técnicas de relajación les vendría bien a estos trabajadores y trabajadoras para ayudarse a sí mismo y de rebote al sistema sanitario con una mejora en su trabajo y situación física y psicológica.

6 Bibliografía

1. Ontiveros L. Estrés laboral: no dejes que entre en tu vida [Internet]. Fundación Española del Corazón. [citado el 19 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/blog-impulso-vital/2499-estres-laboral-no-dejes-que-entre-vida.html>
2. ¿Qué se entiende por calidad de vida en el trabajo? [Internet]. Eden Springs. 2015 [citado el 19 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.aguaeden.es/blog/que-se-entiende-por-calidad-de-vida-en-el-trabajo>
3. Torres A. 6 técnicas de relajación fáciles para combatir el estrés [Internet]. Psicologiyamente.com. 2016 [citado el 19 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://psicologiyamente.com/vida/tecnicas-relajacion-combatir-estres>
4. Salud M. El estrés laboral y su prevención [Internet]. Página de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid. 2016 [citado el 19 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://madridsalud.es/el-estres-laboral-y-su-prevencion/>

Capítulo 497

VARIANTES DEL COVID-19: ALFA, DELTA, OMICRON, ETC

MARIA COVADONGA RUIZ JODRA

1 Introducción

Las variantes del SARS-CoV-2 corresponden a la presencia de alteraciones puntuales a nivel de diferentes proteínas del virus. A la fecha de 18 de diciembre de 2021 se han descrito al menos 15 variantes con importancia epidemiológica, son las siguientes:

☒ Cluster 5, nombre que se le da a una variante mutada del virus SARS-CoV-2. El 4 de noviembre de 2020, fue descubierto en el norte de Jutlandia, Dinamarca, y se cree que se transmitió de visones a humanos a través de granjas de visones.

☒ La variante Alfa, variante británica, o de forma científica conocida como linaje B.1.1.7, o S501Y.V1; fue descubierta por primera vez en sureste de Inglaterra en octubre de 2020 a partir de una muestra tomada el mes anterior extendiéndose rápidamente a partir del 14 de diciembre.

☒ La variante Beta, o también conocida como B.1.351, se originó inicialmente en Sudáfrica, denominada N501Y.V2 y detectada el 18 de diciembre de 2020, como variante con mutaciones en la proteína de la espícula también asociadas a un aumento de transmisibilidad.

☒ La variante Gamma, o S.501Y.V3, también denominada linaje P.1 y conocida coloquialmente como variante brasileña, que se detectó a principios de enero de 2021, se originó y / o se expandió inicialmente en Brasil y después se detectó en viajeros que llegan a Japón desde Brasil.

☒ La variante 21A Delta, o también conocido como B.1.617.2; Se detectó el 5 de octubre del 2020 por primera vez en el estado de e Maharashtra en la India y

se expandió rápidamente, dominando en casi todos los países a fines de 2020, variante con doble mutación, a nivel de glicoproteína de la espícula viral, y entre las características se halla una mayor contagiosidad y una acción más severa de la enfermedad en pacientes sin vacunar respecto al resto de variante.

☒ La variante 21I Delta Plus, es una subvariante de la variante Delta, que ha crecido ampliamente en todo el mundo, ha crecido particularmente en algunas partes de Asia, variante que contiene mutaciones de aminoácidos adicionales.

☒ La variante 21J Delta, es una subvariante de la variante Delta, que ha crecido ampliamente en todo el mundo, especialmente en Europa, América, África y Oceanía. Variante que tiene mutaciones amino-ácido adicional en ORF1a, ORF1by ORF7b y en nucleótidos.

☒ La variante Épsilon, también conocida como linaje B.1.427 o B.1.429, fue detectada por primera vez en California, Estados Unidos en julio de 2020. Un año más tarde, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dejó de considerarla como variante de interés.

☒ La variante Zeta, también conocida como linaje P.2, se detectó por primera vez en el estado de Río de Janeiro en Brasil y alberga la mutación E484K. Evolucionó de forma independiente en dicho lugar, sin estar directamente relacionado con la variante Gamma. Se consideró una variante de interés el 26 de febrero de 2021. A partir de julio de 2021, Zeta ya no se considera una variante de interés por la OMS.

☒ La variante theta, también conocida como linaje P.3, la variante se identificó por primera vez en Filipinas el 18 de febrero de 2021, cuando se detectaron dos mutaciones preocupantes. Posteriormente, fue detectada en Japón el 12 de marzo de 2021, cuando un viajero de Filipinas llegó al Aeropuerto Internacional de Tokio. Es una variante más resistente a los anticuerpos neutralizantes, incluidos los obtenidos mediante la vacunación, y se considera una variante de interés (VOI), pero aún no una variante de preocupación.

☒ La variante Iota del SARS-CoV-2 o B.1.526, fue detectado por primera vez en la ciudad de Nueva York en EEUU en noviembre de 2020. La variante tiene dos mutaciones notables: la mutación del pico E484K, que puede ayudar al virus a evadir anticuerpos, y la mutación S477N, que puede ayudar al virus a unirse más estrechamente a las células humanas. En febrero de 2021, se había extendido rápidamente en la región de Nueva York y representaba aproximadamente una de cada cuatro secuencias virales.

☒ La variante Kappa, también se conoce como linaje B.1.617.1 y es una de los tres subvariantes de la variante delta. Se detectó por primera vez en la India en diciembre de 2020. El 1 de abril de 2021, el Instituto de Salud de Inglaterra la

designó Variante en investigación.

☒ La variante Lambda, conocida como variante andina, bajo el identificador del linaje PANGO C.37, La variante se detectó por primera vez en Perú en agosto del 2020 y fue reportada por la (OMS). Este mismo organismo la denominó «Variante Lambda», el 14 de junio de 2021 y la clasificó como una variante de interés.

☒ La variante Mu, también conocida como linaje B.1.621 o VUI-21JUL-1, Fue detectada por primera vez en Colombia en enero del 2021 siendo designada como variante de interés por la OMS el 30 de agosto del 2021. Las mutaciones que presenta la variante sugieren un aumento en el riesgo de resistencia a las actuales vacunas. El inicio de la variante fue reportada en América del Sur y Europa, y la OMS la incluyó en la lista porque sus características apuntan a que tiene una alta transmisibilidad.

☒ La variante Ómicron, también conocida por el identificador de linaje B.1.1.529. El primer caso conocido se detectó en Botsuana, el 9 de noviembre de 2021, a partir de una muestra recogida bajo los auspicios de la Red para la Vigilancia Genómica en Sudáfrica. El 26 de noviembre de 2021, la OMS lo designó como una variante de preocupación (VOC). La variante tiene un número inusualmente grande de mutaciones, varias de las cuales son nuevas, y algunas de ellas (treinta y dos mutaciones) afecta a la proteína espiga utilizada para la mayoría de las vacunas dirigidas en el momento de su descubrimiento. Este nivel de variación ha llevado a preocupaciones con respecto a la transmisibilidad, la evasión del sistema inmunológico, la resistencia a las vacunas antes prescritas y la disminución en la capacidad de neutralización de los anticuerpos. Varios países introdujeron restricciones de viaje para limitar o ralentizar su propagación internacional. En España, a través de la implementación del Protocolo de Integración de la Secuenciación genómica y la secuenciación de muestras, se está realizando una vigilancia integral tanto de las variantes conocidas como de la aparición de nuevas variantes que puedan representar un aumento del riesgo.

2 Objetivos

☒ Conocer, estudiar y evaluar las diferentes variantes que han aparecido desde el inicio de la pandemia con el diagnóstico del que muestran diferencias genéticas con la secuencia original del virus original SARS-CoV-2 en Wuhan (China), y las diferentes mutaciones presentes en dichas variantes, pudiendo atribuir un mayor impacto en la salud pública de las personas.

3 Metodología

Estudio de las variantes localizadas desde el inicio de la pandemia en Marzo de 2020, hasta la fecha, detectando 23 mutaciones adicionales, hasta un total de 55 cambios en la secuencia de aminoácidos de las proteínas virales respecto a la cepa original de Wuhan y evaluación de la variante Delta y Ómicron; como las variantes de mayor impacto en mutaciones virológicas y posibles implicaciones en la secuenciación genómica de las personas, además de ser la base para la realización del cribado rápido para monitorizar la aparición de casos sospechosos de ser positivos.

4 Resultados

Las diferentes variantes del SARS-CoV-2, muestran diferencias genéticas con la secuencia original del virus. Algunas mutaciones parecen haber surgido de manera independiente en distintas variantes, lo que podría indicar que confieren alguna ventaja adaptativa.

Las diferentes mutaciones presentes en las variantes pueden conferirles un mayor impacto en la salud pública a través de varios aspectos:

- ☒ Aumento en la transmisibilidad: puede suponer un aumento en el número de casos y por lo tanto en la presión sobre el sistema asistencial.
- ☒ Aumento en la gravedad de la infección y/o letalidad.
- ☒ Descenso en la efectividad de la respuesta inmune natural o producida por vacunas.
- ☒ Reducción de la capacidad diagnóstica de las pruebas disponibles.
- ☒ Descenso de la efectividad de los tratamientos.

Desde el punto de vista de la vigilancia se consideran variantes de preocupación para la salud pública (VOC,) aquellas que tengan un impacto significativo en la situación epidemiológica de nuestro país y para las que existen evidencias de un incremento en la transmisibilidad, la gravedad y/o el escape a la respuesta inmune. Se consideran variantes de interés (VOI) aquellas que, con una probabilidad menor, podrían también tener un impacto en la situación epidemiológica en España o para las que existen indicios de un incremento en la transmisibilidad, la gravedad y/o el escape a la respuesta inmune con un grado menor de certeza. La situación actual se caracteriza en España por el dominio de la variante Delta y la elevada cobertura vacunal, superior al 89% de la población general mayor de 12 años. En las últimas semanas los niveles de incidencia han experimentado un aumento, si bien con un impacto considerablemente menor que en las fases pre-

vias de la epidemia dado el elevado nivel de efectividad de las vacunas frente a la infección grave (3). El día 26 de noviembre, la OMS y el ECDC declararon a la variante Ómicron, detectada en varios países del cono sur africano, como variante de preocupación, debido al aumento exponencial de la incidencia de COVID-19 en Sudáfrica, y particularmente en la provincia de Gauteng de Sudáfrica donde la detección de esta variante se produjo en más de la mitad de las muestras secuenciadas.

5 Discusión-Conclusión

Ante la incertidumbre, los expertos están ya buscando las potenciales implicaciones y la transmisibilidad de la nueva cepa. La OMS está estudiando ya la nueva cepa de la Variante Omicrón que tiene varias mutaciones que pueden tener un impacto en cómo se comporta, por ejemplo, en la facilidad con que se propaga o la gravedad de la enfermedad que causa.

La UE ya está en conversaciones con científicos y fabricantes de vacunas. La presidenta de la Comisión Europea, Von der Leyen, dice que la vacuna debe ser adaptada inmediatamente a esta nueva variante de Ómicron, y anima a vacunarse tan pronto como sea posible, a toda la población, si no lo ha hecho ya; y establece prioridad para las dosis de refuerzo de las vacunas para aportar una mayor protección e inmunidad a toda la población.

La farmacéutica Pfizer/BioNTech ha asegurado que en 100 días tendrá lista su vacuna adaptada a Ómicron; y Moderna también está trabajando en un refuerzo específico de la vacuna para esta cepa, donde en las actualizaciones de su estrategia para abordar las variantes preocupantes ya ha probado una dosis más alta de refuerzo de ARNm-1273.

6 Bibliografía

- ☒ <https://gacetamedica.com/investigacion/remdesivir-de-gilead-eficaz-contrala-variante-omicron/>
- ☒ <https://gacetamedica.com/investigacion/preocupacion-mundial-ante-una-nueva-cepa-de-covid-19/>
- ☒ <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/>
- ☒ <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/variantes.htm>

☒ <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>

☒ <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20211130-ERR.pdf>

☒ <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20211203-ERR.pdf>

☒ <https://covariants.org/>

Capítulo 498

PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL NO SANITARIO FRENTE A LA COVID19

LORENA MARTINEZ CHAOS

1 Introducción

La infección por SARS-Cov-2 que causa la COVID-19 fue catalogada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020. Desde entonces esta enfermedad ha supuesto un cambio para los sistemas de salud en cuanto a la infraestructura y talento humano.

La difícil situación actual debida a la crisis por la covid-19 ha ocasionado que todo el personal que trabaja en los centros sanitarios incluido el personal no sanitario se vea expuesto a un cambio social. Síntomas como la depresión y la ansiedad, así como el síndrome de burnout están presentes en la realidad diaria de estos profesionales como consecuencia de vivir de cerca la crisis de la covid-19. Estas afecciones de la salud mental podrían afectar a la capacidad de respuesta durante la pandemia.

Es por ello que son necesarias acciones de promoción y protección de la salud mental que ayuden a cuidar del personal no sanitario y a su vez supongan una mejora en la capacidad de atender y responder a las demandas del día a día en las instituciones sanitarias. Esta demanda se traduce en una mejora en la atención de los pacientes a los que están dedicados los profesionales no sanitarios entre otros.

2 Objetivos

Informar una serie de recomendaciones de promoción y protección para el cuidado de la salud mental del personal no sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Son muchas las medidas que podemos tener en consideración a la hora de reducir el impacto de la covid-19 en la salud mental del personal no sanitario.

Las medidas de autocuidado del personal suponen acciones a nivel individual que facilitan la adaptación a la nueva realidad laboral. Entre ellas podemos destacar la incorporación de actividades de ocio que generen bienestar y periodos de descanso que impliquen la desconexión del ambiente estresor. También se recomienda mantener en lo posible los hábitos de alimentación y sueño. Realizar ejercicios diarios de respiración y de atención focalizada (mindfulness) antes de iniciar y terminar la actividad laboral. Mantener el contacto familiar aumentando con ello la motivación, disminuyendo la percepción de la soledad y evitando el aislamiento del trabajador bien sea por canales virtuales o videollamadas si fuera necesario.

Otras medidas están enfocadas al cuidado comunitario del personal. El fortalecimiento de las relaciones puede ayudar al cuidado facilitando el apoyo entre los miembros del personal. También puede ayudar a disminuir el aislamiento de los trabajadores especialmente de aquellos que viven solos o están lejos de sus familias. La rotación de los trabajadores en las áreas de mayor estrés a otras de menor estrés o el reunir a trabajadores con poca experiencia con sus compañeros más experimentados puede ayudar igualmente en el tratamiento del estrés entre el personal.

Otras recomendaciones están dirigidas a las propias instituciones sanitarias. Planificar estrategias de promoción e intervención en la salud mental del personal especialmente de los grupos que se encuentran en servicios de urgencia, ucis y

similares dada su condición de alto riesgo. Establecer técnicas de gestión emocional como primeros auxilios psicológicos podría ser otra medida de ayuda a los profesionales desde las propias instituciones.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado del personal no sanitario, al igual que del personal sanitario, es indispensable en los momentos de crisis. Si hablamos más concretamente del cuidado del personal en cuanto a su salud mental estaremos proporcionando un mejor desempeño del trabajo de dicho personal, una mejora en su calidad de vida y una repercusión directa en los pacientes a los que atiende. Asimismo, las actividades de promoción y protección de la salud mental en los trabajadores no sanitarios pueden disminuir los trastornos por depresión, trastornos por ansiedad y patrones de comportamiento como el consumo excesivo de sustancias que afectan de forma significativa a la sociedad.

6 Bibliografía

1. <https://scielo.isciii.es>.
2. <https://www.insst.es/el-instituto-al-dia/trabajar-en-tiempos-de-covid19-buenas-practicas-de-intervencion-psicosocial-en-centros-sanitarios>.

Capítulo 499

COMUNICACIÓN USUARIO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS SERVICIOS DE SALUD: ATENCIÓN TELÉFONICA

COVADONGA SUÁREZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

La comunicación es la transmisión de un mensaje entre dos o más personas de forma verbal o no verbal. Dependerá de si nos expresamos a través del lenguaje hablado o escrito (el llanto o la risa también se considera verbal) o, si nos expresamos de otra manera; a través de los sentidos y del lenguaje corporal: gestos, miradas, posturas específicas, la forma de actuar...

Entre los tipos de comunicación tenemos la comunicación individual que se da entre solo dos personas: un emisor y un receptor. Se caracteriza por ser privada. Uno de esos tipos es la comunicación telefónica, que usa el teléfono como medio de transmisión del mensaje. La aparición de este aparato acortó distancias pero lo que es más importante, estrechó la conexión entre personas sin importar, casi, la ubicación. Se ha convertido en indispensable por la rapidez para transmitir información y por facilitar la comunicación de personas con determinadas discapacidades.

Para el ámbito sanitario supone un medio de comunicación esencial entre el personal, y entre el personal y los usuarios y familiares de usuarios. Y como no, un medio imprescindible para prestar ayuda en caso de emergencias. Tanto para unos como para otros, la comunicación ha de ser fluida, clara y concisa, y casi siempre vendrá acompañada por el soporte informático.

Si hablamos del trabajo del auxiliar administrativo vemos que para realizar la mayor parte de sus tareas tiene que hacer uso del teléfono y del ordenador. En cuanto al teléfono, se trata de realizar una escucha activa en todas las llamadas que gestionamos para no perder información útil y prestar así un servicio adecuado y eficaz.

Para esto hemos de seguir una serie de pautas y técnicas que requieren del conocimiento del entorno de trabajo y de las personas que trabajan en él, y que nos acercarán al objetivo de intercambiar información con éxito, a través de una actitud tranquila y que transmita seguridad.

Debemos de poner especial interés en: la postura corporal, relajado y firme; el tono, que intentaremos que sea cálido ya que reflejará nuestra actitud, sobre todo en el saludo inicial y en la despedida (el saludo condicionará el resto de la conversación); el volumen, evitar tonos altos ya que pueden reflejar tensión o imposición; la elocución o velocidad de nuestras palabras; vocalizar; el lenguaje, facilitar la comprensión evitando tecnicismos, negaciones, diminutivos, palabras vulgares, agresivas o imperativas; el silencio; barreras comunicativas.

El aumento de llamadas experimentado desde el comienzo de la pandemia ha supuesto un cambio importante en el trabajo diario de los auxiliares administrativos en los centros sanitarios. De hecho, se han creado puestos de trabajo en los que el uso del teléfono y ordenador es exclusivo y esto ha supuesto que se empiecen a plantear su gestión de otra manera. La situación actual es de estrés continuado, desmotivación y frustración por la mala gestión de éstas, ya que se encuentran también con trabas informáticas en lo que se refiere a bases de datos con información desfasada o dificultad para acceder a esos datos según el programa que estén utilizando. Supone un continuo estado de alerta porque no sabes lo que te vas a encontrar cuando accedas a ellas y cómo va a reaccionar la otra persona ante esta situación.

2 Objetivos

Describir cómo prestar un servicio adecuado a los usuarios a través del medio telefónico.

Exponer la importancia de la comunicación telefónica según el puesto de trabajo.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión sistemática se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos, como SciElo y Elsevier, buscando artículos referidos al tema que nos ocupa y usando términos como comunicación verbal, comunicación no verbal, trabajo administrativo, comunicación telefónica, atención telefónica, escucha activa.

También se ha hecho una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente, libros y artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Un buen emisor ha de tener empatía, ser respetuoso y realizar una escucha activa, adoptando una actitud tranquila, posición relajada y tono cordial. Aproximadamente:

- La parte verbal aporta un 7% al conjunto del mensaje.
- La parte no verbal relacionada con la voz (entonación, volumen...), un 38%.
- La parte no verbal relacionada con el lenguaje corporal (postura,, gestos...), el 55% restante.

En una conversación telefónica la parte de la voz y la entonación es la más decisiva, debiendo esforzarnos en compensar la parte no verbal que, de otra forma, ayudaría enormemente a captar la totalidad del mensaje en caso de hubiera incoherencias.

Cuando el usuario llama a un centro sanitario la persona que recoge la llamada ha de ser agradable y transmitir seguridad de manera que se sienta cómodo, y confiado de que será atendido adecuadamente.

Se ha estudiado el comportamiento y forma de trabajo de los auxiliares administrativos ante las diferentes llamadas recibidas y realizadas, en base a las peticiones y requerimientos de los interlocutores.

Para ofrecer un buen servicio, en términos generales, debemos de tener conocimientos básicos en lo que se refiere al centro de trabajo: terminología, estructura organizativa, operatividad, aplicaciones informáticas, localización de material, conocer las funciones del personal y tener buena comunicación con los facultativos.

En lo que a estos se refiere, tener muy claro también cuál es la forma de trabajar de cada uno y sus requerimientos para así, a la hora de hablar con el usuario, poder ofrecer una solución efectiva que no le suponga ningún trastorno, o si no podemos, orientarlo e informarle sobre los pasos a seguir, saber si nos concierne o es de otro servicio.

El usuario llamará para pedir cita, consultar tratamientos, fechas, comentar dolencias y pedir consejo de su médico, consultar y/o gestionar partes de Incapacidad Temporal, urgencias, dudas...De lo que se trata es de que sepamos hasta qué punto se puede solucionar su requerimiento con la información a la que tenemos acceso en el ordenador y si se puede gestionar sin tener que llegar al facultativo. En este caso, valorar según las indicaciones que nos ha dado previamente; si pasamos el aviso o no.

Si hablamos de puestos específicos en los que el uso del teléfono es continuado y ocupa casi la totalidad de nuestro horario laboral, será más difícil mantener todos los aspectos nombrados ya que la fatiga mental aparecerá antes y hará que aparezca la desconcentración y el estrés. En este caso, debemos parar un momento (no coger el teléfono si es necesario) y respirar. Esto hará que nos relajemos y los nervios no vayan a más. Pensaremos en el saludo de acogida para la próxima llamada y lo formularemos con tranquilidad y pausadamente, prestando acto seguido, atención al usuario que tenemos al otro lado de la línea. Si lo necesitamos, podemos apuntar por escrito unas palabras que nos guíen y hagan recordar lo que estamos escuchando para así poder tener a mano la información y que el usuario se sienta atendido, verificando más tarde, que los datos sean correctos.

Además, se trata en todo momento de eliminar las barreras comunicativas que surjan:

- Semánticas: adaptándonos al vocabulario del emisor.
- Físicas: acústicas, problema de mantenimiento de la línea de teléfono...
- Fisiológicas: alteraciones en el carácter y en el habla.
- Psicológicas: tanto del emisor como del receptor. Las diferentes personalidades y emociones hacen que el mensaje se distorsione.
- Administrativas: sobrecarga o pérdida de información, falta de planificación, uso de datos erróneos...

Lo haremos a través de mensajes claros, retroalimentación en la conversación, asegurándonos de que el medio elegido es el adecuado, escuchando activamente, con una actitud positiva; evitar prejuicios, evitar ruidos, evitar el abuso de poder.

5 Discusión-Conclusión

Los centros de Atención Primaria, con la reorganización y nueva gestión, están desbordados, y los hospitales, con las listas de espera derivadas de los parones a causa de las diferentes olas que van surgiendo por la pandemia, van acumulando visitas y revisiones, que los pacientes reclaman, además de centralizar la gestión de las vacunas, ,con todo lo que eso conlleva. Telefónicamente, la mayor parte de las veces.

Todo ese trabajo que realiza el auxiliar administrativo tiene gran importancia ya que, al igual que de manera presencial, se ha de dar una imagen de confianza y disposición para prestar ayuda y colaboración al usuario.

Esto lo hará a través de su voz, que será el resultado de una suma de nuestra actitud, emociones y de la postura que tengamos en el momento de la conversación. Está demostrado el impacto que tienen así que, aunque la otra persona no nos conozca físicamente y no pueda vernos, se hará una imagen de nosotros y del sistema sanitario en general con solo eso; nuestra voz.

De esta manera, debemos de cuidar tanto la comunicación verbal como la no verbal y evitar que en el proceso de comunicación existan barreras que dificulten la transmisión del mensaje o que lo enturbien, y no sea comprensible.

Esto incluye el estado de ánimo y físico, así que haremos lo posible por estar relajados, mantener la calma, ya que a medida que vayan pasando las horas y se vayan realizando o contestando a más llamadas, estos van a cambiar, apareciendo la fatiga mental, los dolores musculares y en el peor de los casos, si las llamadas se complican, la desmotivación y frustración.

Sería crucial dar formación al respecto al personal administrativo de manera que tuvieran herramientas suficientes para desenvolverse en llamadas difíciles, gestionar adecuadamente las horas de teléfono haciendo descansos, conocer los posibles problemas que puedan tener los usuarios y cómo resolverlos, saber a dónde acceder para encontrar información que nos ayude a solventarlos,... En definitiva, conocimientos y estrategias que ayudarán al personal a sentirse seguro y no enfermar en el intento.

6 Bibliografía

1. <https://www.psicologiymente.com>

2. <https://www.revistamedica.com>
3. De Gasperin, R. (2005) Comunicación y relaciones humanas. Xalapa, México: Universidad Veracruzana, págs. 95-135
4. Varios autores miembros de la SEAUS, segunda edición (2016) Claves para la gestión de la Atención al Usuario de la Sanidad

Capítulo 500

LA PROBLEMÁTICA DEL SEDENTARISMO EN EL ÁMBITO SANITARIO

JORGE MARTÍNEZ GARCÍA

RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

En sanidad la mayoría de los trabajos relacionados con administración requieren pasar largas horas sentados en una silla, delante del ordenador, atendiendo al teléfono o preparando documentación. Pero no solo afecta a personal de administración, celadores o ayudantes de servicios pasan muy a menudo largos periodos de tiempo sentados o directamente toda la jornada laboral desempeñando sus funciones en una silla.

Las recomendaciones actuales preconizan actualmente la práctica de una actividad física regular de 30 min al día, 5 veces a la semana.

La Organización Mundial de la Salud define al sedentarismo como "el estado en el cual los movimientos son reducidos al mínimo y el gasto energético es próximo al reposo". Se opone a la actividad física, que es definida según la OMS "como todo movimiento producido por los músculos esqueléticos, responsable de un aumento del gasto energético". Médica y sociológicamente, el sedentarismo designa un bajo gasto energético asociado con una posición sentada o semi-reclinada. Los comportamientos sedentarios son aquellos en los que se realiza menos de media hora de actividad física al día, debido a que el sujeto pasa mucho tiempo sentado frente a una pantalla (televisión, ordenador...).

El sedentarismo provoca aumento de peso, obesidad y riesgos cardiovasculares. Una persona sedentaria tiene un riesgo de morbilidad y mortalidad aumentado.

2 Objetivos

Dar a conocer la problemática que tiene para la salud el sedentarismo.

Analizar los riesgos para la salud que conlleva el sedentarismo.

3 Metodología

Realización de búsqueda bibliográfica sistemática en diferentes fuentes de información y bases de datos científicas, tanto electrónicas como en formato papel.

La terminología empleada ha sido: sedentarismo, obesidad, actividad física, trabajos sedentarios , peso, gasto energético , organización mundial de la salud.

4 Resultados

Si bien dentro del ámbito sanitario el sector profesional más afectado de sedentarismo es el administrativo, también otras categorías profesionales se ven afectadas.

Uno de los principales problemas del sedentarismo en la sanidad es el trabajo realizado con pantallas , este uso continuado puede generar no sólo lesiones musculoesqueléticas, sino también otros daños a la salud como problemas en la vista o incluso estrés.

Los trabajadores y trabajadoras usuarias, son todos aquéllos que superen las 4 horas diarias ó 20 horas semanales de trabajo efectivo con dichos equipos y a todas las que realicen entre 2 y 4 horas diarias (ó de 10 a 20 horas semanales) de trabajo efectivo con estos equipos cumpliendo las condiciones recogidas en la normativa vigente (RD 488/1997, de 14 de abril).

Este continuado sedentarismo conlleva varios factores de riesgo:

El mantenimiento de posturas estáticas prolongadas, el diseño inadecuado del puesto de trabajo, los giros de cabeza realizados durante la lectura alternativa de la pantalla y los documentos, los equipos de trabajo inadecuados, el mal acondicionamiento de los lugares de trabajo: temperatura, humedad, iluminación, ruido...

El sedentarismo durante un tiempo prolongado está relacionado con patologías como la obesidad, la diabetes, enfermedades coronarias, cardiovasculares, cáncer,

etc.

El estilo de vida sedentario está indudablemente ligado con los altos índices de obesidad. El sobrepeso y el exceso de grasa acumulada en el cuerpo correlaciona con otras enfermedades como cáncer, problemas de corazón y presión arterial alta.

La diabetes es una enfermedad relacionada con el estilo de vida, consecuencia de factores como la mala alimentación, el tabaquismo, el sobrepeso y el sedentarismo. El consumo de grasas y azúcares y la falta de ejercicio físico implica alto riesgo de diabetes, que a su vez puede traer problemas del corazón, ceguera y daño en distintos órganos.

El sedentarismo genera un altísimo riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. La salud del corazón se perjudica también cuando se pasan muchas horas al día sentado, ya que se afecta la circulación sanguínea y la presión arterial, aumentando el riesgo de infarto, trombosis y la formación de coágulos arteriales.

5 Discusión-Conclusión

Queda patente que el sedentarismo es un factor de riesgo para la salud a tener en cuenta en todos los ámbitos de la vida, y más en el ámbito laboral, debida cuenta que a lo largo del día vamos a destinar una cantidad de horas no desdeñable a la realización de las funciones propias de nuestro puesto.

Si bien, tenemos varios mecanismos a nuestro alcance para intentar mitigar ese sedentarismo como pueden ser la instalación de equipos de trabajo en correcto estado y mantenimiento, el efectuar pausas cortas y frecuentes, incluso levantándose del asiento y realizar ejercicios de relajación, moviendo cabeza y cuello, y estiramientos.

6 Bibliografía

Organización mundial de la salud.
Ministerio de trabajo.

Capítulo 501

PREVENCIÓN DE INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

ANGELA PARDILLA CASTRO

1 Introducción

Las IRAS son infecciones relacionadas con la atención sanitaria, cuando la exposición tiene lugar en un hospital puede emplearse el término “infección nosocomial”. Son procesos infecciosos que no estaban presentes en el momento del ingreso del paciente al centro sanitario, ya sea este un hospital, centro de especialidades o centro de atención primaria y que se manifiestan hasta 72 horas después del alta. Pacientes, familiares y trabajadores del centro son susceptibles de adquirir infecciones nosocomiales, lo que supone un riesgo para la salud individual y colectiva y un incremento del coste de la atención sanitaria.

Dentro de los factores involucrados, destacan tres:

- Tipo de agente infeccioso: éste puede ser un virus, bacteria, parásito u hongo.
- Mecanismo de transmisión: contacto directo o indirecto, gotas, aire, alimentos, etc.
- Susceptibilidad del huésped: el sistema inmunitario del hospedador, edad, estado nutricional, etc son factores clave en el desarrollo de la infección.

Debido al alto coste asistencial y económico que deriva de estas infecciones, la mayoría de los países han desarrollado estrategias de vigilancia, prevención, formación y control. Aun así, estas infecciones siguen siendo un importante problema de salud para la mayoría de los centros sanitarios en todo el mundo.

Las IRAS en datos:

☒ En España, según el estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización, las IRAS representan el 25% de los efectos hospitalarios adversos. Según el EPINE (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España) la prevalencia de estas enfermedades es del 8,18% en nuestro país y las infecciones adquiridas en Atención Primaria representan el 8,48% según el estudio APEAS (Estudio sobre la seguridad del Paciente en Atención Primaria)

☒ En Europa, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades estima que cada año más de cuatro millones de pacientes adquieren una infección relacionada con la atención sanitaria.

☒ Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) aproximadamente 1,4 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por una IRA.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- ☒ Poner de manifiesto la importancia de este problema sanitario
- ☒ Ofrecer recomendaciones para la prevención

3 Metodología

Para este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos en las bases de datos Pubmed, Gerión, Medline, Cochrane Plus, Scielo y Google Académico utilizando las palabras clave: infección nosocomial, infección adquirida en la atención sanitaria, vectores de transmisión, OMS, prevención.

4 Resultados

La vía de transmisión de microorganismos, en la atención sanitaria, más frecuente es por contacto indirecto, mediante material clínico que no ha sido convenientemente desinfectado, por superficies contaminadas y principalmente por no cambiar los guantes entre paciente y paciente.

Otra importante vía de infección es el contacto físico directo entre el profesional sanitario y el paciente, por ejemplo, al movilizar al paciente para el aseo, traslado a otras unidades del hospital, colocación en la mesa de exploración o de quirófano

Otros mecanismos de transmisión no menos relevantes son:

- gotas: el contagio se produce por microgotas al hablar, toser o estornudar cuando paciente y profesional se encuentran a menos de un metro de distancia.
- Aire: el patógeno se encuentra en el aire y es inhalado.
- Agua y alimentos: por ejemplo, ingerir alimentos en mal estado o que se han contaminado durante su manipulación.

Los datos actuales indican que la infección adquirida en la atención sanitaria más frecuente es la infección urinaria (34%), seguida por la infección de heridas quirúrgicas (17%), mientras que las infecciones respiratorias representan un 13% del total y un 14% las bacteriemias.

Según la OMS, aproximadamente la mitad de estas infecciones son prevenibles, ya que se conocen los agentes etiológicos causantes y las formas y lugares de contagio más habituales. Por lo que este organismo ha desarrollado una Estrategia de Prevención que combina programas de control y vigilancia con medidas preventivas sencillas, que no exigen costosos recursos.

Algunas de las medidas que cualquier trabajador, ya sea sanitario o no sanitario, debe aplicar en cualquier punto del sistema sanitario son:

- ☑ Higiene de manos siempre antes y después del contacto con el paciente o con su entorno inmediato. La higiene de manos puede realizarse con agua y jabón o bien con solución hidroalcohólica.
- ☑ Uso de guantes, bata y mascarilla
- ☑ Los guantes deben desecharse inmediatamente después de finalizar el contacto con el paciente.
- ☑ Limpieza, desinfección o esterilización de superficies y material.
- ☑ Control de riesgos ambientales y adecuada gestión de residuos.
- ☑ Profilaxis antibiótica y vacunación
- ☑ Capacitación mediante formación del personal involucrado, independientemente de la categoría profesional.

5 Discusión-Conclusión

En un centro sanitario, ya sea un hospital, centro de día o centro de atención primaria, trabajan muchos profesionales de diferentes perfiles: facultativos, personal de enfermería, celadores, personal de cocina, lavandería y mantenimiento, etc. Si bien no todos ellos están en contacto directo con el paciente, de una manera u otra si mantienen un contacto indirecto y cualquier trabajador del centro sanitario, puede ser en un momento dado un vehículo o vector de transmisión de una enfermedad infecciosa.

Por tanto, es necesario que todo centro sanitario elabore un protocolo de medidas de prevención y lo mantenga actualizado, dándolo a conocer a todo el personal que trabaja en el centro.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Reto mundial en pro de la seguridad del paciente. 2005-2006. Geneva: Organización Mundial de la Salud, 2005.
2. Herce, P. A., Agustí, M. L. M., Marco, J. J. G., Miranda, A. P. J., Martín, S. M., Millán, N. M., ... & de Enfermedades Infecciosas, G. D. P. (2018). Prevención de las enfermedades infecciosas. Actualización PAPPS en vacunas 2018. Atención Primaria, 50(Suppl 1), 66
3. https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_700.pdf/fbc6db4c-1e8e-4b0f-bbcc-1c953b4da232
4. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud pública e Higiene. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. Estudio EPINE-EPPS 2016. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/epine/Global/EPINE-EPPS%202016%20Informe%20Global%20de%20Espan%C3%B1a%20Resumen.pdf>

Capítulo 502

EL CELADOR: LA EUTANASIA Y SUS PROBLEMAS

MARÍA INMACULADA PINTADO PÉREZ

1 Introducción

La Constitución Española reconoce en su artículo 15 que todos tenemos derecho a la vida, el dilema surge cuando nos planteamos si se trata de un derecho absoluto o este derecho tiene límites, es decir si se encuentra conectado con tener una muerte digna. Nuestra sociedad percibe en estas últimas décadas la proclamación de nuevos derechos sociales como el derecho a una muerte digna.

Morir es un acontecimiento inevitable y universal y de lo que nadie nos vamos a librar. La eutanasia, es un término que en la antigua Grecia equivalía a "buena muerte" y deriva de las voces griegas eu (buena) y thanatos (muerte). La eutanasia representa un camino seguro hacia la muerte y para sus familiares. Actualmente en muy pocos países (Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá y Colombia) tienen despenalizada la eutanasia, en nuestro país ha sido aprobada recientemente.

Al abordar el tema de la eutanasia nos enfrentamos a una problemática difícil, compleja y de notable relevancia ética. No existe consenso entre los jueces, sanitarios y especialistas en bioética sobre la necesidad, ventajas, inconvenientes y límites de esta medida irreversible. En los últimos años, la eutanasia ha adquirido protagonismo, no solo en los medios de comunicación sino también en las revistas médicas de primera fila.

2 Objetivos

- Analizar el concepto de eutanasia.

- Dar a conocer los tipos de eutanasia según la acción del médico y según la voluntad de paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 Real Academia de La Lengua Española define la como "intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente si perspectiva de cura". No debemos confundir la eutanasia con el hecho de utilizar fármacos para aliviar el dolor sin intención de causar la muerte. A mediados del siglo XIX surgió el uso de medicamentos para aliviar la muerte, ya en el siglo XX las discusiones para la legalización de la eutanasia cobran mucha importancia.

La eutanasia ha sido manejada por dos corrientes filosóficas, constituida por hombres de ciencia y religión, tanto para defenderla como para rechazarla. Para sus protectores, la dignidad humana del enfermo consiste en el derecho a elegir libremente el momento de la muerte. Para sus detractores, la honestidad humana es oponerse a este derecho por considerarlo exclusivamente divino para algunos y exclusivamente científico-legal para otros.

Los griegos para quienes una mala vida no era merecedora de ser vivida, no ponían ningún reparo ante la eutanasia. Las tres razones para tomar esta decisión, más frecuentes son: el sufrimiento existencial, la incapacidad para disfrutar de la vida y la pérdida de autonomía. Las personas no deciden morir por miedo al dolor, sino porque consideran que "vivir así" ya no tiene sentido.

Podemos hablar de eutanasia activa y pasiva según la acción del médico:

- La eutanasia activa. Cuando la muerte es resultado directo de la acción de un tercero.
 - La eutanasia pasiva Cuando la muerte es resultado de la omisión o no aplicación de medidas para mantener una persona con vida.
- Según la voluntad del paciente hablamos de :
- Eutanasia voluntaria: el paciente toma la decisión.

- Eutanasia involuntaria: un tercero toma la decisión, sin el consentimiento del paciente, normalmente a petición de los familiares

5 Discusión-Conclusión

La conclusion que sacamos en este capitulo es que en una sociedad solidaria, culta, responsable, honesta debería centrar sus esfuerzos en ayudar a tener una muerte digna, con profesionales dispuestos y preparados para afrontar las más duras decisiones acerca de la vida humana, con un sistema de salud que garantiza un correcto funcionamiento de la medicina.

Determinar si un hombre debe morir o no, encontrará detractores y personas que estén a favor. Sacamos como conclusión, que si una persona piensa que su vida no es digna de ser vivida, porque sus condiciones se hallan deterioradas, la eutanasia será una buena herramienta que ayude a esa persona a tener una muerte digna.

Es la bioética quien debe proporcionar el apoyo para que esta conducta no sea castigada.

6 Bibliografía

1. <http://www.bioetica.org>.
2. <http://www.scielosp.org>.
3. <https://www.monografias.com/laeutanasia/>

Capítulo 503

EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA

RAÚL ALBERTO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

El personal que ejerce sus funciones dentro de la categoría profesional de auxiliar administrativo y que presta sus servicios en centros e instituciones sanitarias públicas españolas, tanto las dependientes de las distintas Comunidades Autónomas que conforman el Estado, como de centros sanitarios públicos dependientes de la Administración General, desarrollan sus funciones como personal estatutario, que técnicamente no deja de ser un tipo de empleado público.

En nuestro País, si exceptuamos al personal eventual, podemos decir de forma general que existen tres grandes tipos de empleados públicos: funcionario de carrera, personal laboral y personal estatutario. Cada uno de ellos se distingue por tener un marco normativo propio, siendo la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, la norma principal de regulación de este tipo de personal, aunque no la única.

Cabe reseñar también que el Estatuto Marco no define expresamente al personal estatutario como tal, puesto que simplemente hace referencia en su Exposición de Motivos a que la terminología “personal estatutario” deriva de la denominación de los tres estatutos de personal: el estatuto de personal médico, el estatuto de personal sanitario no facultativo y el estatuto de personal no sanitario. También reconoce su objeto: el establecimiento de las bases reguladoras de la especial

relación funcional que une a aquellos colectivos con los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Para la obtención de tal condición es necesario haber concurrido y superado los requisitos exigidos en una convocatoria de empleo público, como la publicada el 9 de agosto de 2018, por la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) para el acceso a 232 plazas de personal estatutario fijo.

2 Objetivos

Informar sobre la situación institucional y funcional del auxiliar administrativo sanitario a través de revisión de su normativa regulatoria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como ya se ha mencionado en la introducción de este artículo, en la actualidad, la normativa más importante a tener en cuenta por el personal estatutario es la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, aunque no la única. El Texto Refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público (TREBEP), en su artículo 2.4 también hace referencia expresa al personal estatutario “Cada vez que este Estatuto haga mención al personal funcionario de carrera se entenderá comprendido el personal estatutario de los Servicios de Salud”. De igual forma que la normativa anteriormente descrita, el personal auxiliar administrativo que tenga adquirida la condición de personal estatutario, debe someterse a la regulación que sobre su condición regulen las distintas Comunidades Autónomas en virtud del desarrollo de la normativa estatal.

De igual modo, si tomamos de nuevo como referencia el Estatuto Marco, tenemos que dividir al personal estatutario en dos grupos: el personal estatutario fijo y personal estatutario temporal. La principal diferencia radica en que en el

primer caso, la condición se adquiere por nombramiento legal para el desempeño permanente de unas funciones concretas una vez superado el correspondiente proceso selectivo, mientras que en el segundo caso, no será un nombramiento permanente, sino temporal por razones de necesidad, de urgencia o para el desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario. Dichos nombramientos temporales serán de alguno de los tipos contenidos dentro de la siguiente clasificación:

- De interinidad, para el desempeño de una plaza vacante de los centros o servicios de salud, cuando sea necesario atender las correspondientes funciones
- Eventual, cuando concorra alguna de las siguientes circunstancias: a) Para prestar servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria b) Cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros sanitarios c) Para la prestación de servicios complementarios de una reducción de jornada ordinaria
- De sustitución, cuando resulte necesario atender las funciones de personal fijo o temporal, durante los períodos de vacaciones, permisos y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de la plaza.

Si a través del repaso de la normativa vigente podemos tener un poco más claro que el personal administrativo sanitario desarrolla su actividad como personal estatutario, no ocurre lo mismo a la hora de intentar delimitar sus funciones y competencias. Partimos de la base que la única referencia en este sentido, donde figura una norma que si regula funciones, aparece en una Orden de 30 de mayo de 1984, por la que se modifican determinados artículos del Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regulando la función administrativa en dichas Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Esta Orden, sustituía a otra ORDEN de 5 de julio de 1971, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, donde ni siquiera aparecía contemplada dicha categoría.

Así las cosas, en la Orden 30 de mayo de 1984 se hace referencia a que el personal auxiliar realizará las siguientes funciones: “apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas de la Institución, así como las de secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática”. A pesar de que dicha orden quedó derogada por el Estatuto Marco del personal estatutario de 2003, lo cierto es que su disposición transitoria sexta, en su punto b dice que “se mantendrán vigentes en tanto se procede a su regulación en cada servicio de salud, las disposiciones relativas a categorías profesionales del personal estatutario y a las funciones de las mismas contenidas en las normas previstas en la disposición derogatoria única 1.e), f), g)”. De igual manera, dicho

apartado “g” nos dice lo siguiente: “el Estatuto de personal no sanitario de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social aprobado por la Orden de 5 de julio de 1971, y las disposiciones que lo modifican, complementan y desarrollan”. Todo lo explicado en este párrafo nos lleva, por tanto, a parar nuevamente a la Orden 30 de mayo de 1984.

5 Discusión-Conclusión

Con este trabajo, la conclusión principal que se pone de manifiesto es la necesidad de delimitar y actualizar por completo una normativa donde las funciones vienen descritas y reguladas en una Orden del año 1984. El desarrollo de la jornada laboral en un entorno sanitario presenta peculiaridades que no se dan en otros servicios de la Administración, por lo que a buen seguro será necesario desarrollar habilidades y adquirir competencias exclusivas. De no ser así, el auxiliar administrativo sanitario verá especificadas sus funciones constantemente por analogía con las que realizan otros auxiliares funcionarios de otras partes de la administración que nada tienen que ver con el ámbito sanitario y eso puede dificultar mucho que se alcance un desempeño óptimo.

6 Bibliografía

1. Francisco Coll Morales, 16 de junio, 2021 “Personal estatutario”. Economipedia.com. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/personal-estatutario.html>.
2. Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11719>.
3. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>.
4. Orden de 28 de mayo de 1984 por la que se modifican determinados artículos del Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regulando la función administrativa en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1984/05/30/pdfs/A15252-15253.pdf>.
5. ORDEN de 5 de julio de 1971 por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1971/07/22/pdfs/A12015-12024.pdf>.

Capítulo 504

LOS CELADORES EN LA REALIZACIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS

LOURDES GUTIERREZ LUCENDO

1 Introducción

La habitación del paciente es el lugar donde se encuentra el paciente y por lo tanto debe tener todo el material y mobiliario que se necesite para su estancia en el hospital.

Normalmente las habitaciones suelen ser compartidas, pueden tener 2, 3 camas por habitación, aunque en la actualidad suelen ser de 2 camas, aunque en realidad las habitaciones deberían ser de una cama para que cada paciente tenga su intimidad y esté tranquilo.

La cama es donde se encuentra el paciente el mayor tiempo durante la estancia en el hospital, por lo que tiene que estar en perfectas condiciones ya sea de conservación y funcione correctamente para que el paciente se sienta bien y cómodo.

La cama debe cubrir todas las necesidades del paciente para que se encuentre cómodo y también tener la ropa necesaria. Es importante que la cama sea articulada, que se pueda regular la altura, se pueda manejar bien y sean de fácil desplazamiento por lo que tienen que tener ruedas.

Si la habitación no es individual y tiene más de una cama debe tener la distancia suficiente entre las camas y entre la cama y la pared para poder cubrir las necesidades del paciente.

Tanto los celadores, como el personal sanitario deben tener el espacio suficiente para poder atender al paciente tanto desde los laterales como desde los pies de la cama, además también hay que dejar un hueco para la camilla cuando sea necesario.

El mobiliario imprescindible que debe tener una habitación es: la cama, la mesita, sillón, papelería, armario, biombo, soporte para el suero, un cuarto de baño, toma de oxígeno y de vacío y por último el timbre que es muy importante.

2 Objetivos

- Explicar el procedimiento detallado de como se hace la cama hospitalaria.
- Explicar los elementos que se utilizan para realizar la cama y conocer las normas generales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como Google académico, Pubmed, Redined, Medline, Elsevier, Scopus.

Al revisar toda esta información es importante quedarse con la más actual.

Al encontrar la información antes de elegir debo seguir unos pasos imprescindibles:

Los artículos deben ser actuales.

Es necesario que el contenido tenga palabras clave: “cama hospitalaria”, “ropa de cama”, “habitación”, “lencería”.

4 Resultados

Elementos necesarios para la realización de la cama hospitalaria:

- Funda de colchón: debe ser transpirable, impermeable, que limpie bien y antialérgico.
- Sábana bajera: de algodón, color claro y resistente a los lavados.
- Entremetida: Deben ser del mismo tejido que la bajera, pero más pequeña y se coloca en el centro de la cama a la altura de la cadera.
- Empapador: Es característico por su material celuloso para la absorción de líquidos que excreta el paciente o para absorber líquidos durante las curas. No se suelen poner en todas las camas, solo en aquellas que sea necesario.
- Sábana encimera: de algodón, color claro y resistente a los lavados.
- Colcha y manta: se utiliza para que el paciente esté más abrigado.

- Almohadón: se utiliza para cubrir la almohada.

Normas generales para preparar la cama:

- El cambio de la ropa de cama se debe hacer por la mañana después del aseo del paciente y en cualquier momento del día si la ropa de cama se mancha.
- Antes de realizar la cama se debe tener preparado el material.
- Se van a necesitar dos carros, uno con la ropa limpia de lencería que vamos a utilizar y otro carro sucio para depositar la ropa de cama que vayamos quitando.
- Los carros nunca se meten en las habitaciones se deben dejar en los pasillos para evitar la transmisión de microorganismos.
- Siempre se debe hacer un lavado de manos antes y después del procedimiento.
- Poner guantes después del lavado de manos.
- Si la cama está desocupada se realiza, pero si el paciente está en la cama se debe explicar el procedimiento.
- No se pueden dejar arrugas en la cama para evitar lesiones al paciente y pueda estar cómodo.
- La encimera, la manta y la colcha cubren al paciente hasta los hombros.
- Debemos evitar que la ropa sucia que retiramos no toque nunca el uniforme.
- La ropa sucia se introduce en bolsas dentro de la habitación y luego se saca al pasillo y la metemos en el carro sucio.
- La cama se intentará realizar de la manera más rápida posible y más aún si el paciente se encuentra en la cama.
- Si la habitación es compartida se utilizará un biombo a la hora de la realización de la cama.

Procedimiento para la realización de una cama hospitalaria desocupada:

- Lavado de manos.
- Poner guantes.
- Coger en el paso en el carro de lencería todo el material que se va utilizar y colocarlo en una silla en la habitación en orden inverso a como se va a realizar.
- Comprobar que la cama esté frenada y colocarla en posición horizontal.
- Retirar la ropa sucia, aflojando los laterales y enrollando las sábanas sobre sí mismas, depositar la ropa sucia en bolsas.
- Cambiar la funda del colchón si fuese necesario.
- Colocar la sábana bajera de manera que el revés quede hacia abajo. Debe dejarse el largo adecuado para poder someter por debajo del colchón, primero la cabecera y luego los pies, se hace el borde mitra y por último se someten los laterales.
- Colocar la entremetida centrada en el tercio medio de la cama, y remetiéndola los dos laterales del colchón.
- Poner un empapador si fuera necesario.

- Procurar que no quede ninguna arruga en la cama según la vamos haciendo.
- Poner la sábana encima extendiéndola bien y no someterla hasta que pongamos la manta y la colcha para someter la parte de los pies a la vez y procurar no deshacer la mitra de la bajera.
- Hacer el embozo en la parte superior doblando el sobrante de la sábana sobre la manta y la colcha.
- Colocar la funda sobre la almohada y ponerla en el cabecero.
- Por último, volver a comprobar que no han quedado arrugas.
- Retirar la bolsa con la ropa de cama sucia.
- Quitar los guantes.
- Realizar el lavado de manos para terminar.

5 Discusión-Conclusión

Una buena realización de la cama hospitalaria es muy importante ya que aporta un ambiente limpio y cómodo para el paciente durante el tiempo que se encuentre ingresado en el hospital, así será más fácil que se recupere lo antes posible y pueda descansar.

Es muy importante también que la cama no tenga arrugas para así poder evitar que la piel se irrite. En la medida de lo posible siempre que se pueda se intentará realizar la cama desocupada para evitar movimientos bruscos al paciente y evitar hacerle daño.

Una cama bien hecha y con la ropa limpia aumenta la buena imagen del paciente. Se debe evitar la contaminación cruzada en la habitación teniendo donde meter la ropa sucia.

6 Bibliografía

1. <http://www.sspa.juntadeandalucia.es>
2. <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448177002.pdf>
3. <https://revistamedica.com/tcae-tecnicas-arreglo-cama-hospitalaria/>
4. <https://psicosociosanitario.blogspot.com>

Capítulo 505

LAS AGRESIONES QUE SUFRE TANTO EL PERSONAL SANITARIO COMO EL NO SANITARIO EN EL ÁMBITO SANITARIO

PURIFICACIÓN ANDRÉS LLANEZA

CARMEN MARIA HIDALGO CARCELES

DANIEL MARTIN FERNANDEZ

BLANCA LOZANO VALLE

REBECA SANTOLAYA MAJUELO

1 Introducción

Se puede definir violencia en el ámbito laboral como aquellos incidentes que ocurren dentro del ámbito sanitario y en la que la persona sufre malos tratos o amenazas relacionadas con su trabajo. También se incluye el trayecto del trabajo a casa o viceversa. Según la organización mundial de la salud (OMS), un 25% aproximadamente de los incidentes que ocurren son de violencia en el ámbito profesional.

El personal no sanitario como puede ser un auxiliar administrativo, un pinche de cocina o un celador, en su puesto de trabajo está expuesto a sufrir agresiones ya bien sean físicas como verbales tanto por parte de personas que acuden a los centros sanitarios como de propios compañeros.

Esto ocurre desde siempre, pero a día de hoy, con la situación de la pandemia que estamos viviendo, las agresiones han aumentado considerablemente y no se limitan solo a agresiones verbales, sino que ya pasan a agresiones físicas.

Los celadores y los auxiliares administrativos son primer personal laboral dentro de un centro sanitario al que ven los pacientes, por lo cual, suelen ser el primer personal en recibir las agresiones y los malos modos por parte de estos pacientes agresivos.

En muchas ocasiones, el paciente ya llega al centro de sanitario con malos modos y tiene que ser el celador o el auxiliar administrativo quien intente mediar con ellos llegando a sufrir las agresiones en muchos casos.

2 Objetivos

- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales sanitarios y no sanitarios.
- Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de las agresiones hacia el personal sanitario y no sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Según los datos obtenidos de las agresiones que tienen lugar dentro del ámbito sanitario, se puede observar como en los últimos años han aumentado las agresiones constantemente. Estas agresiones las sufren tanto el personal sanitario como el no sanitario. Principalmente, el personal que suele recibir mayor porcentaje de agresiones es el profesional no sanitario y esto se puede deber a que el paciente ve a estos profesionales no sanitarios como personas que no saben nada, que están menos preparados y que les intentan engañar. También se debe a que el paciente, cuando llega a un centro sanitario, el primer personal que se encuentra son los no sanitarios como es el auxiliar administrativo o los celadores.

Las agresiones no solo son en persona. En el caso del auxiliar administrativo, el mayor porcentaje de agresiones que sufren es de manera verbal telefónicamente, ya que son los que mantienen una conversación con los pacientes antes de acudir al centro de salud. Los pacientes, cuando hablan por teléfono con un auxiliar administrativo, es cuando aprovechan a descargar toda su violencia sobre este profesional no sanitario. El auxiliar administrativo al día recibe miles de llamadas, por lo que el porcentaje de sufrir agresiones verbales es muy alto.

Cuando los pacientes acuden presencialmente a los centros sanitarios, las agresiones al personal no sanitario son tanto físicas como verbales. Esto ocasiona en el personal una ansiedad, depresión y miedo a enfrentarse a estas situaciones. Debido a todo esto, es muy importante que se tomen medidas al respecto para evitar este tipo de conflictos y agresiones al profesional que desempeña su trabajo en un centro sanitario.

En una institución sanitaria el personal que más agresiones sufren son los médicos, los auxiliares administrativos, los celadores y los enfermeros.

5 Discusión-Conclusión

Como medida preventiva para evitar conflictos entre usuario y personal trabajador es ofrecer un servicio eficaz dentro de servicio de salud al que accede ese usuario para que no creen disputas y carguen contra el personal trabajador.

En la gran mayoría de los casos, los altercados que surgen son de la administración, pero los pacientes no son concederos de ello y cargan contra la primera persona que se le pone delante y que trabaje en ese servicio de salud bien sea celador, auxiliares administrativos....

Es necesario implantar por parte de la administración una mejora del sistema para permitir proporcionar al usuario toda la información que necesite y que se sienta en un clima cómodo, evitando así su furia y agresiones al personal no sanitario.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/personal-no-sanitario-agresiones-sanidad/> .
2. www.astursalud.es.
3. [www. Sindic.cat](http://www.Sindic.cat).

Capítulo 506

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS

BLANCA LOZANO VALLE

DAVID NAVARRETE FARIÑA

MIGUEL ÁNGEL DELGADO FERNANDEZ

1 Introducción

Se puede puntualizar que las consultas externas son aquellas donde los actos médicos se realizan de forma ambulatoria para diagnosticar, tratar o revisión de un paciente. Cada consulta se refiere a cada una de las especialidades médicas que existen

Dentro de las múltiples tareas que realiza en celador, existe una, poco considerada y es la función del celador en las consultas externas. El celador en las consultas no solo proporciona apoyo, si no también está involucrado en el trabajo de vigilante así como aperturas y cierres de consultas.

Las tareas del celador se engloban dentro de la zona donde se encuentran las consultas externas, desde que el paciente entra en la sala de espera hasta que sale de ella. No solo el papel del celador es en relación al paciente, sino también apoya a los demás profesionales que están también trabajando en la consulta como enfermería, medicina o administrativo.

Esta investigación está orientada en estudiar, reunir e ilustrar el valor del celador en relación a las funciones a desempeñar en las consultas externas dentro de un centro o institución sanitaria. El celador es además la primera persona con la que

tiene contacto el paciente a su entrada al centro sanitario y por tanto a la consulta externa.

2 Objetivos

Exponer las funciones de los celadores en consultas externas.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre el papel del celador en consultas externas. Para ello, se utilizaron las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: Cuiden, Scielo, Cochrane, Scopus. Las búsquedas se realizaron entre febrero y abril de 2020.

Se aplicó una restricción referente al idioma, incluyendo únicamente artículos en idioma español e inglés. Se acotó la búsqueda en los últimos 10 años, desde 2009 al 2019, si bien entendemos que una búsqueda de artículos de los últimos 5 años sería más apropiada, el primer barrido realizado bajo estos términos no proporcionó los suficientes resultados.

La recopilación de los artículos se hizo en base a la relevancia clínica de los mismos con respecto al objetivo del estudio.

4 Resultados

Entre las diversas funciones que tiene un celador en su jornada laboral, el trabajo que desempeña un celador en consultas externas tiene unas funciones específicas que se dividen en 3:

- Función asistencial: transportar los documentos que necesita el médico para poner iniciar la consulta, ayudar al enfermo si precisa de ayuda para desplazarse por la consulta, a vestirse o desvestirse, a subirse o bajarse de la camilla de exploraciones.
- Función organizativa: el celador tiene que tener todas las historias clínicas en el orden establecido.
- Puesta a punto de la consulta: antes y después de la consulta tiene que revisar todo el mobiliario y herramienta que se emplea.

Todas estas funciones pertenecen a los celadores en las consultas externas. Previamente deberían estar estudiadas y canalizado ese conocimiento para una necesaria calidad asistencial de los pacientes que acude a consultas externas.

Existen pocos estudios que incluyan a los celadores dentro de las consultas externas, por ello, creo necesario más estudios teniendo en cuenta que el primer contacto que tienen los pacientes ya no solo en las consultas externas si no ya en su entrada a cualquier centro sanitario es la figura del celador, que le acompaña y guía hacia la consulta, ayuda a bajar o a subir a la camilla de la consulta, a vestir o desvestir, su traslado en rayos si es necesario, incluso le acompaña a realizar los trámites tras la consulta al mostrado de administración y por último a encontrar la salida si la persona es dependiente o con limitaciones debido a su enfermedad o edad.

Por tanto, el celador es una figura imprescindible en el área de las consultas externas a la par que el resto de profesionales que forman parte del equipo de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de celador abarca muchas funciones y muy variadas dentro de las consultas externas, por lo que un celador debe de tener capacidad de adaptación para desempeñar correctamente su trabajo en el puesto que le corresponda en cualquier momento, dentro de las consultas externas.

La mayoría de las funciones de los celadores en las consultas externas es el traslado del paciente desde donde esté ingresado a la consulta, o el acompañamiento del paciente desde que llega a la sala de espera a la consulta así como traslado de documentación clínica, e innumerables funciones.

Para ello, un celador ha de tener los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para desarrollar correctamente su trabajo en consultas externas

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/funciones-del-celador-centro-hospitalario/>

http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm

<https://www.oposbank.com/blog/que-es-celador-funciones/>

Capítulo 507

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL CENTRO DE SALUD

MARÍA SERRANO LLORENTE

1 Introducción

El centro de salud se define como aquella estructura física y funcional que permite el adecuado desarrollo de la atención primaria de la salud de forma coordinada, integral y continuada por parte de todos los profesionales que actúan en el mismo.

La atención primaria supone el primer contacto de los usuarios con el sistema sanitario ya sea a través del centro de salud o del consultorio auxiliar o local. En los centros de salud interviene un equipo multidisciplinar formado por: personal médico y de enfermería, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, personal de administración y celador.

Existen diferentes tipos de centros de salud:

- Básica: consta de área de recepción, despacho de asistencia social, zonas de consulta, cuartos para curas, área de rehabilitación, vestuarios y aseos, laboratorio, biblioteca, sala de juntas e infraestructuras para servicio y transporte sanitario.
- Básica con área de urgencias.
- Básica con área básica de radiología.
- Básica con área de urgencias y de radiología.

El celador en los centros de salud es el encargado, entre otras cosas, de trasladar a los pacientes cuando sea necesario, trasladar la documentación y las historias clínicas de los pacientes para que el personal sanitario pueda realizar bien su trabajo, abrir el centro de salud, velar por la tranquilidad del centro y el cumplimiento de las normas,...

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador en el centro de salud.

3 Metodología

Para la elaboración de este 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 en libros y 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 actividad del celador en el centro de salud es clave para el buen funcionamiento del centro de salud, entre sus funciones destacan:

1. Cuidar el orden en el centro de salud: debe velar para que todas las dependencias del centro de salud estén en orden y limpias y que tanto los pacientes como los familiares que les acompañan estén en silencio.
2. Dar información al público: los celadores son el primer contacto que tienen los usuarios cuando llegan al centro de salud, y una de sus funciones es darles la información que necesiten con respecto al lugar donde se encuentran las consultas, los horarios o ciertos trámites de documentos, pero en ningún caso les darán información sanitaria.
3. Traslado de los pacientes que tengan dificultades de movilidad.
4. Ayudar al personal sanitario en pequeñas intervenciones quirúrgicas cuando éstos se lo soliciten.
5. Traslado de documentación: el celador se encarga de trasladar documentación sanitaria, historias clínicas y correspondencia en el centro de salud.
6. Colaborar con el auxiliar para las funciones de esterilización de material en el autoclave o en la poupinel.
7. El celador debe tener facilidad de palabra y un carácter agradable para recibir al usuario y darle la información que necesita cuando éste llega al centro de salud, debe contestar a sus preguntas siempre que estén dentro de sus competencias.
8. El celador está obligado a saber dónde se encuentra cada consulta y saber qué médico, enfermera, auxiliar de enfermería o trabajador social la ocupa para poder dirigir a los pacientes al lugar adecuado cuando llegan al centro de salud.

9. Recoger el material que llegue al centro de salud y avisar a la persona encargada.
10. Recoger la ropa sucia para que sea llevada por el servicio de lavandería.
11. Abrir el centro de salud y las consultas antes de que llegue el personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del celador en el centro de salud es importante y se complementa con las actividades del resto de personal para el buen funcionamiento del centro. Es la primera persona con la que contacta el usuario o sus familiares, por lo que debe darles la información necesaria para que lleguen a la consulta adecuada y en caso de que sea necesario, acompañarles o trasladarles en silla de ruedas cuando tenga dificultades de movilidad. También debe encargarse de que el centro de salud y las consultas estén abiertas cuando llega el resto de personal y comprobar si se necesita algún material.

Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en el centro de salud y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

- <https://essaeformacion.com/funciones-celador-atencion-primaria#:text=Dentro%20del%20centro%20de%20salud,y%20distribuirla%20cuando%20sea%20oportuno>.
- "El celador en los distintos ámbitos sanitarios" Formación continuada LOGOSS
- <https://revistamedica.com/personal-celadores-centros-salud/>

Capítulo 508

LA COMUNICACIÓN EN EL TRABAJO

RUBÉN GARCIA PEREZ

1 Introducción

La comunicación es el intercambio de información que se produce entre dos o más individuos con el objetivo de aportar información y recibirla. Es fundamental en el ámbito laboral.

La comunicación es vital para que exista un buen entendimiento entre las personas. Es un proceso en el cual se intercambian opiniones, datos o información sobre un tema determinado. Además, la persona que emite el mensaje desea entrar en contacto con quien lo recibe para conseguir un objetivo.

Las empresas han comenzado a valorar la importancia de la comunicación en el trabajo para el desempeño de sus funciones. Para tomar decisiones se necesita información, y esta la obtiene a través de distintos medios. Por un lado, tiene que recibir información externa y por otro la información interna de su empresa para tomar decisiones acertadas, mejorar el clima laboral y, de esta forma, aumentar la información y el rendimiento.

La capacidad de comunicarse de manera efectiva resulta fundamental en todos los ámbitos, y de manera especial en el entorno laboral. Una comunicación efectiva posibilita y simplifica a los recursos humanos la realización de trabajos asignados, el cumplimiento de objetivos, y el trabajo en equipo...

Con la llegada de la covid-19 se han aplicado una gran cantidad de cambios para adaptar las metodologías laborales a la situación sanitaria. Estos nuevos métodos afectan sobre todo a la comunicación efectiva y al trabajo en equipo, aunque muchas organizaciones ya arrastraban problemas en estas áreas desde antes.

2 Objetivos

Identificar los factores que dificultan ese proceso y conocer los recursos para superarlos, recordar los elementos y fases de la comunicación para favorecerla y valorar la importancia de una buena comunicación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Dentro de la comunicación en la empresa podemos distinguir entre interna y externa:

La comunicación interna:

Es la que se produce en el interior de la empresa entre los miembros que forman parte de ella, a través de los canales establecidos como reuniones, email, intranet, redes sociales corporativas. Resulta vital para fomentar la participación y el compromiso de las personas que forman parte de la organización y que todos los integrantes de la empresa se sientan identificados con la marca antes de lanzar una imagen corporativa.

El flujo de esta comunicación se considera descendente cuando parte de los altos cargos hasta los bajos; convertir esta en algo unidireccional sin esperar respuesta puede ser un error por eso la comunicación ascendente se va extendiendo en las organizaciones desde los empleados como método eficaz para que sus superiores conozcan sus quejas ideas o sugerencias cualquier empresa que realmente quiera mejorar sus relaciones internas debería plantearse integrar en sus sistemas redes sociales internas que ayuden a canalizar los diferentes mensajes.

La comunicación externa:

Es la capacidad que tenga la empresa para proyectar y reforzar su imagen corporativa dando a conocer los proyectos o actividades a las personas a las que en verdad quieren dirigirse para conseguir interacción con la marca: es una herramienta estratégica vital para que la empresa se posicione en el mercado construyendo una forma de comunicación integral.

El acto de comunicarse hace que las sociedades existan de manera funcional. En el ámbito laboral, es importante comprender el concepto de comunicación eficaz como una forma de entablar relaciones con los colaboradores, quienes son parte integral en el proceso de trabajo. Cuando se comunica de manera efectiva se mejora la productividad de la empresa; el buen entendimiento hace que todo resulte más eficaz e inmediato.

La capacidad para administrar equipos de trabajo se reconoce en aquellas personas que comprenden y manejan de manera adecuada el arte de llevarse bien con todas las personas. Es decir quienes trabajan bien en equipo entienden la riqueza de las relaciones humanas adecuadas en diferentes campos de la vida. Para poder comunicarse efectivamente es necesario aprender a escuchar a los demás desde la realidad de ellos y no desde la nuestra. Para ello requerimos desarrollar el pensamiento crítico que se convertirá en la herramienta para poder comprender el mensaje que desean transmitir los demás teniendo en cuenta quienes son ellos y así poder analizar y evaluar lo dicho con una perspectiva más amplia.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir de manera inequívoca que la comunicación interna es un valor añadido que produce grandes beneficios a la empresa y a los miembros de la misma. Que es una responsabilidad de la alta dirección de la línea ejecutiva, pero su desarrollo y puesta en práctica recae en la cadena de mandos intermedios, estos últimos se les asignan una mayor responsabilidad y compromiso en lo referente a la comunicación interna, su liderazgo ya no es solamente productivo. Es una herramienta estratégica de gestión para las empresas que quieran competir en el siglo XXI. Si en la década pasada se progresaba tímidamente, actualmente se están realizando importantes avances y desarrollos en materia de comunicación interna, que vienen de la mano de las nuevas tecnologías.

Para los departamentos de Recursos Humanos la gestión de esta herramienta “La comunicación interna en las empresas” ya no debe formar parte de su biblioteca si no que hay que desempolvar esta herramienta para ponerla a la práctica, en los años venideros esta herramienta se va a convertir en una necesidad.

6 Bibliografía

1. comunicacion_efectiva_trabajo_equipo.pdf [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: http://descargas.pntic.mec.es/mentor/visitas/comunicacion_efectiva_trabajo_equipo.pdf.

2. Pimentel S. Cómo mejorar la comunicación en el trabajo. [Internet]. Blog Net-commerce. 2015 [citado 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://info.netcommerce.mx/como-mejorar-la-comunicacion-en-el-trabajo/>.
3. La importancia de una buena comunicación en una organización - Community Manager Tercer Sector cm3sector [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://cm3sector.org/2013/05/03/la-importancia-de-una-buena-comunicacion-en-una-organizacion/>.
4. Tipos de comunicación en el trabajo es.indeed.com [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://es.indeed.com/orientacion-laboral/desarrollo-profesional/tipos-de-comunicacion>.
5. 5 tips para mejorar la comunicación en el trabajo [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.universia.net/es/actualidad/empleo/5-tips-mejorar-comunicacion-trabajo-1159640.html>.

Capítulo 509

FUNCIÓN DEL CELADOR COMO MIEMBRO DE TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y SU RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

ALBERTO MESONERO PRIETO

MARÍA TERESA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

SUSANA GRANDE GUTIÉRREZ

1 Introducción

La Demencia es un síndrome clínico caracterizado por el progresivo declive en dos o más dominios cognitivos, incluida la memoria, el lenguaje, la función ejecutiva y visoespacial, la personalidad y el comportamiento, que causa la pérdida de habilidades para realizar las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria. La Enfermedad de Alzheimer es la causa más común de Demencia, representando el 80% de todos sus diagnósticos; el 20% restante lo conforman la Demencia Vascular, la Demencia con Cuerpos de Lewy y la Demencia Frontotemporal. La tasa global de muerte relacionada con la Enfermedad de Alzheimer ha aumentando un 89% desde el 2002. Los costes directos e indirectos derivados de su asistencia sanitaria, se estiman que son casi 500 mil millones de euros anuales.

Para el diagnóstico definitivo de la Enfermedad de Alzheimer se necesitaba al principio, una evaluación post-mortem del tejido cerebral; ahora, ya se puede facilitar el diagnóstico en pacientes vivos, sometiendo al líquido cefalorraquídeo a una tomografía por emisión de positrones combinada con varios marcadores clínicos relativamente nuevos. El tratamiento farmacológico actual incluye los inhibidores de colinesterasa para pacientes con cualquier etapa de la Enfermedad de Alzheimer y Memantina para la etapa moderada-severa. Se ha demostrado que estos medicamentos mejoran la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador, sin embargo, no cambian el curso de la enfermedad ni la tasa de declive.

En consecuencia, la investigación clínica avanza hacia un tratamiento más definitivo de la Enfermedad de Alzheimer, incluyendo a un equipo multidisciplinar formado entre otros profesionales, por el celador; que se encargará del traslado de enfermos, aparatos y sobre todo velar por garantizar el orden, la atención y descanso del paciente con el objetivo de atenuar el deterioro cognitivo progresivo asociado con la enfermedad.

2 Objetivos

-Revisar e identificar los beneficios que proporciona el celador como partícipe de terapias no farmacológicas para atenuar los síntomas principales de declive que produce la Enfermedad de Alzheimer y que repercute en el desempeño de las Actividades de la Vida /Diaria.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática utilizando diversas bases de datos y recursos electrónicos como: Pubmed, MeSH, BVS, LILACS, Biblioteca Cochrane. Se utilizaron descriptores como: "Healthcare Workers; Alzheimer Disease; Therapy; Activities of Daily Living". Tras revisar que los artículos seleccionados cumplieran con los criterios de selección: actuación del celador en terapias no farmacológicas que interfirieran en las Actividades de la Vida Diaria del paciente con Enfermedad de Alzheimer, se han incluido finalmente en este estudio, 3 artículos.

4 Resultados

La literatura científica identificó que en todas las etapas de la Enfermedad de Alzheimer e incluso en la que el paciente se encuentra con mayor inmovilidad, incapacidad para hablar y otras discapacidades, fue vital la colaboración del celador, ya que contribuye activamente en las necesidades humanas básicas para el bienestar, el movimiento, la interacción social y las habilidades mentales del paciente. Para ello, diversos estudios han constatado que la capacidad continua de aprender, pensar y sentir de este profesional, ha ayudado a influir en el entorno del paciente, estimulando el sentimiento de cariño y cuidado; y fomentando su potencial para la felicidad y ecuanimidad. Esta intervención terapéutica llevada a cabo por el celador durante el proceso patológico de la Enfermedad de Alzheimer supuso una riqueza de oportunidades para influir en el medio ambiental y social del paciente, repercutiendo positivamente y de forma significativa en los principales síntomas de declive de la enfermedad, como son la cognición, el funcionamiento y el comportamiento.

En un estudio realizado en pacientes con Enfermedad de Alzheimer en etapas iniciales, se pudo demostrar que el celador produjo una mejora específica en sus habilidades cognitivas, mediante un entrenamiento cognitivo individual en el contexto real de desempeño de las Actividades Básicas de la Vida Diaria. Por un lado, se llevó a cabo la intervención en pacientes todos los días, obteniendo efectos positivos sobre la cognición, indicando mejoras significativas en las medidas de atención, memoria, orientación, lenguaje y cognición general. Por otro lado, la intervención en otros pacientes, se hizo dos veces por semana, obteniendo también efectos positivos en las habilidades verbales y visuales. Sin embargo, la intervención realizada de forma semanal con otro grupo de pacientes, se obtuvo resultados neutrales. Esta intervención llevada a cabo por el celador en combinación con el técnico auxiliar en cuidados de enfermería, supuso un beneficio de 2,9 puntos en el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria.

Con respecto al entrenamiento de las Actividades de la Vida Diaria por parte del celador en pacientes con Enfermedad de Alzheimer que manifestaban un deterioro cognitivo de un GDS-3, todos los estudios identificados informaron de resultados positivos en comparación con un grupo de control de atención habitual. Las intervenciones de este profesional se centraron en proporcionar instrucciones e indicaciones para garantizar el orden y bienestar del paciente. Estas sesiones individualizadas se llevaron a cabo durante 3 meses, en combinación con sesiones grupales con sus compañeros de categoría centrándose en la estimulación cognitiva, reminiscencia y relajación; suponiendo una mejora en la orientación, mien-

tras que las personas que recibieron una atención habitual, manifestaron un deterioro en la misma. Por otro lado, se pudo observar un deterioro en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria después de un año de estimulación cognitiva más ejercicios psicomotores, utilizando un apoyo mínimo del celador para proporcionar instrucciones e indicaciones específicas e individuales en el contexto real.

También se comprobó en un estudio científico que la intervención del celador es muy importante ya que en la mayoría de los casos tiene un contacto directo con el paciente y depende mucho del trabajo en equipo tanto de compañeros de categoría como del resto del personal del hospital. Es más se requiere ser plenamente funcional para diversas tareas que están recogidas en el Estatuto de Personal No Sanitario que en muchas ocasiones depende de factores como el sistema de salud de la comunidad autónoma, si se encuentra en centro hospitalario o atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

La actuación del celador en intervenciones no farmacológicas en pacientes con Enfermedad de Alzheimer ha proporcionado resultados positivos en diversos dominios. Sus intervenciones basadas en la atención del paciente, garantizando el orden y la tranquilidad del paciente reportando a este resultados positivos en la cognición, en el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria, el comportamiento y el estado de ánimo.

Al no requerir una formación específica para la categoría, el celador normalmente se encuentra en situación de estrés al comenzar el trabajo, ya que en la mayoría de ocasiones tiene contacto directo con el paciente y depende mucho del trabajo en equipo de los compañeros de categoría.

La labor del celador no es diagnosticar ni tratar esta enfermedad, pero resulta ser un apoyo fundamental para ayudar al personal sanitario a hacer, por ejemplo, ejercicios de rehabilitación sobre determinadas áreas deficitarias a causa de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., et al. Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2020; 30:161-178.

2. Ying, J., Wang, Y., Zhang, M., et al. Effect of multicomponent interventions on competence of family caregivers of people with dementia: A systematic review. *J Clin Nurs*. 2018 May; 27(9-10): 1744-1758.
3. Sousa, M.F., Santos, R.L., Arcoverde, C., et al. Quality of life in dementia: the role of non-cognitive factors in the ratings of people with dementia and family caregivers. *Int Psychogeriatr*. 2013 Jul; 25(7): 1097-1105.

Capítulo 510

ESTRÉS LABORAL EN EL PUESTO DE TRABAJO

BEATRIZ RODRÍGUEZ-MARIBONA TRABANCO

1 Introducción

Vamos a ver uno de los problemas más importantes que surge en la vida de todos los trabajadores y que llega a afectar la vida laboral de cada uno de ellos llamado estrés laboral y la productividad de los trabajadores con objetivo de identificar todas las repercusiones que existen en la vida del trabajador y de cómo llega a afectar tanto en su vida laboral como social.

El estrés es una enfermedad que aqueja a la mayoría de los trabajadores hoy en día, ya que cada individuo es sometido a diversos tipos de presiones y situaciones ya sea dentro o fuera del ámbito laboral lo cual afecta directamente al rendimiento de cada uno.

En la actualidad las personas dedican la mayor parte del tiempo en el trabajo, en busca del tener un mejor rendimiento en el mismo, pero se olvidan de cosas esenciales de la vida tal como son los amigos, la convivencia familiar etc....

Los agentes estresantes pueden aparecer en cualquier campo laboral, a cualquier nivel y en cualquier circunstancia en que se someta a un individuo a una carga a la que no puede acomodarse rápidamente, con la que no se sienta competente o por el contrario con la que se responsabilice demasiado.

En la mayoría de las ocasiones el estrés laboral es ocasionado por muchas causas pero la principal sería cuando al empleado se somete a un cambio drástico en el cual se enfrenta a diversas situaciones que puede no controlar o le generan desconfianza al no poder realizar su trabajo con cierta confianza como lo venía haciendo, un ejemplo de esto puede ser un cambio de puesto en el trabajo ya sea

a otra área al que no está acostumbrado o en los cambios de puestos ya que al realizarse estos cambios el trabajador tiende a ser inseguro en su trabajo debido a que realiza tareas nuevas que le generan cierta inseguridad al realizarlas y al mismo tiempo existe una presión por parte de él mismo al querer realizarlas correctamente.

2 Objetivos

Describir la importancia de tener en cuenta el estrés laboral y los posibles tratamientos del mismo

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El concepto de Estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, Hans Selye, hijo del cirujano austriaco Hugo Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etc. Esto llamó mucho la atención a Selye, quien le denominó el "Síndrome de estar Enfermo".

Hans Selye se graduó como médico y estudio un conjunto de alteraciones orgánicas que denominó "estrés biológico".

Selye consideró entonces que varias enfermedades desconocidas como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales no eran sino la resultante de cambios fisiológicos resultantes de un prolongado estrés en los órganos de choque mencionados y que estas alteraciones podrían estar predeterminadas genética o constitucionalmente.

Sin embargo, al continuar con sus investigaciones, integró a sus ideas, que no solamente los agentes físicos nocivos actuando directamente sobre el organismo

animal son productores de estrés, sino que además, en el caso del hombre, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación provocan el trastorno del estrés.

A partir de ahí, el estrés ha involucrado en su estudio la participación de varias disciplinas médicas, biológicas y psicológicas con la aplicación de tecnologías diversas y avanzadas.

El estrés laboral se conceptualiza como el conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador con la participación de los agentes estresantes lesivos derivados directamente del trabajo o que con motivo de este, pueden afectar la salud del trabajador.

Factores Psicosociales en el Trabajo.

Los factores psicosociales en el trabajo representan el conjunto de percepciones y experiencias del trabajador, algunos son de carácter individual, otros se refieren a las expectativas económicas o de desarrollo personal y otros más a las relaciones humanas y sus aspectos emocionales.

El enfoque más común para abordar las relaciones entre el medio ambiente psicológico laboral y la salud de los trabajadores ha sido a través del concepto de estrés. Tanto en los países en desarrollo como en los estados industrializados el medio ambiente de trabajo en conjunto con el estilo de vida provocan la acción de factores psicológicos y sociales negativos. Por ello la importancia de su estudio desde el punto de vista profesional ha ido aumentando día con día, estos estudios deben incluir tanto los aspectos fisiológicos y psicológicos, como también los efectos de los modos de producción y las relaciones laborales.

Las actuales tendencias en la promoción de la seguridad e higiene en el trabajo incluyen no solamente los riesgos físicos, químicos y biológicos de los ambientes laborales, sino también los múltiples y diversos factores psicosociales inherentes a la empresa y la manera como influyen en el bienestar físico y mental del trabajador.

Estos factores consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente laboral, la satisfacción laboral y las condiciones de la organización por un lado y por otra parte las características personales del trabajador, sus necesidades, su cultura, sus experiencias y su percepción del mundo.

Los principales factores psicosociales generadores de estrés presentes en el medio ambiente de trabajo involucran aspectos de organización, administración y sistemas de trabajo y desde luego la calidad de las relaciones humanas.

Por ello, el clima organizacional de una empresa se vincula no solamente a su estructura y a las condiciones de vida de la colectividad del trabajo, sino también a su contexto histórico con su conjunto de problemas demográficos, económicos

y sociales. Así, el crecimiento económico de la empresa, el progreso técnico, el aumento de la productividad y la estabilidad de la organización dependen además de los medios de producción, de las condiciones de trabajo, de los estilos de vida, así como del nivel de salud y bienestar de sus trabajadores.

En la actualidad se producen acelerados cambios tecnológicos en las formas de producción que afectan consecuentemente a los trabajadores en sus rutinas de trabajo, modificando su entorno laboral y aumentando la aparición o el desarrollo de enfermedades crónicas por estrés.

Otros factores externos al lugar de trabajo pero que guardan estrecha relación con las preocupaciones del trabajador se derivan de sus circunstancias familiares o de su vida privada, de sus elementos culturales, su nutrición, sus facilidades de transporte, la vivienda, la salud y la seguridad en el empleo.

Algunos de los principales factores psicosociales que con notable frecuencia condicionan la presencia de estrés laboral se señalan a continuación:

A) Desempeño Profesional:

- Trabajo de alto grado de dificultad
- Trabajo con gran demanda de atención
- Actividades de gran responsabilidad
- Funciones contradictorias
- Creatividad e iniciativa restringidas
- Exigencia de decisiones complejas
- Cambios tecnológicos intempestivos
- Ausencia de plan de vida laboral
- Amenaza de demandas laborales

B) Dirección:

- Liderazgo inadecuado
- Mala utilización de las habilidades del trabajador
- Mala delegación de responsabilidades
- Relaciones laborales ambivalentes
- Manipulación o coacción del trabajador
- Motivación deficiente
- Falta de capacitación y desarrollo del personal
- Carencia de reconocimiento
- Ausencia de incentivos
- Remuneración no equitativa
- Promociones laborales aleatorias

C) Organización y Función:

- Prácticas administrativas inapropiadas

- Atribuciones ambiguas
- Desinformación y rumores
- Conflicto de autoridad
- Trabajo burocrático
- Planeación deficiente
- Supervisión punitiva

D) Tareas y Actividades:

- Cargas de trabajo excesivas
- Autonomía laboral deficiente
- Ritmo de trabajo apresurado
- Exigencias excesivas de desempeño
- Actividades laborales múltiples
- Rutinas de trabajo obsesivo
- Competencia excesiva, desleal o destructiva
- Trabajo monótono o rutinario
- Poca satisfacción laboral

E) Medio Ambiente de Trabajo:

- Condiciones físicas laborales inadecuadas
- Espacio físico restringido
- Exposición a riesgo físico constante
- Ambiente laboral conflictivo
- Menosprecio o desprecio al trabajador Trabajo no solidario

F) Jornada Laboral:

- Rotación de turnos
- Jornadas de trabajo excesivas
- Duración indefinida de la jornada
- Actividad física corporal excesiva

G) Empresa y Entorno Social:

- Políticas inestables de la empresa
- Ausencia de corporativismo
- Falta de soporte jurídico por la empresa
- Intervención y acción sindical
- Salario insuficiente
- Carencia de seguridad en el empleo
- Subempleo o desempleo en la comunidad
- Opciones de empleo y mercado laboral

Definitivamente la evaluación de la presencia, el grado de participación de estos factores y sus efectos sobre la población trabajadora, dependerá de la capacidad

del médico de Salud en el Trabajo, de sus habilidades y de los recursos con que cuente para el monitoreo de las situaciones de estrés laboral en determinado centro de trabajo.

Existen diferentes técnicas para medir el estrés, tales como: medición de las variaciones de la frecuencia cardiaca, monitoreo de la presión sanguínea o de la frecuencia respiratoria, evaluación del gasto energético, medición de la productividad, registro estadístico de la fatiga...

Sin embargo, sería casi imposible además de muy costoso, tratar de medir el estrés laboral en los trabajadores utilizando determinaciones químicas cuantitativas de laboratorio o de evaluaciones clínicas del daño orgánico producido por el estrés, por ello se emplean otro tipo de herramientas más viables y cuya validez y confiabilidad han sido debidamente comprobadas.

El tratamiento de las enfermedades por estrés laboral deberá siempre dirigirse a erradicarlo a través de controlar los factores o las fuerzas causales del mismo. El criterio general que pretende curar la enfermedad en forma aislada mediante tratamiento paliativo de las alteraciones emocionales o reparación de las lesiones orgánicas es sumamente simplista, limitado y poco racional. Así, el tratamiento contra el estrés deberá ser preventivo y deberá lograrse ejerciendo las acciones necesarias para modificar los procesos causales.

La prevención y atención del estrés laboral constituyen un gran reto, los criterios para contrarrestarlo deberán ser organizacionales y personales. Los médicos de salud en el trabajo y profesionales afines, deben vigilar a sus pacientes y cuando sea posible a toda la organización con objeto de manejar el estrés en forma efectiva, aunque la participación del equipo de salud para efectuar cambios sustanciales con frecuencia es más difícil, pues los gerentes y empleadores generalmente buscan resolver el problema de los trabajadores en forma individual, pero rechazan la intervención en el origen del problema cuando esto implica la necesidad de cambios en el lugar de trabajo, por la posible disyuntiva entre la ganancia económica y el bienestar de los trabajadores.

El médico debe buscar anticipar la situación y aplicar medidas profilácticas efectivas, la prevención primaria es un objetivo primordial, las acciones eficaces han demostrado éxito económico en las empresas, al mejorar el estado de ánimo y el bienestar de los trabajadores disminuyendo las enfermedades, reduciendo el ausentismo, elevando la productividad y mejorando sustancialmente el desempeño y la calidad del trabajo.

1) Atención Individual del Problema

Los programas de atención individual en los sitios de trabajo contemplan la difusión de la información en cuanto al estrés, sus causas y la forma de controlarlo

a través de la educación para la salud de los trabajadores para ayudarlos a desarrollar habilidades personales que les permitan reducir el problema. Se emplea la distribución de trípticos, carteles, conferencias, videos, etc.

La idea principal consiste en tratar de identificar los agentes causales del estrés y lograr hacerlos conscientes al trabajador, mostrar a este las posibilidades de solución de la situación, o el manejo inteligente del estrés para poder actuar en consecuencia y contrarrestarlo.

Es importante, mejorar los hábitos del trabajador, la alimentación adecuada, ejercicio físico moderado, gradual y progresivo, ritmos de sueño adecuados, propiciar las actividades recreativas, disminuir las adicciones y evitar la vida sedentaria.

Además, son de gran utilidad las denominadas técnicas de atención que consisten en métodos para ayudar a los trabajadores a resolver sus reacciones fisiológicas y psicológicas, con estrategias para reducir el estrés en el ambiente laboral. Consisten en ejercicios de relajación, autoentrenamiento, biofeedback, ejercicios respiratorios, autoestima, meditación y aún yoga.

En forma complementaria, se enseña el uso de estrategias para la administración del tiempo, priorización de problemas, desarrollo de la capacidad de planeación, técnicas de negociación; así como ejercitar habilidades para la toma de decisiones, solución de conflictos, conducta asertiva, manejo del tiempo y en general el desarrollo de mejores relaciones humanas.

2) Medidas Organizacionales

En el manejo colectivo de los factores causales del estrés, el criterio predominante consiste desde luego, en reducir al máximo las situaciones generadoras de situaciones tensionales dentro de la empresa u organización. Las acciones específicas se dirigen hacia las características de estructura de la organización, estilos de comunicación, procesos de formulación de decisiones, cultura corporativa, funciones de trabajo, ambiente físico y métodos de selección y capacitación del personal.

Es importante considerar las mejoras físicas, ergonómicas, de seguridad y de higiene del entorno laboral en los centros de trabajo, pues tienen particular relevancia para los trabajadores al representar la preocupación real y el esfuerzo patente de la empresa por mejorar el bienestar de sus empleados.

Las medidas de cambio de la organización persiguen la reestructuración de los procesos y tareas, que permita desarrollar las capacidades del trabajador, mejorando su responsabilidad y formas de comunicación por medio de programas de asistencia para los trabajadores, círculos de calidad, grupos de asesoría, soporte, participación activa, trabajo de equipo, solidaridad laboral, desarrollo profesional, promoción de su creatividad y procesos de mejora continua.

El cambio se debe propiciar por medio de una incorporación gradual de los trabajadores a la organización a través de diferentes estrategias como desarrollo organizacional, adecuación de los estilos de liderazgo, redistribución del poder y la autoridad, participación responsable y activa en los procesos de toma de decisiones de las áreas, favoreciendo la comunicación interna formal e informal, mejorando el ambiente de trabajo, creando un clima laboral favorable a la empresa y propicio para el desarrollo sustentable, sano e integral de la vida productiva de los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Ni enfoques estandarizados ni manuales sencillos de instrucción existen para crear un programa para la prevención del estrés. El diseño del programa y soluciones apropiadas se influirán por varios factores el tamaño y la complejidad de la organización, los recursos disponibles, y especialmente los problemas de estrés que son característicos de una organización.

Aunque no es posible dar una receta general para prevenir el estrés en el trabajo, sí es posible ofrecer unas pautas en el proceso de la prevención del estrés en organizaciones. En todas las situaciones, el proceso para los programas para la prevención del estrés supone tres pasos distintos: la identificación del problema, la intervención, y la evaluación.

Para dar resultado este proceso, tienen que prepararse suficientemente las organizaciones. Al mínimo, la preparación para un programa de prevención del estrés debe incluir los pasos siguientes: Asegure que el volumen de trabajo coordine con las habilidades y los recursos de los trabajadores.

Diseñe los trabajos para proveer el significado, el estímulo, y las oportunidades para que los trabajadores usen sus habilidades.

Defina claramente los papeles y responsabilidades de los trabajadores.

Dé oportunidades a los trabajadores de participar en las decisiones y acciones afectando sus trabajos.

Mejore las comunicaciones, reduzca la incertidumbre sobre el desarrollo de carrera y las posibilidades de trabajo en el futuro.

Provea oportunidades para la interacción social entre los trabajadores.

Establezca los calendarios de trabajo que están compatibles con las demandas y responsabilidades fuera del trabajo.

Reunir a los trabajadores o a los trabajadores y directores en un comité o un grupo para la resolución de problemas puede ser un enfoque particularmente

útil para crear un programa para la prevención del estrés. Las investigaciones han mostrado efectivos estos esfuerzos participativos para tratar con problemas ergonómicos en el lugar de trabajo. En parte es porque capitalizan en la experiencia que tienen los empleados con los peligros encontrados en los trabajos. Sin embargo, cuando se forman tales grupos de trabajo, se debe tomar cuidado para asegurar que acaten las leyes corrientes de trabajo.

6 Bibliografía

- Geosalud (2008). “Estrés laboral”. disponible en: www.geosalud.com/salud-ocupacional/estres_laboral.htm
- MARBÁN, “El estrés afecta al rendimiento laboral”.
- Pose. (2005). “Causas y efecto del estrés laboral”. disponible en: www.monografias.com
- Psicología- online (2010), “Riesgos del estrés”. disponible en: www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos
- Stora Jean Benjamín. 1991. ¿Qué sé acerca del estrés?.
- Keith Davis. 1994. Comportamiento Humano en el Trabajo.
- Seward James P. 1990. Estrés Profesional.
- Medicina Laboral. Editorial Manual Moderno. México. p.p. 623-640.
- Solomon Philip. 1976. Psiquiatría.
- PAGINAS WEB:
- http://www.contusalud.com/website/folder/sepa_tratamientos_stress.htm
- <http://www.geocities.com/portalnatural/soluciones/estres2.htm>
- <http://www.ginsana-col.com/boletin/estres.htm>
- <http://www.igerontologico.com/salud/escuela/estres.htm>

Capítulo 511

LA INFLUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT DEL CELADOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA TERESA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

SUSANA GRANDE GUTIÉRREZ

ALBERTO MESONERO PRIETO

1 Introducción

En las últimas dos décadas, ha habido una creciente preocupación por los efectos del estrés en los celadores, que representan el grupo de profesionales del ámbito hospitalario minoritario y que atienden a los pacientes 24 horas al día. Según encuestas sobre salud ocupacional y seguridad, la principal preocupación del celador con respecto a la salud y seguridad en el entorno laboral, es el efecto agudo o crónico del estrés. Esto implica la exposición al dolor y muerte, conflictos interpersonales, falta de autonomía y autoridad para la toma de decisiones y la falta de definición del rol profesional, que producen un estado de estrés. La respuesta individual a estas situaciones puede ser psicológico, incluidos síntomas como ansiedad, irritación y depresión, o psicomática, que implica dolores de cabeza, náuseas y problemas para dormir, con posibles impactos negativos para la seguridad del paciente y la calidad de cuidado.

La exposición prolongada al estrés profesional es asociada al síndrome de desgaste profesional, caracterizado por altos niveles de agotamiento emocional, que se refiere a la disminución o pérdida de la emoción, la despersonalización o

desarrollo de actitudes negativas hacia los pacientes y, finalmente, la falta de logros personales, lo que provoca tendencias a valorar negativamente el trabajo. Las consecuencias del agotamiento profesional incluyen fatiga mental, falta de motivación, mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, problemas musculoesqueléticos, bajos niveles de gasto, baja productividad y absentismo. La evidencia actual revela la satisfacción laboral como predictor del tiempo de permanencia en el trabajo, motivación y productividad laboral. Sin embargo, este nivel está disminuyendo en todo el mundo. Las principales fuentes de insatisfacción del celador incluyen la falta de personal, la alta presión asistencial y la falta de reconocimiento profesional.

2 Objetivos

-Describir las características sociolaborales del celador en el ámbito hospitalario y su posible relación entre el desgaste profesional/estrés en el trabajo y los niveles de satisfacción laboral.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sistemática en diferentes bases de datos y recursos electrónicos: Pubmed, MeSH, CINAHL, LILACS y SciELO. Los descriptores que se utilizaron fueron: “Burnout; Healthcare Workers; Job Satisfaction; Stress”. Las búsquedas se limitaron a estudios de intervención en inglés y español que hablaran de las características sociolaborales del celador en el ámbito hospitalario y refiriesen una posible relación entre el desgaste o estrés profesional y los niveles de satisfacción laboral; siendo finalmente incluidos 3 artículos para el presente estudio.

4 Resultados

Se evidencia en un estudio donde la muestra de celadores fue predominantemente en mujeres con una edad media de 49,21 años, que las puntuaciones medias obtenidas en el desgaste profesional, las situó en un nivel medio en la subescala de agotamiento emocional; un alto nivel para la despersonalización y un nivel bajo para el logro personal. La comparación de estas puntuaciones con otros estudios demostró que fueron similares para el agotamiento emocional y dimensiones de despersonalización. En el logro personal, la puntuación media fue ligeramente

superior en este estudio. Se encontró una relación significativa y positiva entre el nivel de estrés global de estos profesionales y su agotamiento emocional y despersonalización. Sin embargo, no se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés global y la realización personal.

La asociación entre el agotamiento emocional y la satisfacción global media se demostró en un ensayo clínico aleatorio, que derivaba del impacto emocional de los celadores en sus relaciones laborales, reduciendo su satisfacción laboral. La puntuación media de despersonalización fue significativamente mayor entre los profesionales solteros y casados que entre profesionales separados o divorciados. Esta relación entre las dimensiones del desgaste profesional y el estado civil ha sido discutida en varios estudios. Por un lado, algunos investigadores describían que el matrimonio favorecía la presencia del síndrome en profesionales de la salud, otros consideraban que el matrimonio no era una variable que afectara significativamente a las dimensiones del burnout en estos profesionales; al contrario, señalaban el apoyo social recibido de la pareja como una influencia positiva.

Se demostró en diversos estudios sobre la dimensión de realización personal que los celadores que convivían con descendientes, obtuvieron un 25% más bajo en la puntuación de logros personales en comparación con los profesionales que vivían solos. Esto se explicó porque los profesionales podían no percibir el apoyo suficiente de sus familiares e influía en el proceso de actuación profesional.

En un estudio llevado a cabo con celadores en un hospital público de Londres, se indicó que estos profesionales trabajaban 36,18 +/- 6,98 horas semanales. La experiencia medida profesional fue de 24,16 +/- 8,19 años. El 72,09% de los profesionales trabajaron en un contrato legal. El tiempo medio en el trabajo fue de 10,43 +/- 8,39 años. El 50,78% de los profesionales estaban a cargo de los aprendices. En promedio, los profesionales atendían 7,90 +/- 5,21 pacientes por día. El 69,38% estaban casados. El 73,26% vivían con familiares descendientes. Estas características supusieron una puntuación media de estrés relacionado con el trabajo de un 44,23 +/- 12,97, oscilando entre 13 y 76 puntos. La puntuación mínima para el agotamiento emocional fue 0 y el máximo 49. Las puntuaciones para la despersonalización oscilaron entre 0 y 25 puntos; y para la realización personal entre 10 y 48 puntos. Para la satisfacción global media, la puntuación mínima fue de 51 puntos y la máxima de 85 puntos.

Van Stolk, et al., en su estudio sobre el análisis de las características sociales que interferían en el puesto laboral del celador, indicaron que el nivel de agotamiento emocional de estos profesionales fue de 4,74 puntos mayor entre los profesionales que no supervisaron aprendices que los que si supervisaron. En cuanto a la

realización personal, se corroboró que los profesionales que vivían con familiares descendientes obtuvieron una puntuación media significativamente superior en 9,83 puntos que los profesionales que vivían con familiares de segundo grado. En cuanto a la satisfacción laboral global, se encontró una relación significativa con la edad de los profesionales; refiriendo que, por cada año adicional de edad, la satisfacción laboral aumentaba en 0,22 puntos.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores revelaron niveles medios de estrés y satisfacción laboral en el ámbito hospitalario; al igual que el nivel de agotamiento emocional. Sin embargo, la despersonalización obtuvo una puntuación alta, mientras que la realización personal, baja.

Los factores identificados en relación con las dimensiones del síndrome de burnout en los celadores fueron el nivel de estrés relacionado con el trabajo, tener aprendices bajo la supervisión de uno, vivir con familiares y el nivel medio de satisfacción global. Las variables relacionadas al nivel de estrés y satisfacción laboral fueron la supervisión y la edad respectivamente.

De forma unánime, se comprobó que la formación en técnicas de autocontrol y manejo del estrés se considera muy importante para fortalecer el optimismo y la autoestima en el celador.

6 Bibliografía

1. Van Stolk, C., Staetsky, L., Hassan, E., Woo, C. Management of psychosocial risks at work: An analysis of the findings of the European Survey of Enterprise on New and Emerging Risks. Luxemburg: Publications Office of the European Union; 2016.
2. Laranjeira, C.A. The effects of perceived stress and ways of coping in a sample of Portuguese health workers. *J Clin Nurs*. 2018; 21(11-12): 1755-1762.
3. Franca, F.M., Ferrari, R., Ferrari, D.C., Alves, E.D. Burnout and labor aspects in the nursing teams at two medium-sized hospitals. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 20(5): 961-970.

Capítulo 512

LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANA FERNANDEZ FERNANDEZ

MARTA ELENA MENENDEZ ROLDAN

MANUEL ANGEL GENARO ALBA

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona, puede desarrollar sus capacidades, hacer frente al estrés normal de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad. La salud mental está condicionada por múltiples factores; carácter biológico, individual, familiar y social, económico y medioambiental.

El trabajo es uno de los ambientes que en mayor medida afecta la salud física y mental de las personas y, en los momentos actuales, en los que el trabajo ha sufrido y está sufriendo cambios continuos y sustanciales en su organización, esa afectación puede dar lugar a importantes problemas de salud mental.

Son muchos los factores que influyen en la salud mental de los trabajadores, estos factores pueden ser entre otros las prácticas ineficientes de comunicación y gestión, la participación limitada en la tomas de decisiones, los horarios de trabajo prolongados y poco flexibles.

Para mejorar la salud mental de los trabajadores son necesarias directrices que aborden medidas para ayudar a prevenir, trabajar y superar los problemas de salud mental del trabajador. Es necesario aplicar medidas eficaces para promover la salud mental en el lugar de trabajo, lo que repercutirá de manera positiva en la productividad, y al mismo tiempo mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

2 Objetivos

-Exponer estrategias para favorecer una buena salud mental entre los trabajadores en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El lugar de trabajo se convierte en un espacio de convivencia, para mejorar la salud mental del trabajador o trabajadora es imprescindible contar con un clima laboral favorable donde la empresa pueda llevar políticas activas de la salud mental.

Una empresa que cumple estas políticas debe cumplir las medidas de seguridad y prevención establecidas, permitir a sus trabajadores y trabajadoras conciliar su vida laboral y familiar, promover horarios razonables, fomentar el respeto y dar formación acorde a las necesidades de los trabajadores.

Para que los trabajadores y trabajadoras tengan una buena salud mental y a la par mejor calidad de vida es necesario conseguir

- ☑ Reducción del estrés.
- ☑ Mejora del entorno laboral.
- ☑ Mejora de las prácticas laborales.
- ☑ Reducción de las enfermedades laborales.
- ☑ Reducción del número de accidentes.
- ☑ Mejora de la calidad del trabajo.

- ☒ Mejora de la adecuación del trabajador al puesto.
- ☒ Mejora de la salud.
- ☒ Mejora del bienestar.

Los resultados esperados para mejorar la salud mental de los trabajadores, no solamente se debe contemplar los problemas en el trabajo desde la prevención de riesgos laborales, sino también desde la perspectiva de la salud de los trabajadores, esto es necesario hacerlo trabajando líneas de acción tales como la prevención de los riesgos psicosociales en los lugares de trabajo, (en particular el stress), acciones donde se promoció el bienestar y la salud en el trabajo, (a salud de los trabajadores tanto dentro como fuera del trabajo), la detección temprana y atención médica de los problemas de salud mental de los trabajadores, (sea debido o no a la condición del trabajo) y por último cuidar al trabajador en su vuelta al trabajo y la reintegración después de un periodo de ausencia (por enfermedad, incapacidad temporal, etc.).

5 Discusión-Conclusión

La salud mental del personal en el ámbito hospitalario debe estar enfocada a trabajar los factores de riesgo tales como el estrés, la ansiedad, depresión, agotamiento, etc. Esto se podría abordar a través de programas que deben estar estructurados y darles una continuidad en el tiempo trabajando el bienestar de la salud mental y así obtener resultados que beneficien a los trabajadores.

Sería necesario contar con documentación sobre la implementación de los programas para que todos los trabajadores puedan tenerlos en sus manos o acceder a él cuando fuera necesario.

Sería interesante contar con más recursos de gestión e implementación de estrategias enfocadas a la salud mental de los trabajadores.

Cuidar a los trabajadores es fundamental para que tengan una buena salud mental y rindan más en su trabajo

6 Bibliografía

1. La salud mental en el lugar de trabajo: orientaciones a nivel mundial.
- 2.<https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/mental-health-in-the-workplace>.
- 3.<https://www.doctoraki.com/blog/bienestar-y-salud>.

4. Salud mental de los trabajadores. Observatorio vasco de acoso moral.
4. Buenas prácticas salud mental entornos laborales. Confederación salud mental España.
5. Programas y estrategias para el fortalecimiento de la salud mental en el personal de la salud,. Univesidad CES, Facultad de medicina especialización en gerencia de la salud pública. Grupo de investigación en salud mental. Medellin 2021.

Capítulo 513

SINDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANA FERNANDEZ FERNANDEZ

MARTA ELENA MENENDEZ ROLDAN

MANUEL ANGEL GENARO ALBA

1 Introducción

El síndrome de burnout o síndrome del trabajador quemado, hace referencia a la cronificación del estrés laboral. Este se manifiesta a través de un estado de agotamiento físico y mental que se prolonga en el tiempo y llega a alternar la personalidad y autoestima del trabajador. Los síntomas físicos incluyen dolor de cabeza o de espalda, trastornos del sueño, náuseas, tensión muscular y cansancio. Desde el punto de vista emocional las personas que tienen el síndrome de desgaste se sienten irritables, tensos y desmotivados.

Este síntoma aunque no es una enfermedad en sí misma, puede ser detonante de otros problemas de salud física y mental más grave. Cuando la persona presenta el síndrome de desgaste profesional, puede sentirse agotada todos los días, sentirse desmotivado o insatisfecho con su trabajo. Este síntoma con una orientación psicológica y apoyo, la mayoría de las personas comienzan a sentirse mejor y se recuperan rápidamente. Para recuperarse del agotamiento es importante tomarse tiempo para descansar y energizarse fuera del trabajo haciendo actividades placenteras, buscando el apoyo de familiares y amigos, haciendo ejercicio, etc.

En el año 2000, la organización Mundial de la Salud reconoció el estrés laboral como un factor de riesgo y es que esta situación puede afectar de forma difer-

ente a cada persona. Por ejemplo, la OMS indica que puede dar lugar a comportamientos disfuncionales, a contribuir a la mala salud física y mental; puede originar problemas psicológicos, trastornos psiquiátricos y terminar en situaciones de ausentismo laboral.

Solo hasta el año 2019 el síndrome de burnout fue reconocido dentro de la (CIE-11) clasificación internacional de enfermedades, en su revisión número 11, es así que la OMS reconoció el síndrome de burnout o de desgaste profesional como una patología asociada al agotamiento mental, emocional y físico causada por el trabajo.

Este síndrome puede darse en cualquier ámbito laboral, pero cabe destacar la gran prevalencia entre los trabajadores del ámbito hospitalario, cuyas condiciones de trabajo se caracterizan, entre otras cosas, por una situación de sobrecarga, tensión emocional, responsabilidad y supervisión excesiva, jornadas laborales extensas, poca disponibilidad de tiempo para relaciones familiares y sociales, además de otros factores del ambiente.

2 Objetivos

- ☒ Medir la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales del ámbito sanitario.
- ☒ Explicar cómo afecta el síndrome de burnout en el ámbito sanitario.
- ☒ Reseñar signos de síntomas relacionado en el síndrome de burnout.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y páginas webs oficiales de las que se han obtenido una serie de artículos de los cuales se ha recogido la información necesaria. Se recogido la información de las principales bases de datos. Google y Google académico.

4 Resultados

El síndrome de burnout tiene unas fases concretas; la fase inicial de entusiasmo es las etapas inicial de acceso a un puesto de trabajo y es normal experimentar ese entusiasmo. Fase de estancamiento la persona comienza a sentirse estancada, ve como sus expectativas no se están cumpliendo empieza a notar cierta sensación

de derrota y aparecen los síntomas de derrota y con ello los síntomas físicos como dolores de estómago y de cabeza. Fase de hiperactividad y apatía; El trabajador se activa en su trabajo, pero lo que consigue es un agotamiento emocional, que produce colapso y comienza el distanciamiento del ámbito laboral, es el fenómeno de despersonalización. Fase de estar quemado; esto lleva al trabajador a dejar el puesto de trabajo pedir traslados, todo ello hará sentirse a la persona cada vez peor.

El síndrome de burnout es el resultado de la combinación de diversos factores laborales, personales e institucionales, que llevan al individuo a una situación de estrés mantenida en el tiempo, hasta el punto del agotamiento de sus recursos. Los profesionales sanitarios, como profesionales asistenciales se encuentran expuestos a muchos de estos estresores, siendo considerados grupos de alto riesgo. Las repercusiones del mismo síndrome en la salud física y mental del trabajador suponen un gran problema, que influye en la calidad de la asistencia y ocasiona grandes costes al sistema sanitario.

Los profesionales sanitarios llevan a cabo diariamente una tarea asistencial, que influye en su calidad de vida y se ven afectados por el síndrome de burnout. La prevalencia de éste va en aumento y para encontrarlo tienen que interaccionar la presión laboral y el estrés individual, los factores de riesgo que aumentan o disminuyen son el lugar de trabajo, sexo, categoría profesional, área de trabajo. El síndrome de burnout afecta a los profesionales sanitarios, una gran parte de ellos tienen un alto nivel de cansancio emocional, otros un alto grado de despersonalización y menos pero no menos importante una falta de realización personal. Este síndrome afecta principalmente al sexo femenino con una edad superior a los cuarenta años.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout no solo repercute en la salud física y mental del personal del ámbito sanitario, sino que también compromete la calidad asistencial, disminuye la productividad, el rendimiento y la productividad, aumenta el absentismo, se relaciona con un incremento de los accidentes y puede incluso conducir al abandono del puesto de trabajo, provocando en ocasiones un aumento de rotaciones, produciéndose problemas en el funcionamiento administrativo, generando pérdidas económicas y aumentando las quejas de los pacientes.

La mayoría de las soluciones frente al síndrome de burnout se centran en la dotación al personal de conocimientos sobre técnicas de relajación, de control, de gestión de tiempo, etc, pero cuyo efecto siempre va a desaparecer en un lapso

de tiempo más o menos corto, ya que las causas no se modifican.
La prevención debe ir dirigida a disminuir o eliminar los diferentes factores que intervienen en la aparición del síndrome de burnout.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sindrome-burnout-personal-sanitario>.
- 2.<https://formacionasunivep.com.articulo>.
- 3.<https://quironprevencion.com.blog>.
- 4.<https://doctoraki.com.blog/bienestar-laboral>.
- 5.<https://psicologosoviedo.com>. Problemas Laborales.

Capítulo 514

TRABAJO EN EQUIPO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

ANA FERNANDEZ FERNANDEZ

MARTA ELENA MENENDEZ ROLDAN

MANUEL ANGEL GENARO ALBA

1 Introducción

El trabajo en equipo es una evolución cuantitativa de los grupos de trabajo, es una manera organizada de trabajar entre varias personas con el fin de alcanzar metas comunes. En el trabajo en equipo las habilidades de las personas que lo forman se tienen que complementar, mantienen una responsabilidad individual y mutua y deben tener un compromiso común por los objetivos. Esto da lugar a una sinergia positiva a través del esfuerzo coordinado entre las personas que forman el equipo, el resultado final es logra mayor rendimiento, productividad y satisfacción personal.

El sistema de trabajo en equipo viene recogido en la norma como pilar básico en la organización para las prestaciones de los servicios en atención primaria y conforma el nuevo modelo asistencial dirigido a mejorar la asistencia y la eficiencia de los servicios.

El desarrollo de los verdaderos equipos de trabajo en atención primaria paso por dar mayor participación a los profesionales, dándoles mayor capacidad de decisión para innovar, crear, mejorar y dar respuesta a los logros que se fijan no solo en la organización, sino por los propios Equipo de Atención Primaria.

Los equipos de atención primaria se tratan en definitiva de impulsar organizaciones formadas por personas motivadas que compartiendo valores y objetivos puedan mejorar resultados en la prestación de los servicios.

2 Objetivos

- Describir ventajas sobre el trabajo en equipo en el ámbito de la sanidad.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo, se ha realizado una investigación consistente en la revisión bibliográfica sobre literatura y artículos existentes. Se ha realizado la búsqueda sistemática de libros y consultado en las principales bases de datos Google, Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisada.

4 Resultados

El buen funcionamiento en el equipo de trabajo conlleva unos beneficios para los trabajadores tales como la motivación (hacer que el equipo consiga el objetivo de lograr meta), compañerismo (el grupo se distribuye el trabajo de manera organizada), comunicación, (que todos los miembros manejen la misma información), confianza (cuanto más confianza se tenga en los miembros del equipo los resultados serán mayores), entusiasmo (no perder el enfoque y mantener una actitud correcta cuando las cosas no marchan según lo previsto en el trabajo).

Cuando el equipo de trabajo funciona bien, se facilita el cumplimiento de los objetivos, se incrementa la motivación y la creatividad, se favorece las habilidades sociales, genera un sentimiento de pertenencia hacia el equipo, reduce el estrés. Del buen funcionamiento de un equipo de trabajo se benefician los pacientes, ya que repercute positivamente en ellos, cuando el equipo funciona el centro de atención primaria funciona.

El trabajo en equipo consigue una distribución del trabajo equitativo, la autoridad y los recursos de manera mas coherente y participativa, asumir más responsabilidad al ejecutar la tarea, compartir información con los demás, tener flexibilidad en los turnos, respetar conocer y apoyar el trabajo de los demás, proponer soluciones y consultarlas antes de llevarlas a la práctica, dotarse de cauces que garanticen la comunicación y el diálogo, asumir de forma individual como propia los

objetivos del equipo.

Cuando se trabaja en equipo las cosas funcionan mejor y genera un clima de trabajo agradable. La colectividad, cooperación y compromiso de todos los profesionales de las distintas disciplinas que hay en atención primaria genera que la atención a los pacientes sea de mayor calidad, sintiéndose el paciente más satisfecho con el cuidado y con el trato recibido. Repercutiendo favorablemente en el paciente y en los profesionales.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental para el buen funcionamiento del equipo la definición clara de los objetivos, la delimitación clara y estructurada de las funciones de cada grupo profesional, la participación de todos los que forman el equipo en la toma de decisiones, la comunicación y las actitudes activas y facilitadoras del trabajo en equipo.

Es importante para los equipos de trabajo las alternativas de formación, las acciones de coordinación y las reuniones semanales. La noción de equipo implica el aprovechamiento del talento colectivo, producido por cada persona en su interacción con los demás.

El trabajo en equipo en el ámbito sanitario permite que los miembros de un equipo sumen conocimiento, habilidades y se complementen las tareas realizadas.

6 Bibliografía

1. https://www.researchgate.net/publication/281366830_Atencion_Primaria_y_trabajo_en_equipo.
2. <https://psicologiyamente.com/organizaciones/beneficios-trabajo-en-equipo>.
3. <https://revistamedica.com/trabajo-en-equipo-trabajadores-centros-sanitarios>.
4. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-opiniones-expectativas-profesionales-atencion-primaria-S0212656700786707>.

Capítulo 515

DEFINICIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN DEL ÁMBITO SANITARIO

LAURA SAIZ GONZALEZ

ANA BELEN ONTIVEROS ALVAREZ

1 Introducción

Los almacenes de las instituciones sanitarias tienen como finalidad asegurar y garantizar las provisiones en todas sus unidades o servicios, manteniéndolas en el tiempo y a unos costes ajustados y razonables. Estos almacenes deberán estar listos para recepcionar, manipular y guardar cualquier tipo de mercancía necesaria. Uno de los factores más importante a la hora de construir cualquier almacén será la optimización y adecuación del espacio disponible.

En cualquier centro de salud hospital podremos encontrar como mínimo dos almacenes, uno de ellos será el destinado al uso de farmacia, mientras que el otro será el almacén general. Este último además suele estar dividido en otros sub-almacenes en función del material que alberguen, como por ejemplo: de mantenimiento, de material clínico fungible, de material quirúrgico, de aparataje, de papelería, de lencería, etc.

Las funciones otorgadas al celador como encargado de almacén fueron contempladas en el acuerdo de ministro 26/06/1990 modificado a su vez por el Real Decreto Ley 3/1987 del 11 de septiembre. El celador del almacén tendrá como objetivo que el reparto de material se efectúe de manera rápida y efectiva, deberá tener pues una actitud resolutiva y rigurosa en todos los procesos en los que participe durante su jornada laboral.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador en el almacén del ámbito sanitario.

3 Metodología

Se realizará una búsqueda intensiva de la información disponible sobre la materia en bases de datos, revistas médicas, páginas web i artículos científicos. Durante el proceso de búsqueda utilizaremos palabras clave como: "celador", "almacenaje", "suministros", "gestión de stock", "recepción de mercancía", "previsión de aprovisionamiento", entre otras. Resumiremos de una forma precisa y concisa toda la información recopilada ,con el objetivo claro de mostrarla de forma claramente entendible y objetiva.

4 Resultados

Podemos definir las principales funciones de un almacén en el ámbito sanitario como las siguientes: recepcionar todos los productos y mercancías solicitadas a los proveedores, almacenar dichas mercancías, preparar los pedidos solicitados así como su expedición, efectuar un control de calidad riguroso.

Un almacén es un espacio físico donde se llevan a cabo las funciones de almacenaje. Este espacio deberá ser tan amplio como sea necesario, tendrá varias zonas para la recepción y el control de entradas de mercancía, así como para la preparación y expedición de la misma, y por supuesto, para su almacenaje.

El aprovisionamiento, la custodia y distribución de las mercancías deberán estar garantizados.

Podemos definir la logística como una serie de métodos organización y medios que permiten la realización de un servicio. Dicha logística conlleva tareas de planificación y gestión de recursos, así como también la implementación de un control riguroso desde el punto de origen hasta el destino.

Nombraremos algunas de las principales fases en los procesos de suministro, qué pueden ser externos o internos:

Previsión de aprovisionamiento, planificación de adquisiciones, procedimientos administrativos de contratación, peticiones de material con sus respectivos plazos, recepción y revisión de mercancías, almacenamiento de mercancía, gestión de stock, expedición de pedidos, e inventario.

A continuación describiremos cuáles son las principales funciones y tareas de las que será responsable el celador destinado en un almacén en el ámbito sanitario: -

Será el encargado de recepcionar las mercancías, aceptando o no las mismas, así como de comprobar siempre que el número de bultos y sus referencias que vienen en el albarán son las correctas, realizando siempre el control de los pedidos de una forma cuantitativa.

- Revisar de manera efectiva el material recibido.
- Cargara y descargara la mercancía.
- Ordenara y colocará toda la mercancía por suministros recepcionados en las correspondientes estanterías.
- Realizará la comprobación de todos los vales de pedido, para asegurarse de que están bien cumplimentados, antes de entregar el material solicitado.
- Será su labor la de preparar y distribuir por las distintas plantas y servicios dichos suministros.
- Realizará diariamente un inventario detallado de todas las entradas y salidas de material.
- Informará fehacientemente al responsable del almacén sobre las entradas de material, o sobre cualquier otra acción que le solicite el mismo.
- Participará junto a sus compañeros durante el proceso del inventariado general.
- Mantendrá en todo momento en el orden y la limpieza de las instalaciones.
- Recogerá y anotará cualquier posible incidencia que pudieran haberse producido en anteriores entregas.

5 Discusión-Conclusión

Los almacenes en el ámbito sanitario tienen como última finalidad y objetivo la distribución y suministro de los pedidos que le llegan de las distintas áreas y servicios del centro. Ejecutan una previsión de las necesidades del mismo y gestionan la compra de productos a los proveedores.

Las mercancías que han sido solicitadas son recepcionadas controladas revisadas y clasificadas en cuanto llegan al almacén, para después proceder a su colocación y almacenaje dentro del mismo, para así facilitar su disponibilidad en cuanto sean solicitados por los diferentes servicios.

Serán los celadores destinados al almacén los que preparan los pedidos y los entregarán, serán también los responsables de recepcionar devoluciones, y gestionar y resolver posibles errores en el proceso de suministro.

6 Bibliografía

1. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-26-el-celador-en-el-servicio-del.html?m=1>.
2. <https://revistamedica.com/especialidad/servicios-generales/celadores/>.
3. El Celador en el Almacén, AFAP, Formación Extremadura.
4. <http://celadoresonline.blogspot.com/>. <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com/>.

Capítulo 516

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

LAURA SAIZ GONZALEZ

ANA BELEN ONTIVEROS ALVAREZ

1 Introducción

Podríamos definir urgencia psiquiátrica aquella situación en la que la falta de disruptividad entre conducta y pensamiento de un individuo requieran asistencia profesional inmediata. El celador en el ámbito sanitario puede encontrarse ante un caso de un paciente que atraviesa una crisis que puede ser provocada por diferentes factores, como por ejemplo: situaciones externas o factores psicológicos como el estrés la ingesta de alcohol u otras sustancias o estupefacientes, así como un uso de la medicación incorrecto o abusivo. Es necesario que el celador conozca pues cuál será el tipo de acciones que el equipo médico al cargo realizará, así como los protocolos establecidos a fin de poder mejorar el servicio y la calidad asistencial hacia el paciente.

La organización mundial de la salud lleva años haciendo énfasis en que el mejor tratamiento de los trastornos mentales es un buen plan de actuación en prevención tanto en medicina general como en pediátrica. Si bien es cierto que la atención a los enfermos de psiquiatría fue equiparada a la del resto de pacientes con la aprobación de la ley general de sanidad del año 1986, también lo es que la salud mental ha sido relegada a un segundo plano en cuanto a materia de inversión e investigación de tratamientos. Ha sufrido también esta rama de la salud pública un aislamiento físico, con la creación de centros en dónde se alejaba a los enfermos psiquiátricos de los demás pacientes así como de la población en general.

2 Objetivos

Describir una serie de pautas a tener en cuenta por parte del celador a la hora de desarrollar su trabajo en el servicio de psiquiatría y en las urgencias psiquiátricas.

3 Metodología

Revisión bibliográfica. En el proceso de documentación se han consultado bases de datos, páginas webs, revistas médicas y artículos científicos. Para la búsqueda se han usado descriptores o palabras clave como: "celador/a", "crisis psiquiátrica", "brote nervioso", "contención mecánica", "protocolos de intervención", "técnicas asistenciales", "elementos de contención", entre otras.

4 Resultados

En los últimos tiempos se han observado mejoras, tanto en la atención primaria como en la especializada, de la asistencia psiquiátrica. Se han llevado a cabo múltiples inversiones en infraestructuras para la creación de nuevos centros, pisos protegidos, hospitales de día, así como la creación de unidades psiquiátricas para pacientes agudos en las mismas instalaciones de los propios hospitales generales. Todas estas mejoras han permitido avanzar en la desestigmatización de aquellos ciudadanos que acceden por primera vez a este tipo de asistencia, así como a los que ya llevan tiempo en tratamiento. El celador nunca es ajeno a las estigmatización que sufre el paciente, por lo que aparte de la contención mecánica, hacer uso de acciones verbales y oratorias tendrán una gran repercusión y ayudarán tanto al paciente como al profesional que lo trata. Las intervenciones del celador estarán siempre supeditadas a las órdenes de médicos o psicólogos, cada uno de los pacientes presenta un diagnóstico y características concretas.

Durante una crisis o brote los celadores deben ser conscientes y evaluar correctamente los riesgos para el y para el propio paciente qué representa en cada situación, pudiéndose encontrar con pacientes con riesgo de suicidio, agresivos o violentos.

Algunos de los principios básicos que todo celador debe conocer son los siguientes:

- Saber distraer al paciente para atraer su atención.
- Elaborar un plan de contención coordinado con el resto del personal.
- Evitar la presencia de público ajeno al proceso con tal de facilitar la resolución y la seguridad de todas las personas implicadas.

- Quitarse cualquier elemento físico que pudiera resultar un riesgo en la actuación como: gafas, pulseras, relojes ,pendientes,etc.
- Para la contención de un paciente violento o agresivo, el mejor momento para inmovilizarlo será en el que pare a tomar fuerzas, debemos mantener la calma y no olvidar nunca mostrarnos empáticos con el paciente, hablándole de forma calmada y convincente. -Deberán establecerse unos protocolos en cuanto al número de personas necesarias para la contención, normalmente contra más personas más efectivas será, lo ideal es que haya un miembro sujetando cada una de las extremidades del enfermo.
- La actitud del personal que efectúa la contención debe mostrar siempre una actitud terapéutica, huyendo siempre de expresar violencia o venganza ni afán de castigo, ni les someteremos a posturas humillantes.
- Una vez lograda la contención con éxito se procederá a una sujeción de carácter terapéutico, evitando siempre proferir cualquier daño al paciente cómo asfixia o lesiones por un mal uso de los elementos de sujeción.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de nuestra investigación, resumimos los principales aspectos a tener en cuenta por parte del celador en la unidad de psiquiatría y en las urgencias psiquiátricas.

El celador deberá efectuar una comunicación empática y asertiva con el paciente, sin presionar ni intimidarle en ningún momento, realizando una escucha activa hacia el enfermo para evitar que se sienta aislado y desconfíe de sus terapeutas. El celador deberá evitar, siempre dentro de lo físicamente, daños al personal o al propio paciente durante un brote violento, durante el tiempo que tarde en acudir el personal médico competente para dirigir y establecer las pautas terapéuticas de contención y sujeción necesarias en cada uno de los casos.

Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en la unidad de psiquiatría, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

1. Gardón Fernández A., Estévez Fernández M.A., Junquera Velasco C.R., Alés Reina M., Gómez Martínez D., Ania Palacio J.M., et al. Celador

del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Primera edición. Sevilla: 7 Editores; 2018. <https://revistamedica.com/intervencion-celador-urgencias-psiquiatricas/amp/>.

Revista ocronos.com.

Wikipedia.

Capítulo 517

BENEFICIOS DE TRABAJAR EN EQUIPO

YOLANDA IGLESIAS SANCHEZ

1 Introducción

El trabajo en equipo es una manera organizada de trabajar varias personas con el fin de conseguir una meta común. A través de esfuerzo coordinado de los integrantes se logra un mayor rendimiento, productividad y satisfacción personal. Cada miembro del equipo tiene una aptitud posición determinadas, posee una personalidad y unas habilidades concretas así como unos conocimientos y experiencias específicas que aportar al equipo y que se diferencian del resto de componentes del grupo. Todo esto ha de relacionarse entre sí coordinadamente en pro del objetivo a conseguir. Todo el equipo ha de comprometerse con un propósito, un conjunto de metas y un enfoque común, por lo cual se hacen mutuamente responsables.

Es interesante diferenciar entre un Grupo y un Equipo de Trabajo. Son dos formas de organización distintas.

Un Grupo de trabajo es un conjunto de personas que desarrollan un trabajo o una labor similar dentro de una organización. Todos los miembros trabajan en el mismo campo y desarrollan su trabajo de forma individual.

Un Equipo de trabajo tiene distinta organización. Los trabajadores de un equipo de trabajo, tienen diferentes habilidades y trabajan de forma independiente para conseguir un objetivo Común. Sus tareas están ligadas con al resto de compañeros, aunque trabajen independientemente necesita una coordinación constante entre todos los miembros.

El trabajo dentro de un equipo bien cohesionado, tiene importantes beneficios tanto para las empresas como para el trabajador. Para que estos equipos funciones deben contar con una buena organización, que los objetivos a conseguir sean comunes, comprendidos y aceptados por todos los miembros que los componen

2 Objetivos

- Promover el trabajo en equipo como una importante herramienta dentro de las empresas consiguiendo un mejor rendimiento
- Exponer las características que hay que tener en cuenta para poder realizarlo

3 Metodología

Para confeccionar este capítulo se realiza una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente en distintas bases de datos como: buscador académico de Google, Scielo, Medline, Pubmed. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos relacionados con el tema.

Las palabras claves empleadas en dicha búsqueda son Trabajo- equipo

4 Resultados

La finalidad de crear grupos de trabajo consiste en poner las aptitudes de cada miembro en común para poder llevar a cabo un proyecto conjunto fructífero a partir de las habilidades de cada componente del equipo.

Para conseguir un buen funcionamiento y organización dentro de los equipos de trabajo es necesario tener en cuenta una serie de características para llegar al objetivo que queremos alcanzar.

- Establecer metas claras.
- División de tareas. La asignación de tareas se hace en conjunto, cada uno de los miembros sabrá en que área del trabajo a realizar puede ser más eficiente y aportar lo mejor de sus habilidades. Los objetivos a conseguir serán comunes y compartidos por todos los integrantes.
- Formar el equipo por personas competentes, que posean habilidades útiles para el trabajo a realizar.
- Todos los componentes deben conocer que se espera de cada uno de ellos.
- Construir confianza. Deben tener confianza en sus capacidades y en los demás miembros que conforman el equipo (será recíproca entre todos).

- Complementariedad. Cada trabajador debe poner sus conocimientos y actitudes al servicio del grupo.
- Escuchar las ideas de los demás. Aclarar dudas
- Coordinación. Roles y tareas de cada componente bien definidos. Asignar las tareas a la persona más idónea para realizarla. Se deben compartir ideas, información y criterios. Cada miembro debe tener claro que es necesario la cooperación de todos.
- Comunicación. Será necesaria una comunicación abierta y fluida que facilite el intercambio de información para que cada miembro conozca que tiene que hacer y cómo hacerlo, coordinando de esta manera las acciones individuales y colectivas del grupo.
- Compromiso para cumplir con las tareas asignadas a cada uno. Los intereses del equipo deben estar por encima de los intereses individuales. Los conocimientos y capacidades de todos, deben estar al servicio del equipo para así entre todos conseguir sacar adelante el trabajo.

Cada trabajador debe comprometerse a dar lo mejor de sí mismo y poner todo el empeño en que el trabajo salga delante de una forma efectiva y en el menor tiempo posible.

También es importante estar pendientes entre los componentes por si alguno requiriera ayuda.

5 Discusión-Conclusión

La importancia del trabajo en equipo surge desde que el ser humano comienza a vivir en sociedad, para ello se necesita la colaboración de todos los miembros de una comunidad. Cuantas más personas se unan y comprometan a realizar una o varias actividades mejor y más efectivos serán los resultados obtenidos.

La comunicación y el esfuerzo unido o compartido son básicos. Para trabajar en equipo es imprescindible de la colaboración, compañerismo y reconocimiento de los componentes del equipo.

Cada vez es más habitual en las empresas, crear equipos de trabajo. Es beneficioso pues la gestión del tiempo es mejor y los resultados suelen ser de mayor calidad. Para ello es fundamental contar con las personas adecuadas, capaces de colaborar e involucrarse todos ellas en busca de un objetivo común.

Para facilitar la agilidad en las tareas, es preciso que se genere un ambiente de confianza en el equipo, para lo que es esencial la comunicación. Es necesario una gestión de equipo adecuada, escuchar las ideas de todos, aclarar dudas

Cada integrante debe trabajar de forma unida y cohesionada, aportar sus conocimientos y confiar en los demás.

Lo que se pretende conseguir a la hora de realizar trabajos en equipo es unir esfuerzos y aptitudes, maximizar estos y disminuir el tiempo de realización.

El resultado de tomar decisiones en consenso, es que la calidad y cantidad del trabajo mejora sustancialmente. El trabajo en equipo permite resolver problemas que, difícilmente, podría resolver un individuo por sí mismo.

Cuando el equipo está bien estructurado y liderado, el trabajo en equipo influye positivamente en los trabajadores a través del compañerismo, intercambio de conocimiento, apoyo mutuo, y alcance de metas conjuntamente. Para la empresa se traduce en un mayor rendimiento y productividad a la vez que una reducción del tiempo para la realización del trabajo.

En resumen, el trabajo en equipo se distingue porque sus miembros cooperan entre ellos, comparten información e ideas. Dejan de lado los intereses personales de cada uno por el bien del conjunto de trabajadores. Gracias al esfuerzo y compromiso de todos ellos juntos como equipo, da un resultado mucho más eficaz.

6 Bibliografía

1. El trabajo en equipo E Ander-Egg – 2001 –books google. Com
2. <https://www.entrepreneur.com> article. 10 claves del trabajo en equipo>
3. <https://apd.es>>
las 5-c- del trabajo en equipo.
4. <https://www.cedered.es>
bases fundamentales equipo.
5. <https://liderman.com.pe>
blog-importancia-trabajo en equipo
6. <eude.es/blog/beneficios-del-trabajo-equipo/>
7. Nuñez Hidalgo J.M. 2019
8. Serrano Gallardo P. y Parro Moreno A. entornos del trabajo e impacto en la salud

Capítulo 518

MOBBING LABORAL

SILVIA TRIVIÑO MUÑOZ

1 Introducción

- El Mobbing laboral se podría definir como un comportamiento negativo entre compañeros de trabajo o entre superiores jerárquicos en el que un trabajador es objeto de acoso y ataques recurrentes durante un tiempo prolongado ya sea de una forma directa o indirecta. Con este acoso quieren conseguir que el trabajador abandone la empresa. A veces, también puede ocurrir, que el Mobbing laboral no tenga ningún objetivo, aparte de la humillación a la víctima. Suele tratarse de violencia verbal y psicológica, aunque hay ocasiones en las que puede llegar al plano físico o sexual.

Una serie de problemas derivados de la relación entre los trabajadores en las organizaciones laborales se han conceptualizado como asedio. Este concepto se refiere al acoso psicológico que se produce entre los miembros de la organización del trabajo, aunque estos problemas son propios de las organizaciones sociales, pueden darse en otros lugares fuera de trabajo.

Se ha encontrado que existen trabajadores en la empresa que sufren este tipo de acoso psicológico, y presentan síntomas psicosomáticos y reacciones anormales al trabajo y al entorno laboral. Muchas de estas manifestaciones se ajustan a la definición de asedio y se utilizan en la literatura psicológica internacional para describir situaciones en las que una persona o un grupo de personas cometen violencia psicológica extrema.

Lo más complicado para una persona que sufre o ha sufrido Mobbing laboral es, precisamente, probar que este acoso ha existido. En el reglamento jurídico español persiste la presunción de inocencia, por tanto, es la víctima quien tiene que demostrar que ha sufrido el acoso laboral.

No debemos confundir discriminación laboral con el acoso laboral, la discriminación laboral es la diferencia de trato a un empleado a causa de diferencias físicas o culturales que nada tienen que ver con su trabajo. En la discriminación laboral se busca que el trabajador tenga peores condiciones laborales que el resto d empleados. Con el Mobbing laboral cualquier persona puede convertirse en víctimas.

2 Objetivos

-Describir el impacto del Mobbing y los tipos de Mobbing que se producen en el ámbito laboral, así como sus repercusiones y efectos que tiene en las víctimas y las medidas de prevención frente al acoso laboral.

3 Metodología

-Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

-Los ataques sufridos en el puesto de trabajo pueden llegar a causar problemas psicológicos como ataques de ansiedad, depresión o estrés y una gran desmotivación laboral. Este acoso suele provocar un gran impacto en la autoestima y una inseguridad emocional que acarrea conflictos con otras personas e incluso con la familia. En los casos más graves, una situación de acoso muy prolongada en el tiempo puede desembocar en situaciones extremas como suicidios de la víctima. Ante el crecimiento de estos casos, algunas organizaciones han elaborado una serie de indicadores para prevenir el Mobbing, mejorar la vida laboral y evitar que la victima acabe en un entorno de trabajo destructivo, algunas de las cuales son; Aumentar la información sobre los objetivos del trabajo, ofrecer a cada empleado la posibilidad de elegir como puede realizar sus tareas, reducir el volumen de trabajos repetitivos y monótonos, evitar especificaciones poco claras de funciones y tareas, desarrollar el estilo democrático de dirección. Las empresas están

obligadas a incluir el acoso dentro de la evaluación de riesgos, de esta manera podrán prevenir y hacer los cambios oportunos en los sistemas de trabajo y en las relaciones laborales entre los empleados.

Este tipo de acoso lo distinguiremos entre dos tipos básicos de acoso; Acoso horizontal: este ocurre entre posiciones iguales en el organigrama empresarial;

Acoso vertical: se produce entre personas de distintos niveles de una misma empresa(en este tipo de acoso puede ser tanto ascendente como descendente).

El acoso afecta a muchas personas directas o indirectamente porque reduce la calidad del trabajo y los productos. La moral de los empleados disminuirá y habrá más enfermedades psicológicas y relacionadas con el estrés. Esto provocará que los empleados se ausenten del trabajo.

La mejor estrategia para evitar el acoso es mejorar al máximo el entorno laboral y dar ejemplo a la dirección.

5 Discusión-Conclusión

-La prevención para este problema laboral pasa por proporcionar ayuda y apoyo psicológico de profesionales expertos en la materia, y por crear una normativa que persiga estas prácticas en las empresas. Además de establecer medidas compensatorias a las víctimas de los daños. Se debe tomar conciencia del derecho a la dignidad en el trabajo, haciendo en todo momento una labor preventiva mediante información y evitar a toda costa el retraso en la solución del problema.

El acoso laboral es aún un gran tabú y es deber y obligación de todos los integrantes de la compañía acabar con él. Una detección precoz es de gran importancia de cara a evitar que se extienda en las empresas y conlleve a factores como bajada de productividad o incremento bajas laborales de los empleados.

Buscar ayuda pública o privada será el primer paso para terminar con el acoso. Se necesita un estudio integral para determinar las consecuencias del acoso en el trabajo. Como siempre el coste para la sociedad implica no solo el restablecer a los enfermos por Mobbing del daño físico i psíquico causado, sino además los efectos económicos, sociales y laborales producidos.

6 Bibliografía

1. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/6783/1/2018_estrategias_reduccion_-mobbing_desempe%C3%B1o.pdf.
2. <https://www.sanitas.es>

Capítulo 519

ACCIDENTES IN ITINERE

SERGIO RODRÍGUEZ EIRAS

1 Introducción

La gran mayoría del personal que trabaja en un centro sanitario debe desplazarse varios kilómetros a diario para acudir a su puesto de trabajo, ya que las características del mismo impiden que este pueda realizarse telemáticamente.

Se considera accidente in itinere cuando éste se produce única y exclusivamente por desplazamientos en relación al puesto de trabajo. Los accidentes in itinere se encuentran asociados a los desplazamientos que se producen ya sea para ir a tu puesto laboral, o durante la vuelta al finalizar la jornada.

Según la legislación actual, y el artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social, se determina que:

“Un accidente de trabajo es toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”.

Para que se consideren accidentes in itinere, deben darse una serie de elementos para que sean considerados como tal, como es el Lugar de trabajo, el domicilio del trabajador, y la conexión que existe entre ambos.

El trabajador o causahabientes, deben demostrar que concurren esta serie de requisitos, mientras que la empresa o las entidades subrogadas, son los que han de justificar que esa lesión no se produjo a causa del factor trabajo.

2 Objetivos

Recopilar información sobre los accidentes in itinere y conocer qué requisitos son necesarios para que sean considerados como tal, así como proponer consejos y pautas generales para poder evitarlos en la medida de lo posible.

3 Metodología

Se ha consultado la Revista de Jurisprudencia Laboral de 2021. Para ello, se ha recurrido a la página web del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo y también a distintos Boletines Oficiales del Estado.

Por otro lado, también se ha realizado una revisión bibliográfica de información a través de Google Académico, utilizando las palabras clave “accidente”, “in Itinere”, “puesto de trabajo”, “prevención”.

4 Resultados

Siempre que un trabajador necesita trasladarse desde su domicilio hasta su puesto de trabajo y viceversa, existe la posibilidad de sufrir un accidente durante el transcurso del desplazamiento.

Por ello, deben ejecutarse una serie de requisitos y factores correctamente para que sea considerado accidente in itinere, y por tanto, dicho trabajador se pueda amparar en la ley actual que le protege.

Los accidentes in itinere pueden reducirse gracias a la concienciación de los trabajadores, al igual que siguiendo una serie de pautas para evitar y minimizarlos. Existen diferentes medidas preventivas y pautas que podrían reducir el porcentaje de los accidentes in itinere:

Conductor apto: El trabajador debe tener un estado adecuado para poder conducir y desplazarse hasta su puesto de trabajo o domicilio.

No tener distracciones: Evitar distracciones al volante aunque el trayecto diario sea monótono.

Utilizar siempre sistemas de seguridad apropiados al vehículo elegido para el transcurso, como pueden ser cinturones de seguridad, reposacabezas o cascos en caso de ir en moto.

Evitar siempre los excesos de confianza al volante.

Tomar la ruta adecuada o necesaria para evitar que la conducción se vuelva monótona.

Vehículo apto con todas las inspecciones aptas para su circulación.

Refrescar conocimientos de conducción relacionados con la seguridad vial.

Evitar las prisas innecesarias, saliendo de casa siempre con el tiempo suficiente incluso en caso de incidencia en la carretera.

Estar tranquilo y seguro en tu puesto de trabajo, ya que el estado de ánimo influye negativamente a la hora de conducir.

Los requisitos básicos se resumen en cuatro tipos:

- Requisito teleológico.
- Requisito topográfico.
- Requisito cronológico.
- Requisito mecánico del accidente.

Requisito teleológico para accidentes es in itinere:

El desplazamiento debe de ser a causa únicamente por motivos laborales.

Su causa debe ser por la iniciación o finalización de la prestación de servicios laborales, o cualquier otro asunto relacionado con éste, como puede ser un reconocimiento médico.

Requisito topográfico o geográfico para accidentes in itinere:

Todo accidente in itinere debe ocurrir durante el camino de ida o de vuelta entre el domicilio del trabajador y su centro de trabajo. Éste además, engloba y atesora a aquel producido en un momento anterior o preparatorio del transcurso.

Por ello, el trabajador debe realizar un trayecto correcto, normal y adecuado. El camino seguido durante el transcurso, debe corresponderse con cualquier tipo de vía que se use con normalidad.

Respecto al domicilio, puede incluir lugares de residencia o estancia distintos de la residencia principal de la persona. El punto de partida o de llegada no tiene por qué ser necesariamente el domicilio vigente del trabajador.

La jurisprudencia protege al trabajador durante el transcurso que conlleva ir al trabajo o volver de él, siempre y cuando no se rompa el nexo causal domicilio-trabajo.

Requisito cronológico para accidente in itinere:

Todo accidente in itinere, debe producirse dentro del tiempo que se invierte durante todo el trayecto.

Por ello, jamás debe modificarse el itinerario por motivos que responden a interés propio y particular. La jurisprudencia interpreta que las paradas breves no rompen el nexo causal entre domicilio y trabajo, si obedecen a motivos relacionados con éste.

Requisito mecánico del accidente in itinere:

Según el artículo 115 de la LGSS, el trayecto debe realizarse con un medio de transporte habitual, racional y adecuado para cubrir la distancia entre el domicilio del trabajador, y el centro de trabajo o viceversa. El medio de transporte adecuado, es todo aquel que no entraña riesgo grave o inminente.

Es muy importante identificar y marcar cuando se genera un accidente de trabajo, y no es considerado in itinere, como pueden ser los siguientes:

Si el accidente ocurre cuando aún no se ha iniciado el desplazamiento.

Si el accidente ocurre cuando ya se ha finalizado el desplazamiento.

Si el accidente ocurre cuando el trayecto no es el adecuado.

Si el accidente ocurre dentro del domicilio privado.

Si el accidente ocurre por modificaciones injustificadas del recorrido.

Si el accidente ocurre por alteraciones de tiempo que no son habituales.

Si el accidente ocurre por usar un medio de transporte que entraña riesgo grave e inminente.

Si el accidente ocurre por un desplazamiento con imprudencia temeraria.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto, los consejos generales para evitar los accidentes in itinere están directamente relacionados con la seguridad vial y otras normas básicas de circulación, ya sea tanto en un vehículo a motor como cuando nos desplazamos como peatón o vamos en bicicleta. Un buen mantenimiento y revisiones periódicas de nuestro medio de transporte resultan imprescindibles.

Con esta serie de requisitos, pautas y consejos, es muy probable que el trabajador

pueda disminuir y concienciarse seriamente sobre los accidentes in itinere, sabiendo así cuales son todos sus derechos en caso de sufrir uno, y a su vez, como intentar evitarlos por exceso de confianza o por desconocimiento absoluto sobre los límites en los que te ampara la seguridad social.

6 Bibliografía

Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE nº 269, de 10 de noviembre).

NTP 1090: Riesgos laborales viarios: marco conceptual (I). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

NTP 924: Causas de accidentes: clasificación y codificación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Capítulo 520

COVID-19: MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN Y VACUNACIÓN

MARIA COVADONGA RUIZ JODRA

1 Introducción

Las medidas no farmacológicas de prevención para evitar la transmisión del virus SARS-CoV-2 pueden ser implementadas de manera individual, sobre sí mismo para protegerse y también para proteger a los demás; realizarse sobre el entorno para hacerlo más limpio y seguro o bien recomendarse o imponerse a nivel poblacional, para proporcionar la minimización de las tasas de incidencia, de hospitalización y de mortalidad.

A lo largo de la pandemia muchas de las medidas se han ido recomendando según el principio de precaución, con evidencia científica acerca de la efectividad limitada y siempre en relación con los riesgos y la factibilidad asociados a su implementación. Si bien los estudios de mejor calidad (ensayos clínicos controlados aleatorizados) no son posibles de realizar en tal contexto, sí hay datos suficientes que apoyan la efectividad de las medidas utilizadas a lo largo de la pandemia.

Tras la autorización y suministro de la primera vacuna por parte de la Unión Europea, en España, se comenzó a vacunar el 27 de diciembre de 2020. Se priorizó, a las personas residentes en centros de mayores y otros centros de dependencia dentro de la Estrategia de vacunación, por su mayor riesgo de exposición y vulnerabilidad dentro de la primera etapa de la vacunación, junto al personal sanitario y sociosanitario de primera línea y las personas con gran dependencia no institucionalizadas. A continuación, se vacunaron las personas más vulnerables por su edad (de forma descendente), priorizando a las personas de 65 y más

años, el resto de personal sanitario y sociosanitario, algunos colectivos con funciones esencial para la sociedad y personas con condiciones de muy alto riesgo. Se continuó descendiendo por grupos de edad hasta incluir en el programa de vacunación, a toda la población diana hasta los 12 años de edad.

Finalmente, el martes 7 de diciembre de 2021 la Comisión de Salud Pública aprobó la recomendación de vacunación de la población del grupo de edad de entre 5 y 11 años, iniciándose a suministrar la 1ª pauta en España, el 15 de diciembre de 2021, a quienes se les administrarán 2 dosis de Comirnaty (Pfizer) 10 µg/dosis (presentación pediátrica), con un intervalo entre dosis de, al menos, 8 semanas para conseguir mejor respuesta inmune y mejor perfil de seguridad.

2 Objetivos

☑ Conocer las medidas higiénicas y de control para la prevención de contagios por Covid-19.

☑ Numerar las vacunas aprobadas frente a la COVID-19 en España, según la EMA, hasta la fecha, y ver si su implementación tiene efectividad en la población, como medidas farmacológica y preventiva para el control de la transmisión.

☑ Priorizar en los objetivos de Estrategia para la vacunación.

3 Metodología

Tras la revisión de varias publicaciones del Ministerio de Sanidad, en el presente capítulo se expondrán alguna de las medidas generales tanto de uso individual como colectivo, para la prevención de la infección por el virus SARS-CoV-2. Y se realizará una evaluación de las primeras vacunas autorizadas hasta la fecha, con las que la población vio un claro camino de prosperidad para prevenir la enfermedad y disminuir su gravedad y mortalidad

4 Resultados

Medidas de protección individual: o Uso de la mascarilla: Existen normas para mascarillas higiénicas, quirúrgicas y equipos de protección individual (mascarilla autofiltrante de tipo FFP2, FFP3). La eficacia de estos dispositivos depende de la eficiencia de filtración del material que compone el dispositivo; del ajuste del dispositivo a la fisonomía humana, es decir, la ausencia de fugas y de la respirabilidad, es decir, la resistencia del material al paso de aire.

☒ Las mascarillas higiénicas se pueden comercializar sin normativa alguna para su fabricación ni grado de protección. No obstante, debido a la situación de pandemia por COVID-19, se han creado unas normas españolas para su fabricación, que utilizan el mismo ensayo de filtración bacteriana de la norma EN 14683 pero con requisitos de capacidad de filtración inferiores.

☒ Las mascarillas quirúrgicas están reguladas por la norma EN 14683:2019, que describe, entre otros, el test de filtración bacteriana, con el que determina la capacidad de filtración del material del cual está hecha la mascarilla.

☒ Las mascarillas autofiltrantes (FFP2, FFP3 en Europa; aproximadamente equivalentes a N95, N99 en EEUU, respectivamente) están reguladas por la norma EN 149:2001, para evaluar la capacidad filtrante del material con que se fabrican, y diseñadas para proteger a la persona que la lleva de la inhalación de aerosoles presentes en el ambiente, independientemente de su naturaleza y su tamaño. La eficiencia de filtración ha de ser superior a 94% y 99% para FFP2 y FFP3, respectivamente. Además, la norma EN 149:2001 describe el ensayo de ajuste de la mascarilla a la fisonomía humana. o Aumento de la distancia física interpersonal y reducción del tiempo de contacto: La probabilidad de contacto con cualquier secreción respiratoria infectiva, es superior a distancias cortas de la persona emisora, de ahí la recomendación de aumentar la distancia física interpersonal. La exposición, concretamente a aerosoles infectivos, depende de la concentración y del tiempo. A mayor tiempo de exposición, mayor dosis infectiva recibida. Además, en espacios interiores mal ventilados, en presencia de una persona con capacidad infectiva, la concentración en el aire aumenta con el tiempo pues se acumulan los aerosoles. o Actitudes que reducen la emisión de aerosoles por las personas: Al hablar alto, hacer ejercicio o cantar se emiten más aerosoles que al permanecer en silencio o hablar. Así, una medida sencilla y eficaz para reducir el riesgo de contagio es el silencio. o Priorizar el uso de los espacios abiertos, donde los aerosoles emitidos por la persona se diluyen en un aire infinito. Sin embargo, en estos espacios también se debe llevar mascarilla y guardar distancia interpersonal, ya que, aunque el riesgo de transmisión se reduce considerablemente en el exterior, también se han producido contagios y brotes en reuniones al aire libre. o La higiene de manos es la medida más sencilla y eficaz para prevenir la transmisión de microorganismos como el SARS-CoV-2, debido a su envoltura lipídica que es desactivada con las sustancias surfactantes de los jabones. No hace falta utilizar jabones desinfectantes, el jabón corriente de manos, sea sólido o líquido es suficiente. Lo importante es la duración de la fricción, debe ser como mínimo 40-60 segundos. Otra opción es usar solución hidroalcohólica, pero si las manos están sucias no va a ser efectiva, por lo que se recomienda el lavado con agua y jabón.

Medidas de adecuación de espacios: o Limpieza y desinfección: en entornos donde hay enfermos de COVID-19, el virus SARS-CoV-2 se ha encontrado de forma repetida en las superficies inanimadas en la cercanía de los enfermos (cama, baños, barandillas, interruptores, pomos...), tanto en entornos hospitalarios como en los domicilios de los pacientes. Tras los procesos habituales de desinfección, el material genético del virus se detecta en pocas ocasiones, incluso de las UCI y en las pocas ocasiones en las que se ha detectado no se ha logrado cultivar, lo que en principio apunta a una ausencia de viabilidad. En condiciones reales, los métodos de limpieza (objetos de uso personal, se limpiarán con frecuencia, cuando el material lo permita, usando un paño limpio con solución hidroalcohólica) y desinfección (principalmente, se debe prestar especial atención sobre las superficies, que se tocan con frecuencia, y donde se recomienda usar la lejía, aunque también pueden usarse productos desinfectantes con actividad viricida que se encuentran en el mercado) recomendados son bastante eficaces. o Ventilación natural o mecánica: Con suficiente evidencia se puede afirmar que el aire recirculado en ausencia de filtros en una estancia en la que se encuentre una persona con infección por SARS-CoV-2 sin mascarilla y el tiempo suficiente, constituye un riesgo para otras personas presentes independientemente de la distancia a la que se encuentren. Para reducir el riesgo de transmisión de patógenos mediante aerosoles en ambientes interiores es efectivo mejorar la ventilación. Se entiende por ventilación la renovación de aire interior con aire exterior, y esta puede ser, por medios naturales mediante apertura de puertas y ventanas, forzada (mecánica) o una combinación de los dos sistemas. o Reestructuración de los espacios: Se recomienda adaptar los espacios a las evidencias en torno a los mecanismos de transmisión previamente expuestos. Se debe garantizar la distancia interpersonal, para lo que se deberán reducir aforos, separar asientos etc. También se recomienda el uso de protectores tipo mamparas para ofrecer protección adicional en algunos casos.

La vacunación se consolida como el método más eficaz de prevención frente al virus del COVID-19 y la Agencia Europea del Medicamento (EMA), ha autorizado para su uso las siguientes: o Las vacunas de Comirnaty (de BioNTech/Pfizer) y Spikevax (de Moderna) son vacunas que contiene ARN mensajero que incluye instrucciones para que nuestras propias células fabriquen proteínas S. o La vacuna Vaxzevria (AstraZeneca /Oxford) y Janssen (Johnson & Johnson) es una vacuna de adenovirus, que contiene ADN Modificado donde parte del ADN en el interior de este virus inofensivo se convertirá dentro de nuestra célula en muchas copias de ARN, y este ARN a su vez, contiene las instrucciones para que nuestras células fabriquen proteínas S. o La vacuna Novavax es una vacuna a base

de proteínas contra el virus que utiliza una tecnología basada en nanopartículas recombinantes, es decir de los fragmentos de proteína S y otros componentes del virus.

COMO FUNCIONAN LAS VACUNAS FRENTE AL COVID:

Nuestro sistema inmune reconoce que esta proteína S no debería estar en nuestro cuerpo y produce anticuerpos y linfocitos T: o Anticuerpos neutralizantes: se unen a las proteínas S (antígenos) del virus impidiéndole continuar su camino. El virus queda neutralizado. o Linfocitos T: contribuyen a la memoria inmune. Si la persona vacunada se infecta más adelante, los linfocitos T de memoria reconocerán la proteína S del virus y lo destruirán.

EFFECTIVIDAD DE LAS VACUNAS: o Estudios observacionales muestran una caída de la efectividad a medida que pasa el tiempo desde la administración de la segunda dosis, sobre todo desde la circulación de la variante Delta y Omicron. o Los resultados llevados a cabo según el Ministerio de Sanidad hasta el 17 de diciembre de 2021, muestran una alta efectividad de la vacunación en los distintos grupos de edad, sobre todo en la prevención de eventos graves como hospitalización, donde la reducción del riesgo continúa estando alrededor del 90% en todos los grupos. La protección frente a infección sigue siendo en general menor que frente a eventos graves (entre el 32% y el 84% según los grupos de edad). o Las personas de 80 y más años muestran una efectividad vacunal ligeramente inferior a la observada en otros grupos de edad. Durante el mes de noviembre de 2021, la efectividad en ese grupo, excluyendo los residentes en centros de mayores, fue del 78% (IC95%: 75,8-79,9) frente a infección, 81,8% (IC95%: Tercer informe efectividad vacunación COVID-19 Grupo de trabajo de efectividad de la vacunación COVID-19 11 79,5-83,7) frente a infección sintomática, 87,1% (IC95%: 84,9-89) frente a hospitalización y 92,9% (IC95%: 90,4-94,6) frente a fallecimiento, cifras ligeramente inferiores, sobre todo frente a infección, que las mostradas en el informe anterior. o Se observa un incremento de la efectividad en el mes de noviembre y hasta el 5 de diciembre, posiblemente relacionado con la administración de la dosis de recuerdo en los mayores de 80 años. o Para el grupo de 70-79 años, la efectividad fue de 84,2%, 86%, 93,2% y 94,8% frente a infección, infección sintomática, hospitalización y fallecimiento, respectivamente. o Para el grupo de 18-49 años fue de 32%, 30%, 86% y 70%, los menores valores de efectividad de todos los grupos estudiados.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión a nuestro estudio, podemos señalar que:

Las vacunas contra la COVID-19 protegen contra esta enfermedad porque favorecen la inmunidad. En el apartado anterior, hemos visto que la protección frente a hospitalización y defunción se mantiene elevada, por encima del 90% contra el virus SARS-Cov-2 que la causa; es decir, se reduce el riesgo de que cause síntomas y tenga consecuencias muy graves para la salud. Y la inmunidad, ayuda a las personas vacunadas a luchar contra este virus en caso de infección, reduciendo la probabilidad de que lo contagien a otras personas y, por tanto, además de protegerse ellos mismos, protegen a los demás.

Con la Estrategia de Vacunación, que ha implantado el Ministerio de Sanidad, hemos visto que se dio prioridad a la protección de las personas que están en una situación de mayor vulnerabilidad, así como la efectividad de las vacunas administradas hasta la fecha, donde a pesar del alto número de contagios, la enfermedad se ha ido debilitando con personas infectadas con síntomas más leves y, por tanto, una menor saturación de la presión hospitalaria.

La implementación precoz de las medidas de higiene y prevención es fundamental. Estas apelan al sentido común y la responsabilidad individual, mediante: el uso adecuado de la mascarilla, la distancia interpersonal, la ventilación adecuada en los espacios cerrados y la higiene de manos. Se recomienda establecer límites en el número de participantes en eventos públicos y sociales, especialmente durante las celebraciones de las próximas fiestas navideñas.

Hay que tener en cuenta que ninguna de las medidas de protección es eficaz al 100%, por sí misma para evitar la transmisión, y que para aumentar dicha efectividad será necesario combinar varias de estas medidas al mismo tiempo.

6 Bibliografía

✎<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>

✎https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/Efectividad_vacunaCOVID-19.htm#

✎<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/ciudadania.htm>

✎https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_MEDIDAS.pdf

✎https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/Efectividad_VacunacionCOVID-19_Espana.pdf

✎https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/Vacuna_COVID_poblacion_infantil_

Preguntas y Respuestas.pdf

☒ <https://www.vacunacovid.gob.es/arnm-proteinas-adenovirus-como-actua-y-en-que-se-diferencia-cada-tipo-de-vacuna>

☒ <https://www.vacunacovid.gob.es/enlaces-y-documentos>

☒ <https://www.redaccionmedica.com/secciones/industria/europa-aprueba-la-vacuna-de-novavax-la-quinta-contra-el-covid-19-5558>

Capítulo 521

EL ESTIGMA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES ASOCIADO A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

MARTA ELENA MENENDEZ ROLDAN

ANA FERNANDEZ FERNANDEZ

MANUEL ANGEL GENARO ALBA

1 Introducción

El estigma social que genera las personas con enfermedad mental son estereotipos negativos que define a estas personas por etiquetas hirientes (esquizofrénico, deprimido, hiperactivo, loco...) y que llevan a la discriminación social y laboral. El estigma en los sujetos que padecen una enfermedad mental, su expresión más grave es el autoestigma. El estigma también existe entre los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en los centros hospitalarios. Entre los profesionales que tratan a estos pacientes se pueden dar dos tipos de actitudes frente al enfermo, una que es el paternalismo y otra la deshumanización. La deshumanización hará un peor trato hacia dichos enfermos y una calidad de la atención deficiente. Las personas con enfermedades mentales son los grupos sociales más estigmatizados más estudiados, siendo los más vulnerables en sus derechos. El estigma público se produce cuando la comunidad manifiesta prejuicios y estereotipos negativos hacia los pacientes y, en consecuencia, actúa discriminatoriamente

hacia ellos. El estigma hacia los pacientes con enfermedad mental sigue siendo un problema vigente en la actualidad. Los profesionales especializados en Salud Mental están más preparados y sensibilizados, por lo que saben cómo tratarlos normalizando la enfermedad limitando el estigma, esto hace que los pacientes se sientan mas cómodos, pero también mas dependientes hacia el sanitario.

2 Objetivos

Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales.

Ser un instrumento más para favorecer todo lo necesario para mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental.

3 Metodología

Artículos relacionadas con la salud mental, dentro de los ámbitos sanitarios. web en Microsoft academic.

Diferentes estudios realizados por las diferente universidades.

Artículos en la revista sanitaria de investigación.

Confederación de la salud mental en España.

Eduso, revista de educación social.

4 Resultados

Numerosos estudios han demostrado las relaciones entre condiciones psicosociales del trabajo y la salud mental de los empleados, y especialmente cómo la combinación de bajo control percibido y altas demandas laborales predicen determinados problemas de salud mental.

En definitiva, el estrés del trabajo se ha convertido en una de las principales causas de incapacidad laboral en los países desarrollados, al mediar en nuevas amenazas para la salud mental y como factor de riesgo de otras enfermedades como las cardiovasculares y los los accidentes de trabajo.

Según la revisión realizada, la relación entre salud mental y salud laboral es compleja y multifactorial. La relación entre los factores laborales y el trastorno mental puede darse de diferentes maneras:

- Coincidente temporal que el trabajador considera causa de su trastorno. Depende de procesos atribucionales y características de personalidad como la ca-

pacidad de introspección y el "locus de control". Una persona con poco "insight" y tendencia a hacer atribuciones estables y globales de atribución externa para los sucesos negativos, tenderá a atribuir dificultades propias a factores ajenos a él mismo. También patologías con sintomatología paranoide, por ejemplo, pueden focalizarse en personas o entornos laborales.

- Magnificador. El estresor revela y magnifica una alteración ya presente en el individuo (por una incidencia patológica en su estado cognitivo, emocional y/o conductual)
- Consecuencia. Una situación laboral, como por ejemplo la vivencia en el lugar de trabajo de una agresión por parte de un usuario, puede generar un nivel de estrés patológico y un trastorno mental consecuencia del mismo (TEPT por ejemplo). Para poder hacer de forma adecuada estas diferenciaciones esencial el análisis de la secuencia de los acontecimientos.
- Precipitante o desencadenante de un trastorno mental para el cual está predispuesto genéticamente o por la interacción genético-ambiental desde el nacimiento.

La prevención primaria, secundaria y terciaria, junto a medidas de promoción de la salud en los lugares de trabajo, permitirán el desarrollo de la salud mental laboral mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de los distintos trastornos y sus aspectos laborales relacionados. Todo ello redundará en el logro de los siguientes objetivos: a) La mejora continua de la calidad de vida laboral:

- Promoviendo programas de salud mental en el ámbito de la salud laboral con un modelo de trabajo interdisciplinario e integrador de las distintas actuaciones sanitarias, preventivas y de promoción de la salud con integración de la salud mental en la salud general.
- Establecer protocolos de derivación, coordinación y reincorporación laboral de los trabajadores con trastorno mental.
- Desarrollar actividades formativas compartidas entre salud mental y salud laboral con intercambio bidireccional de conocimientos teóricos y destrezas prácticas a través de sesiones de interconsulta de casos, sesiones clínicas, teóricas, grupos tipo Balint, etc.
- Colaboración mutua en los aspectos relacionados con la investigación de los trastornos mentales en el ámbito laboral. b) La reducción de los costes de la en-

fermedad y una gestión eficiente de los recursos.

Para lo que será importante priorizar el control, la regulación y la prevención del riesgo. Intervenciones como las realizadas por los Programas de Asistencia al Empleado, han demostrado su eficacia y rentabilidad en este sentido.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito laboral es fundamental fomentar el desarrollo de sus habilidades y la recuperación de capacidades. Las personas con un trastorno mental tienen una baja participación en el mercado de trabajo, debido en gran medida a la discriminación que experimentan. Existe una necesidad en la educación dirigida a la población en general y específicamente a los profesionales sanitarios, sobre la salud mental con el fin de reducir el estigma que existe entre la población. Una vez que la persona se le ponga la etiqueta de "enfermo mental" la sociedad responde con un estereotipo determinado y el individuo se siente cada vez más aislado y señalado.

6 Bibliografía

León Castro H.M. Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social.

Rev. Psiq Her Val. Vol VI N°1 Enero- Junio 2005, pp 33-34

Pederson, D. Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación. Revista Psiquiatría y Salud Mental. 2005, VI (1): 3

Capítulo 522

LA INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA EN EL RENDIMIENTO DE LOS TRABAJADORES

MARTA ELENA MENENDEZ ROLDAN

MANUEL ANGEL GENARO ALBA

ANA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La autoestima nos afecta en todos los ámbitos de nuestra vida trabajo, familia, ocio, relaciones, etc. Tener una buena autoestima nos ayuda a tener más confianza en nosotros mismos, estar más seguros de nuestras decisiones y valorarnos más frente a los demás.

En el ámbito laboral, hay factores como el entorno, opiniones y actitudes de otros compañeros que nos pueden hacer sentir poco valorados y afectar a nuestra autoestima. Sin embargo, la autoestima no viene relacionada con la opinión que otros tienen de nosotros, sino por la que nosotros tenemos de nosotros mismos.

La autoestima en el ámbito laboral es la percepción que cada uno tiene del desempeño de su trabajo y se suele medir en base a lo que una persona cree que hace y lo que debería hacer. No está relacionado con los conocimientos o capacidades, sino con el sentimiento que uno mismo tiene sobre su propio trabajo. Una persona que considera que desarrolla su trabajo con éxito tendrá una autoestima

alta, sin embargo, si considera que su trabajo no es lo suficientemente bueno disminuirá la confianza en sí mismo, generando una autoestima baja que terminará afectando a la calidad y cantidad de trabajo.

Conocerse a sí mismo y tener una actitud positiva y segura hacia las propias competencias, favorece en gran medida las relaciones personales en el ámbito laboral. Algo que, tal como ya hemos comentado en otros post, es decisivo para el trabajo en equipo, el liderazgo y la gestión del cambio en las organizaciones.

2 Objetivos

Exponer la influencia de la autoestima en el rendimiento de los trabajadores

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Reforzar la autoestima es un trabajo que, tanto responsables como compañeros, deben realizar y fomentar.

Valoración del trabajo realizado. Si un trabajador o compañero ha realizado un buen trabajo es importante felicitarlo. Dar reconocimiento al trabajo realizado refuerza la autoestima de las personas.

Potenciar la colaboración entre compañeros. Formar equipos menos competitivos entre ellos y afrontar los retos conjuntamente. A muchos responsables les gusta que haya una competencia negativa entre sus trabajadores porque piensan que de esta manera rinden más, sin embargo, está demostrado que si se trabaja en un equipo que se apoya y confían los unos en los otros, se obtienen mayores beneficios.

Creer en las capacidades de los compañeros. Conocer el potencial de los miembros del equipo y apoyarlos desde la escucha, el respeto y la confianza. Si nue-

stro equipo confía en nosotros, aunque no seamos expertos o tengamos mucha experiencia, nos sentiremos con confianza y tendremos menos miedo a cometer errores.

Son opiniones no verdades. En ocasiones los compañeros de trabajo opinan de forma negativa sobre el trabajo de una manera inadecuada por su tono, lenguaje verbal y/o corporal, actitud, etc. Esto hace que dudemos de nuestras capacidades y el valor de nuestro trabajo. Debemos ser conscientes que ese mensaje es una opinión sobre cierto trabajo y, antes de dejar que afecte a la autoestima, hay que saber enfrentar el problema de una forma madura y adecuada.

Orgullo de pertenencia. Para aumentar nuestra autoestima debemos también retroalimentar la de los demás. Por eso, si valoramos y admiramos el trabajo de nuestros compañeros los veremos como ejemplos a seguir en el mundo laboral. A todo el mundo le gusta codearse de “los mejores”, si tenemos esa percepción de nuestros compañeros sentiremos satisfacción por ser parte de su equipo, porque eso significa que también somos parte de los mejores. Esto generará el orgullo de pertenencia que refuerza el compromiso con el equipo y la empresa.

En algunos entornos laborales se realizan actividades que sirven para reforzar la autoestima de sus trabajadores, alguna de las técnicas más comunes son:

El Regalo

Cada cierto periodo de tiempo se reúne todo el equipo y dice una capacidad o cualidad positiva que defina a cada compañero.

After work

Una o dos veces al año, se realiza una salida con los compañero del trabajo para comer o tomar algo después del trabajo. Estar fuera del entorno laboral fomenta una comunicación distendida, hace que las personas se conozcan mejor y descubran otras facetas de sus compañeros.

Team building

Son escapadas, normalmente de un fin de semana, en las que todo el equipo convive y donde un coaching es el encargado de realizar actividades que refuercen la confianza, les muestre cómo trabajar mejor en equipo y a valorar las cualidades de los otros compañeros.

Tener una autoestima alta es un ejercicio de reflexión, de aprender a querernos y valorarnos a nosotros mismos y demostrar al resto de la gente que somos competentes para desarrollar nuestro trabajo.

Un entorno laboral seguro hace que la autoestima crezca y haya mayor calidad en el trabajo realizado por los trabajadores. Un ambiente laboral en el que los trabajadores no están cómodos hace que aumenten las inseguridades, haya menor compromiso con la empresa y el proyecto, y finalmente los trabajadores opten por buscar otro trabajo con mejor ambiente laboral donde se sientan más valorados.

Algunas personas, cuando se encuentran en estas situaciones, deciden cambiar de trabajo; no obstante, esta medida no siempre es la mejor. Por ello, aunque no cambiemos de empleo, lo que podemos hacer es centrarnos en cambiar nuestra motivación y predisposición con las que vamos a trabajar día a día. Debemos empezar a confiar en que lo que hacemos, y a sentirnos bien con ello, ya que ello nos permitirá mejorar nuestro desempeño.

Ante todo debemos impulsar nuestras fortalezas. Esto no implica dejar de lado nuestras debilidades; por el contrario, es importante que los identifiquemos para gestionarlos mejor, pero siempre explotando al máximo todo aquello que nos dé bien. Es fundamental que seamos amable con nosotros mismos. Debemos diferenciar bien entre la exigencia que nos ponemos y el excesivo mal trato que nos damos cada vez que fallamos. Es preciso que empecemos a considerar a los errores como oportunidades de aprendizaje, no como algo que nos torture cada vez que pensemos en ello.

Otra manera es no compararnos con el compañero de al lado. Todos somos distintos, cada uno tiene sus ventajas y desventajas, pero como lo mencionamos antes tenemos que enfocarnos en nuestro propio trabajo y sacar a relucir nuestras cualidades siempre que sea posible. La seguridad en nosotros mismos es la clave de la superación personal, debemos ser los primeros en estar satisfechos con lo que hemos hecho.

Poniendo en práctica estos pasos, nuestra autoestima mejorará, y con ello nuestro desempeño en el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

La autoestima es uno de los elementos fundamentales para tener éxito en la vida, y la autoestima laboral no es ajena a ello. Tener una autoestima elevada nos permitirá afrontar todos los desafíos laborales que tengamos por delante, nos ayudará a salir de nuestra zona cómoda y a buscar retos más difíciles; por el contrario, si tenemos una baja autoestima huiremos de esos retos, pasando siempre desapercibidos.

Por tanto, tener empleados y directivos con una autoestima positiva favorece las relaciones interpersonales, base del trabajo en equipo, permite reconocer los errores como forma de aprendizaje y aporta una forma de resolución de conflictos más eficiente. Todo ello tiene una clara repercusión en un buen desempeño profesional.

6 Bibliografía

Branden, N. (2011). La autoestima en el trabajo.

Gómez, G. B. (2011). Estrés laboral, trabajo emocional y salud en profesionales del área de la rehabilitación.

Valentín Lara, V. (2018). Estudio sobre la influencia que genera el acto de perdonar en la autoestima y la resiliencia de los trabajadores.

Capítulo 523

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

FLORENTINA PEREZ ALVAREZ

1 Introducción

El servicio de admisión y documentación clínica es la unidad encargada de gestionar en el ámbito de la atención primaria y especializada del área de salud, la ordenación, coordinación y priorización de las actividades que se producen entorno a la asistencia médica con el fin de mantener la eficiencia en la utilización de recursos y cohesión de la organización frente al paciente y su proceso asistencial, garantizando así el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva.

El servicio de admisión y documentación clínica es una estructura de apoyo en el hospital, cuya función es gestionar los pacientes como área responsable de gestionar el flujo de pacientes por los distintos servicios que la gerencia de atención integrada ofrece así como tramitar su documentación clínica y la información asistencial generada.

Para la organización de este servicio es imprescindible disponer de: formación continuada del personal auxiliar administrativo, definición y creación de ficheros y registros de acuerdo a la información que se desea manejar, establecimiento de los circuitos internos de comunicación y control de los procesos, desarrollo de un software básico de apoyo a la actividad interna del servicio, abierto y modificable en el tiempo para su adaptación a las necesidades de cada momento.

2 Objetivos

Establecer las funciones que el auxiliar administrativo tiene como encomendadas para llevara cabo el trabajo en el servicio de admisión y documentación clínica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 analizar la documentación nos damos cuenta que lo más importante en este tema es tener bien definido cuales son las principales funciones a realizar por un auxiliar administrativo en un servicio tan importante como es el servicio de admisión y documentación clínica.

Igual de importante es tener un personal cualificado que sea capaz de desarrollar esas tareas con la mayor diligencia y profesionalidad.

Esto supone una inversión en recursos humanos para que tengan una formación acorde con el puesto.

Con la tecnología existente , lejos de parecer más sencillo el trabajo, se complica en ese aspecto porque lo que realmente es importante es ser capaz de interiorizar las funciones propias que tiene que realizar cada uno.

El auxiliar administrativo de este servicio tiene que integrar los contactos y movimintos asistenciales de todos los pacientes en el hospital y en su área de atención especializada. Sus funciones están orientadas hacia la coordinación de acciones y recursos alrededor de la asistencia al usuario, teniendo una función facilitadora de las tareas asistenciales de los servicios clínicos.

En las diferentes áreas básicas de atención su cometido será la gestión operativa de los procesos administrativos de acceso y circulación asistencial de pacientes para facilitar una accesibilidad sencilla, también será su cometido la organización y evaluación el proceso asistencial manteniendo la cohesion de la organización sanitaria ante el paciente y favoreciendo una adecuada utilización de los recursos, otro cometido es la obtención de datos que ofrezcan a la institución sanitaria información sobre la demanda existente y la actividad asistencial realizada.

El administrativo de este servicio también tiene como cometido gestionar toda la información clínica generada por un paciente, independientemente del centro sanitario en que sea atendido.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario normalizar las funciones que el auxiliar administrativo debe desempeñar en el servicio de admisión y documentación clínica. Una vez afiancemos dichas funciones también tendremos que formar y distribuir los recursos humanos de una manera óptima.

Con todo ello conseguiremos la unificación y normalización de los contenidos de una buena actuación profesional. En una época en la que los usos de las tecnologías impulsan situaciones imprevisibles, sería bueno recordar lo que es una buena metodología y cómo debe transmitirse la misma, es un buen ejemplo a seguir por cualquier profesional que pretenda ser riguroso en su centro de trabajo

6 Bibliografía

- Ocronos
- Revista médica

Capítulo 524

EL PERSONAL NO SANITARIO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO Y LA VIOLENCIA EN EL TRABAJO

MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ FUERTES

1 Introducción

Según la Unión Europea (UE), los actos de violencia en el lugar de trabajo son aquellos “incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas, o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluidos los viajes de ida y vuelta al trabajo, que pongan en peligro, explícita o implícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud”. Dentro de esto están, también, las amenazas, las agresiones físicas y hasta el homicidio. Estos tipos de violencia son: física, como patadas, empujones, bofetadas, puñetazos...; verbal, como gritos, amenazas, insultos...; psicológica, como trastornos de ansiedad, depresión, insomnio...

La violencia, no forma parte del trabajo, las agresiones que puedan sufrir los trabajadores en un riesgo que puede afectar la salud de estos. La violencia es un problema y hay que aprender a reconocerlo, sabiendo el tipo de violencia que se da en cada situación y las consecuencias derivadas de ella, se pueden tomar las medidas oportunas. Es un fenómeno en el que se juntan varios factores como son los psicológicos, los biológicos, socioculturales y ambientales. Hay que tener preparadas unas líneas de actuación entre las que destacan las medidas de prevención y las medidas de actuación. Hay que encontrar soluciones que disminuyan o eliminen los momentos de violencia que se puedan generar dentro, por ejemplo, del ámbito sanitario, que es el que nos ocupa, al personal no sanitario.

2 Objetivos

☒ Definir el concepto de violencia en el trabajo del personal no sanitario del ámbito hospitalario.

☒ Definir las líneas y medidas de actuación.

3 Metodología

Para poder elaborar este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de información en libros y revistas, también se han consultado artículos en la base de datos: PubMed, MedlinePlus. Se han empleado como criterios de inclusión: idioma castellano e inglés y de exclusión: textos que carecen de acceso gratuito. Como palabras clave han sido utilizadas: violencia, trabajo, personal, no sanitario, agresión, físicas.

4 Resultados

Dentro de las consecuencias de la violencia, que se dan, en el lugar del trabajo hay una tipología: según la gravedad de las lesiones físicas y según los daños psicológicos.

Según la gravedad de las lesiones físicas: heridas leves, heridas graves que necesiten intervención, heridas muy graves que comprometen la vida, heridas mortales, contusiones múltiples, contusiones únicas.

Según los daños psicológicos que cause la violencia: trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, trastornos psicosomáticos, trastorno por estrés, estrés laboral crónico. Todo ello puede acarrear, entre otros, que haya una desmotivación en el trabajo y un cambio en la productividad. Hablamos en la introducción de que hay que tener preparadas unas líneas de actuación entre las que destacan las medidas de prevención y las medidas de actuación. Vamos, pues a hablar un poco de ellas:

- Medidas de Prevención. Tener un plan de formación, para abordar el problema de las agresiones, desarrollando un plan específico para ello; medidas de seguridad se adoptarán las medidas necesarias para tratar las situaciones de la mejor forma posible; campañas de información y adaptar las medidas organizativas necesarias.
- Las líneas de actuación. Están las medidas de actuación inmediata y las de actuación posterior a la agresión.

-Las de actuación inmediata son: pedir auxilio si hay violencia física; se pedirá reconocimiento médico si hay lesiones físicas producto de esas agresiones, con el correspondiente parte médico; se avisará a las Fuerzas de orden público, si se da la situación de agresión; cualquier trabajador agredido debe de ponerlo en conocimiento de la Dirección del centro y se recogerá, por parte del centro de trabajo, toda la información que se pueda recabar de los testigos presenciales de la agresión o agresiones.

-Las de actuación posterior. El agredido debe de ir al Servicio de Prevención, para derivarlo al especialista que corresponda y emitir un informe; la agresión será tramitada como accidente de trabajo para darle la cobertura necesaria; el suceso será registrado en el registro correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

Las personas en el desempeño de su trabajo están sometidas a un riesgo derivado de la relación con otras personas. Los comportamientos violentos son un riesgo para la salud y seguridad de las personas. La violencia en el lugar de trabajo es un gran problema al que se le busca, cada vez más, soluciones. Se tiende a relacionar la violencia con la propia agresión física y este concepto, el de violencia, debe de ser más amplio, en el sentido de que no solo se debe de adjudicar a la agresión física si no que debe de incluirse las conductas verbales intimidatorias, amenazantes y acosadoras. Por todo ello, los diferentes centros o lugares de trabajo deben, como se ha dicho anteriormente, tener unos planes de prevención y de actuación bien trazados y dispuestos para cuando la ocasión lo requiera.

6 Bibliografía

☒Medline: <https://medlineplus.gov/spanish/>

☒PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

☒Planes de prevención y actuación frente a agresiones. Manual Fysa.

Capítulo 525

LA ATENCIÓN DEL CELADOR A TRAVÉS DEL TELÉFONO

VANESA GARCÍA SOLÍS

1 Introducción

En el ámbito de la sanidad, el teléfono es un medio de comunicación muy utilizado, más aún actualmente debido a la situación de pandemia por coronavirus que sufrimos.

En muchísimas ocasiones, principalmente en el ámbito de la Atención Primaria, el celador o celadora se comunica con el usuario o usuaria a través del teléfono, con lo cual, la atención ofrecida debe ser cercana y profesional, pero también eficaz y de alta calidad. El celador o celadora debe aprender a atender el teléfono de forma precisa y amable para que la persona que está al otro lado del teléfono reciba la información que solicita correctamente.

Cuando el personal celador se comunica con un usuario o usuaria, la voz y el tono empleado juega un papel fundamental: mediante la voz, el celador o celadora debe transmitir amabilidad, simpatía, seguridad, confianza, empatía e interés en la consulta.

El celador o celadora también debe desarrollar la capacidad de escucha, concentrándose al máximo en el mensaje que el interlocutor o interlocutora intenta transmitir y emitir mensajes cortos para dar a entender a la persona que está al otro lado del teléfono que entendemos su consulta y que se va a tratar de resolver de manera eficiente.

El lenguaje empleado debe ser correcto y profesional, nunca soez ni utilizando expresiones ni palabras malsonantes.

Aunque no se vea, la sonrisa se percibe y da impresión de simpatía y empatía con el usuario o usuaria.

Los momentos de silencio durante la conversación telefónica servirán al celador o celadora para transmitir un mensaje de escucha activa a la vez que le pueden servir para concentrarse y pensar en posibles soluciones rápidas y eficaces.

2 Objetivos

Definir una serie de aspectos fundamentales para una correcta comunicación telefónica del celador o celadora con los usuarios/as de las instituciones sanitarias.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de libros y artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se ha consultado publicaciones encontradas por Google sobre la materia.

4 Resultados

Actualmente, debido a la situación de pandemia por coronavirus que sufrimos, el teléfono es una de las principales (y más importante) vías de comunicación con los pacientes y usuarios/as del sistema sanitario.

El celador o celadora, sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria, utiliza muy a menudo el teléfono como vía de comunicación, por lo tanto, es importante que se aprenda a atender el teléfono de manera adecuada. Se trata de ofrecer siempre un servicio de calidad y profesional, respondiendo siempre de forma eficaz todas las consultas que llegan a través del teléfono. La voz y el tono empleado toma un papel fundamental y debe reflejar amabilidad, simpatía, ganas de ayudar, confianza e interés. Si en un momento dado, el celador/a siente que no puede dar una respuesta satisfactoria porque no tiene la seguridad o certeza sobre el tema de la consulta, debe pasar la llamada a otro profesional que tenga los conocimientos suficientes y pueda aclarar la consulta de forma adecuada.

En el momento de la recepción de la llamada, el celador/a debe adoptar un tono cálido y amable, escuchando la consulta con interés, para ello debe emitir al usuario/a mensajes cortos para que perciban que se les escucha de forma activa y el lenguaje empleado debe ser profesional y educado.

El celador o celadora que atiende el teléfono debe responder rápidamente al mismo o bien pasar la llamada a otro compañero/a disponible. Al contestar la llamada, se debe saludar educadamente e identificar el servicio sanitario, ofrecer colaboración para resolver la consulta, adaptar la velocidad o el tono empleado a las características del usuario/a (edad, nivel de comprensión, etc.), proporcionar información segura y certera del tema consultado y despedir la llamada educadamente.

5 Discusión-Conclusión

Desde hace unos años, la comunicación telefónica con el paciente o usuarios/as del sistema sanitario ha cobrado un papel fundamental. Actualmente, debido a la situación de pandemia por coronavirus, el teléfono es una de las principales vías de comunicación, es por ello que los profesionales sanitarios y los celadores/as deben aprender a atender de forma correcta el teléfono, prestando un servicio de calidad, eficiente, profesional y cercano. Requiere utilizar un tono de voz adecuado y amable, con un lenguaje correcto y educado, escuchando de manera activa al usuario/a y concentrándose para ofrecer una respuesta que satisfaga los intereses del emisor/a.

6 Bibliografía

https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrLE4N1McFhynYANVFU04lQ;_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzMEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1640079861/RO=10/RU=https%3a%2f%2ffrevistamedica.com%2fatencion-celador-informacion%2f/RK=2/RS=WCw8xDzrv31WdkmCOVYkDn.tHPQ-
https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrIdF2dMcFh.DQAKgNU04lQ;_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzIEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1640079901/RO=10/RU=https%3a%2f%2ffrevistamedica.com%2fatencion-celador-informacion%2fatencion%2f/RK=2/RS=sVwbh0nQ0KAJFxFxHcrMLx7jerjog-

Capítulo 526

RIESGOS DE LA TURNICIDAD EN LOS CELADORES DE URGENCIAS

FRANCISCO PÉREZ TORAÑO

1 Introducción

Las urgencias hospitalarias es el primer lugar por el que la mayoría de pacientes pasan antes de ser atendidos por otros servicios que componen el hospital.

En el servicio de Urgencias son muchas las categorías profesionales (celadores, médicos, tcaes, enfermeras, técnicos de rayos, auxiliares administrativos, limpiadoras, etc.) que trabajan. Es el primer contacto del paciente con el hospital y donde se inicia el proceso diagnóstico. El paciente podrá ser derivado a consultas, a su centro de atención primaria o a hospitalización.

Los turnos pueden causar efectos negativos para la salud física y mental de los trabajadores. Son un trastorno para el ritmo biológico de los trabajadores, pudiendo ser causante de múltiples patologías como: trastorno del sueño, metabólico y gastrointestinales, aumento de la tensión arterial, estrés, depresión, irascibilidad, cambios de humor, problemas circulatorios.

El trabajo a turnos implica números riesgos para la salud incluidos los psicosociales. Hay que reconocer e identificar esos riesgos para hacerles frente con las medidas preventivas oportunas. Por eso el servicio de Prevención de Riesgos Laborales debe realizar reconocimientos médicos periódicos.

Para contrarrestar estos efectos negativos pueden tomarse medidas preventivas, la reducción de la carga de trabajo en horario nocturno, establecer las carteleras con antelación, respetar los periodos de descanso, escuchar las necesidades personales de los trabajadores o realizar una vigilancia de la salud.

2 Objetivos

- Conocer los principales riesgos psicosociales que implica el trabajo a turnos para los trabajadores de urgencias.
- Analizar los efectos del trabajo a turnos, tanto las alteraciones en la salud física y mental, como los efectos en su vida familiar, social y en el desarrollo de sus funciones en el puesto de trabajo.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre LA TURNICIDAD DEL CELADOR EN EL ÁMBITO SANITARIO. Para ello, se utilizaron las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: Cuiden, Scielo, Cochrane, Scopus. Las búsquedas se realizaron entre noviembre y diciembre de 2021. Se aplicó una restricción referente al idioma, incluyendo únicamente artículos en idioma español e inglés. Se acotó la búsqueda en los últimos 10 años, desde 2011 al 2021, si bien entendemos que una búsqueda de artículos de los últimos 5 años sería más apropiada.

4 Resultados

Comentamos anteriormente que en el servicio de urgencias el personal debe trabajar 24h. Durante los 365 días del año, repartidos en turnos mañana-tarde-noche.

El trabajo a turnos tiene peligrosos riesgos laborales como:

- Trastorno del sueño, el trabajo a turnos implica que el horario de acostarse sea distinto cada día. Con asiduidad el trabajador se acuesta y se levanta en horarios dispares, eso provocará que la calidad del sueño sea escasa, nuestro cuerpo deja de identificar el momento de dormir, provocando síntomas de insomnio y somnolencia diurna. Según estudios esta falta de sueño puede producir aumento de peso, diabetes, problemas cardíacos, aumento de la tensión arterial, etc.
- Trastornos metabólicos y gastrointestinales, se hace imposible realizar hábitos saludables de alimentación, los horarios de ingestión son irregulares lo que favorecen los problemas o trastornos de salud.
- Estrés psicosocial, el trabajo a turnos hace mucho más difícil la conciliación familiar y las relaciones sociales.
- Cambios de humor e irascibilidad, como consecuencia de todo lo anterior, pues la baja calidad del sueño, la no satisfacción del disfrute de amigos, familia o

pareja afecta directamente en el ánimo del trabajador, en consecuencia en su rendimiento y en el trato hacia los pacientes.

Sería recomendable añadir descansos, utilizar calendarios biológicos que ayuden a mejorar el disfrute del tiempo de ocio y la calidad del sueño de los trabajadores. Para prevenir los efectos del trabajo a turnos y la nocturnidad sería importante tener en cuenta:

- Las necesidades personales: dar la oportunidad de explicarse a los posibles afectados de sus necesidades, antes de decidir que personas realizarán los turnos de noche, tratando de evitar que el turno de noche lo realicen embarazadas, personas con más edad o que tengan cargas familiares. Limitando el número de años que pueda realizar trabajos a turnos y nocturnos los trabajadores.
- Ciclos de rotación: se recomiendan los cambios de turno cada 2 o 3 días, de este modo los ciclos circadianos no se ven alterados.
- Duración de los turnos: es aconsejable que todos los turnos tengan la misma duración, nunca los turnos de noche deben ser más largos.
- Anuncio de carteleros: conocer las carteleros de trabajo con antelación, esto ayudará a la conciliación de la vida familiar y las relaciones sociales.
- Orden de rotación: es preferible la rotación noche-tarde-mañana que la rotación mañana-tarde-noche, con el primero se evita salir de la noche y enlazar un turno de mañana.
- Periodos de descanso: disfrutar al menos de 2 días de descanso consecutivos tras el turno de noche.
- Reducción de la carga de trabajo: durante la noche la capacidad del trabajador es menor, por lo que sería aconsejable que el volumen de trabajo fuese menor, realizando las tareas indispensables por su carácter urgente.
- Parada para comer: el tiempo para la ingesta de alimentos debe entrar dentro del horario de trabajo. Facilitar el centro una comida equilibrada, ayudando así a paliar los efectos negativos del trabajo a turnos y nocturno.
- Vigilancia de la salud: realizar reconocimientos periódicos a los trabajadores con estos turnos. En caso de apreciar daño en la salud del trabajador deberá evitarse que este continúe realizando sus funciones con el mismo horario, evitando así daños mayores en la salud del trabajador.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye, por lo tanto, que el celador igual que cualquier otro trabajador sometido a la turnicidad tiene riesgos claros de salud, ya sea física o psicológica y que debe de intentar evitar aumentando las pausas, conseguir turnos flexibles,

evitar los turnos dobles y sobre todo llevar un riguroso seguimiento médico. Está claro que conocer los turnos de trabajo con anterioridad mejora sustancialmente la calidad de vida del celador, sin embargo, esto solo permite una mejor organización de su vida, su cuerpo y sus ritmos se ven igualmente alterados y pueden llegar a provocar enfermedades cardiovasculares e incluso insomnio crónico.

6 Bibliografía

1. Carrión Gavilánez, J. V. (2018). Afectación de la turnicidad en la dinámica familiar: DINAPEN, Ibarra (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
2. Vega-Escano, J., Porcel-Gálvez, A. M., Barrientos-Trigo, S., Romero-Sánchez, J.M., & de Diego-Cordero, R. (2020). La turnicidad como factor determinante en la aparición de insomnio en población laboral: revisión sistemática. *Rev. esp. salud públic*

Capítulo 527

PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL AMBITO HOSPITALARIO

BEATRIZ RODRÍGUEZ-MARIBONA TRABANCO

1 Introducción

La salud laboral tiene como objetivo "fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir todos los daños a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su trabajo contra los riesgos para la salud y colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas".

Por ello entendemos que los objetivos de la salud laboral son la "prevención de la enfermedad profesional, del accidente de trabajo y de la promoción de la salud". La vigilancia de la salud se define como "el control y seguimiento del estado de salud de los trabajadores con el fin de detectar signos de enfermedades derivadas del trabajo y tomar medidas para reducir la probabilidad de daños o alteraciones posteriores de la salud".

Así el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional establece en el artículo 37 del reglamento de los servicios de prevención "la vigilancia de la salud de los trabajadores".

La Ley de Prevención de Riesgos laborales define como "daños derivados del trabajo": "las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo".

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) considera el concepto de salud como: "el estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad".

La Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) define la "salud laboral" como: "el grado completo de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como ausencia de enfermedad de los trabajadores como consecuencia de la protección frente al riesgo".

Por todo ello se puede manifestar que las alteraciones de la salud de los trabajadores, es decir las patologías, ocasionadas por las condiciones de trabajo, se clasifican en patologías específicas o inespecíficas, según exista o no una clara relación de causa efecto entre las condiciones de trabajo y las alteraciones del estado de salud del trabajador: a) Patología laboral específica, en la que existe una relación directa entre el trabajo y las lesiones o alteraciones funcionales del trabajador y a su vez la constituyen los "accidentes de trabajo" y las enfermedades profesionales". b) Patología laboral inespecífica, cuando existe una influencia o relación con el trabajo, y la constituyen las enfermedades del trabajo y las enfermedades relacionadas con el trabajo.

Según el R.D. 1/1994, de 20 de (BOE 29-6), "se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o a consecuencia del trabajo que efectúa por cuenta ajena". Y enfermedad profesional: la contraída a consecuencia del trabajo efectuado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en el cuadro de enfermedades profesionales y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indican para cada enfermedad profesional. En tales disposiciones se establece el procedimiento para la inclusión en dicho cuadro de nuevas enfermedades profesionales.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la prevención de riesgos laborales en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 trabajadores de los centros hospitalarios, deberán observar las siguientes normas de seguridad, tanto dentro, como en las inmediaciones de los edificios.

ZONAS EXTERIORES: PATIOS Y ZONAS ALEDAÑAS •

Respetar la señalización y acotamiento de las zonas exteriores, patio y de la vía pública aledaña ante el riesgo de golpe o atropello por vehículos. • Mantener las zonas de paso y salidas libres de obstáculos, especialmente pasillos, escaleras, puertas y salidas de emergencia.

ZONAS INTERIORES • No circular por las instalaciones de manera apresurada, sin mirar en la dirección de la marcha, bajar o subir escaleras precipitadamente, etc. • No interferir de manera apresurada en el funcionamiento de las puertas automáticas o puertas de los ascensores para evitar el riesgo de golpe o atrapamiento. • Para circular por el centro de trabajo, se deberá llevar el uniforme y calzado en perfecto estado de conservación y limpieza.

LUGAR DE TRABAJO • La temperatura dentro del lugar de trabajo se deberá regular en función del confort térmico de los trabajadores, adecuándolo a la época del año. • Está prohibido comer en zonas de trabajo o zonas no acondicionadas al respecto. • Se mantiene la prohibición de fumar en todas las instalaciones dentro del centro de trabajo en función de la normativa vigente.

ORDEN Y LIMPIEZA • Mantener las zonas de paso y salidas libres de obstáculos. • Mantener el lugar de trabajo limpio y ordenado (mesas, zonas de paso, poyatas, etc.), evitando la acumulación de material de trabajo, útiles y herramientas que no se estén utilizando, objetos personales, etc. • Guardar ordenadamente los materiales, útiles y herramientas al finalizar la jornada. • Mantener el orden y limpieza en el lugar de trabajo y en los aseos y vestuarios.

ALMACENAMIENTO • No sobrecargar estanterías o apilamientos de materiales, de tal manera que se produzca el riesgo de caída de objetos o desprendimiento de cargas. Se deberá avisar de la existencia de tales situaciones al encargado del área. • No utilizar sillas o mobiliario no específico para acceder a lo alto de estanterías o lugares de almacenamiento; utilizar medios normalizados como escaleras y similares. • Para el trabajo continuado en almacenes o con equipos de manutención de cargas se seguirán las indicaciones específicas del servicio o área de trabajo.

RESIDUOS • Respetar y promover la adecuada gestión de residuos

. EQUIPOS DE TRABAJO • No se deben realizar reparaciones para las que no esté autorizado en instalaciones o equipos, especialmente los que tengan tensión. • Observar la debida precaución a la hora de trasladar equipos de trabajo o mobiliario para evitar atrapamientos o golpes. •

RIESGO ELECTRICO • No se sobrecargarán enchufes y bases de enchufes en previsión del riesgo eléctrico y/o de incendio. • Se deben evitar las manipulaciones inadecuadas: desenchufar los equipos tirando del cable, en presencia de agua o con las manos húmedas, etc. • Se deberá comunicar a mantenimiento la existencia de equipos deteriorados, cables pelados o partes activas visibles, calentamientos anormales, etc.

ERGONOMÍA • Durante la movilización de pacientes o movilización de cargas, se seguirán las indicaciones puestas a disposición: o Medidas de prevención para la adecuada manipulación manual de cargas. o Medidas de prevención para la adecuada movilización de pacientes.

ACCIDENTES IN ITINERE / IN MISIÓN Se denomina: Accidente in itinere: al ocurrido al trabajador durante el desplazamiento desde su domicilio hasta su lugar de trabajo y viceversa. Accidente in misión: al ocurrido durante los desplazamientos en la ejecución del propio trabajo.

PREVENCIÓN DE INCENDIOS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA • Se evitará la obstrucción de las vías de evacuación, salidas y medios de extinción en todo momento. • Comunique la existencia de cables deteriorados, enchufes sobrecargados, calentamiento anormal de equipos, etc. • Al terminar la jornada, se comprobará que todos los equipos eléctricos no esenciales quedan desenchufados o desconectados. • Se pondrá especial cuidado en la utilización o la presencia en lugares de trabajo de equipos eléctricos como radiadores, equipos de cocina, etc. • No se puede fumar en ningún lugar del Hospital.

MEDIDAS GENERALES DE PREVENCIÓN ANTE EL RIESGO QUÍMICO Y BIOLÓGICO. En el Hospital se manejan productos nocivos, tóxicos o muy tóxicos, sensibilizantes, cancerígenos, mutagénicos, inflamables, corrosivos, etc., así como material biológico. Durante su manipulación se deben respetar, en función de los riesgos a los que vayan a estar sometidos los trabajadores, las instrucciones internas, procedimientos e indicaciones correspondientes

MEDIDAS TÉCNICAS DE PREVENCIÓN PARA EL TRABAJO CON PAN-

TALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS Y TRABAJO SEDENTARIO

Los trabajos de oficina o que impliquen el uso de ordenador, frente a trabajos de movimientos de cargas o pacientes, permanecer de pie mucho tiempo, y tareas similares que requieren un mayor esfuerzo muscular, se puede pensar que se trata, sin más, de un trabajo cómodo. Sin embargo, conlleva también inconvenientes. Diseñar adecuadamente el puesto (mesas, pantallas, sillas...), de acuerdo a unos requisitos de adaptación biomecánica, permitirá prevenir tanto patologías o alteraciones visuales, como molestias de carácter postural que suelen derivar frecuentemente en trastornos musculoesqueléticos.

MESA DE TRABAJO Las dimensiones de la mesa deben ser apropiadas para que se pueda ubicar cómodamente la pantalla, el teclado, el ratón, documentación en uso, documentación de consulta y el resto de equipos y útiles de trabajo.

MEDIDAS TÉCNICAS DE PREVENCIÓN PARA EL TRABAJO CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS

Si en su trabajo principalmente maneja el ordenador, la pantalla debe ocupar la posición principal de la mesa. • Sitúe la pantalla y el teclado enfrente de usted, de manera que no tenga que torcer el tronco o el cuello para trabajar con él. • La pantalla del ordenador deberá ser orientable e inclinable a voluntad, con facilidad para adaptarse a las necesidades del usuario.: • La imagen de la pantalla deberá ser estable, sin destellos u otras formas de inestabilidad. •

TECLADO • Coloque el teclado de manera que no esté justo al borde de la mesa: Deben quedar como mínimo 10 cm. delante del teclado para apoyar las muñecas. • **RATÓN** • Sitúe el ratón justo al lado del teclado dejando cable libre para manejarlo con comodidad.

ASIENTO DE TRABAJO • Debe tener cinco apoyos provistos de ruedas que permitan el desplazamiento cuando sea conveniente y faciliten el sentarse y el levantarse. • El respaldo debe tener una suave prominencia que permita el apoyo lumbar (para la parte baja de la espalda) y ayude a mantener una postura correcta. • Debe ser ajustable en altura e inclinación, para facilitar la relajación ocasional de la espalda. •

ENTORNO Y CONDICIONES DE TRABAJO • **Espacio:** El puesto de trabajo deberá tener una dimensión suficiente y estar acondicionado de tal manera que haya espacio para permitir los cambios de postura y movimientos de trabajo. • **Iluminación:** La iluminación general y la iluminación especial (lámparas de trabajo), cuando sea necesaria, deberán garantizar unos niveles adecuados de ilumi-

nación y unas relaciones adecuadas de luminancias entre la pantalla y su entorno, habida cuenta del carácter del trabajo, de las necesidades visuales del usuario y del tipo de pantalla utilizado.

La ergonomía es útil para todos los trabajadores, pero desde el momento en que tiene en cuenta las capacidades y limitaciones humanas, es especialmente útil para todos aquellos trabajadores que pueden tener ciertos problemas físicos, sensoriales o cognitivos

Un lugar de trabajo ergonómicamente bien diseñado requerirá pocas modificaciones, independientemente de la persona que lo ocupe. Sin embargo, es necesario realizar una evaluación del trabajo con el trabajador seleccionado, para ver las posibles interacciones entre sus características y las del trabajo. Se deben considerar tanto las características del trabajador (antropometría, características físicas, problemas de salud, evaluación funcional) como sus preferencias, permitiendo que el trabajo no solo se ajuste a la persona, sino también una mayor satisfacción en el trabajador.

- Se recomienda reducir la exposición del trabajador a factores ambientales como el calor, el frío, el ruido, las vibraciones y las impurezas en el aire ambiente. La exposición a estos factores estresantes ambientales parece ser similar para los trabajadores de cualquier edad. Sin embargo, una exposición similar plantea un mayor riesgo para la capacidad de trabajo de los trabajadores de mayor edad. Algunas recomendaciones generales son:

- Reducir el estrés por calor en el lugar de trabajo.
- Mantener una temperatura óptima en el lugar de trabajo y usar ropa protectora contra el frío.
- Diseñar los asientos para reducir las vibraciones de baja frecuencia (camiones, equipos de movimiento de tierras, etc.).
- Asegurar un buen nivel de iluminación sin deslumbramiento y / o contrastes excesivos.
- Diseñar la información visual (tamaño de los caracteres, colores, fondo, ...) para que puedan ser percibidos fácilmente por todos los trabajadores.
- Asegurar que el trabajador de mayor edad perciba fácilmente cualquier información o alerta auditiva y que los niveles de ruido no sean dañinos.
- El deterioro cognitivo puede afectar el desarrollo de tareas de forma selectiva: la adquisición de nuevos conocimientos puede ser limitada, mientras que la capacidad de resolver problemas basados en conocimientos previos (experiencia) puede ser mejor que en los trabajadores jóvenes. Para facilitar la adaptación de los trabajadores de mayor edad a los aspectos cognitivos de las tareas, es importante permitir interacciones basadas en el reconocimiento, actuar sobre la coherencia

de la información y fomentar la retroalimentación y la exploración activa. En general, es recomendable hacer que el entorno sea simple y fácil de aprender.

- El trabajador de más edad puede tener algunos problemas físicos que interactúan con el desarrollo de la tarea. Estos están relacionados con el tiempo de reacción, la capacidad física y la retroalimentación. En general, las recomendaciones ergonómicas son válidas para la mayoría de los trabajadores mayores. Los principios ergonómicos clave para acomodar a la fuerza laboral que envejece son: trabajo en posturas neutrales; permitir cambios de postura; trabajar desde la “zona de potencia”; proporcionar una buena iluminación; tener un buen agarre.
- Los trabajos deben diseñarse con flexibilidad para adaptarse a las características de la población heterogénea de trabajadores de edad avanzada. Para hacer eso, algunas posibles intervenciones incluyen:
 - Proporcionar variedad de tareas y demandas.
 - Ajustar las horas de trabajo y los descansos.
 - Ajustar el ritmo de trabajo.
 - Aclarar el papel del trabajador.
 - Fomentar la participación y el control sobre el trabajo. Evitar el trabajo por turnos y el trabajo nocturno.
 - Facilitar la adaptación a nuevos trabajos o tareas.
 - Realizar rotaciones.

5 Discusión-Conclusión

La Prevención de Riesgos Laborales es fundamental por el mero hecho de que su implementación y la correcta ejecución de la misma ayuda a eliminar accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, facilita el trabajo en condiciones seguras, permite el cumplimiento de las normas vigentes para evitar posibles sanciones, mejora la gestión de la empresa y la satisfacción de los trabajadores y la motivación aumentando la productividad y beneficios de la empresa.

La prevención es la única forma de trabajar de forma segura y no tener que dañar nuestro cuerpo, que en muchas ocasiones nos llevan a tener que coger bajas innecesarias. El empresario debe proporcionar los medios apropiados para que los trabajadores reciban formación e información por medio de “programas de entrenamiento” que incluyan el uso correcto de las ayudas mecánicas, formación y entrenamiento en técnicas seguras para la manipulación de cargas e información sobre el peso y el centro de gravedad de la carga.

Una buena acción de prevención va a depender, en gran medida, del interés y

respon-sabilidad que se asuma dentro del área de trabajo.

Hay que preservar los recursos que la empresa tiene; si estos son deteriorados, no podrá conseguir metas productivas propuestas.

Es posible que sigan ocurriendo accidentes, pero cada vez menos, si se cumplen con las medidas correspondientes.

Mencionar por ultimo que existen también una serie de factores culturales que repercuten directamente en el control de la prevención. Éstos, condicionan la percepción que se hace del riesgo y la disposición de adoptar las medidas de prevención necesarias. Uno de estos factores es el elemento de obligación, relacionado con las repercusiones a nivel de posible pérdida del puesto de trabajo por parte de los trabajadores o sanciones económicas por parte de los empresarios. Los trabajadores aluden especialmente a factores como la inco-modidad o la economización del tiempo. Éstos, reciben órdenes tanto de cumplir con la normativa, como de mantener el ritmo de trabajo lo más alto posible. De esta manera se produce una tensión dentro de las mismas empresas de valores y actuaciones que en principio pueden parecer contradictorios.

Por todo esto se hace necesario ubicar a los trabajadores en sus contextos de trabajo, en la sociedad y en la cultura, y adoptar una perspectiva holística, para comprender mejor los procesos que se dan en la prevención del riesgo laboral

6 Bibliografía

- <http://www.arrabeasesores.es/noticias/detalle/importancia-prevencion-riesgos-laborales>
ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevencion de riesgos laborales
Revision blibiografica sobre los riesgos laborales
Manual de revision de los riesgos laborales
Auditoria del sistema de prevencion de los riesgos laborales-2006
Formacion generral de seguridad e higiene en el trabajo-tecnos

Capítulo 528

LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

FLORENTINA PEREZ ALVAREZ

1 Introducción

Los datos personales relativos a la salud son considerados como datos sensibles y especialmente protegidos tras la publicación del RGPD como una categoría especial de datos personales.

A menudo los usuarios de la sanidad se preguntan qué son datos personales y cuáles no.

Los datos relativos a la salud, se definen como los 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 datos personales existentes en bases de datos sanitarias son de dos tipos: los que identifican a la persona, tales como el nombre y apellidos, dirección, teléfono, DNI, número de tarjeta sanitaria .. y toda la información a cerca de su estado de salud, es decir, pruebas diagnósticas, cirugías, medicamentos, antecedentes familiares, etc.

Toda la información personal y de salud constituye la historia clínica, definida 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, como el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial

2 Objetivos

Definir qué información de carácter personal son datos y cuáles no lo son.

Definir el concepto de dato personal en una base de datos sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 consideran datos personales, toda la información sobre una persona física identificada. Se considera persona física identificada, toda persona cuya identidad pueda determinarse mediante un nombre, un número de identificación, datos de localización, datos propios de identidad física, fisiológica, genética, psíquica, económica, cultural o social de dicha persona.

Los datos relativos a la salud son los datos personales relativos a la salud física o mental de una persona física, también son datos de salud los datos genéticos, relativos a las características genéticas heredadas que informan sobre la fisiología o la salud de esa persona obtenidos a partir del análisis de una muestra biológica de esa persona.

En una base de datos sanitaria existen dos tipos de datos personales: los que identifican a la persona, tales como nombre y apellidos, dirección, teléfono, DNI, número de tarjeta sanitaria entre otros; y toda la información acerca de su estado de salud, tales como pruebas diagnósticas, cirugías, medicamentos, antecedentes familiares, entre otros.

Las personas que traten los datos deben ser profesionales sujetos a la obligación de secreto profesional, o que estén bajo su responsabilidad.

Los responsables del tratamiento de datos que forman parte la historia clínica tienen la obligación de elaborarla, custodiarla e implantar las medidas de seguridad necesarias para que no se extravíe o sea accedida por terceros. El usuario tiene el derecho a solicitar una copia de su historia clínica con la que puede acudir a otro centro o a otro especialista. Al revisar sus datos tiene derecho a pedir rectificación o supresión de algunos datos.

A la hora de recoger datos personales no se solicita el consentimiento siempre y cuando sean recogidos para una asistencia médica, para un diagnóstico, una incapacidad entre otros muchos casos

5 Discusión-Conclusión

Después de analizar con detenimiento la documentación para realizar este capítulo podemos llegar a la conclusión de que todos nuestros datos se encuentran recogidos en una historia clínica

Ésta se compone de dos tipos de datos: los personales, tales como nombre y apellidos, DNI, teléfono, domicilio, número de tarjeta sanitaria, etc. y los relativos a la salud, tales como pruebas diagnósticas, cirugías, medicamentos, antecedentes familiares, etc.

Debemos tener claro que los dueños de estos datos son los propios usuarios y que en cualquier momento que estimen oportuno pueden solicitar un cambio de datos o simplemente anularlos si deciden que no quieren que aparezcan en su historia

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 529

LA CONFIDENCIALIDAD EN SANIDAD

DANIEL FERNANDEZ ALVAREZ

REBECA LOBO DEL ESTAL

1 Introducción

La importancia de proteger los datos es fundamental en la sociedad en la que vivimos. En el mundo actual estamos rodeados de datos y ahora que tiende todo a digitalizarse y que por ello accedemos a una gran cantidad de información de manera rápida, tenemos que tener los mecanismos necesarios para proteger y reservar la información. Cuando un individuo decide confiar su información personal para un estudio de investigación hay que garantizarle que esos datos sólo serán accesibles a la gente involucrada en dicho estudio. En los últimos años los datos relativos a la salud y a la enfermedad son considerados “sensibles” teniendo en cuenta el número de profesionales que participan en el acto clínico y el uso de datos personales de salud, por lo que necesitan una especial protección. El secreto profesional es un deber en sanidad. Se debe respetar el derecho a la intimidad y confidencialidad de los pacientes. Las medidas que se tomen en los centros de salud para proteger la historia clínica son de suma importancia. La privacidad de los pacientes debe garantizarse pues una mala manipulación de los datos conlleva riesgos. No todos los profesionales sanitarios están sometidos a las mismas obligaciones legales pero sí que todos están sometidos a las mismas obligaciones éticas de mantener la confidencialidad.

2 Objetivos

- Conocer la legislación vigente relacionada con la intimidad y la confidencialidad en la atención sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El derecho a la intimidad se recoge en el artículo 18 de la Constitución Española, en la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril así como en las diferentes leyes de Salud de las Comunidades Autónomas. Intimidad y confidencialidad son términos que van de la mano y en numerosas ocasiones se confunden. Se entiende por intimidad la zona íntima y reservada de una persona y la confidencialidad es aquello reservado y secreto que se dice en confianza y que suponemos no va a ser revelado. El derecho a la confidencialidad, por tanto, forma parte del derecho a la intimidad. Por las diferentes circunstancias de cada paciente y cada actuación sanitaria, tanto administrativa como médicamente, cuando hablamos de intimidad nos podemos encontrar con algún tipo de conflicto de valores cuando se dan las siguientes situaciones:

El respeto a la intimidad corporal: Partimos del principio de autonomía. Toda persona tiene derecho a decidir si se le explora de ahí el derecho del consentimiento informado sobre el acceso al propio cuerpo y por consiguiente a su intimidad.

Recogida de datos de la persona atendida: El respeto a la autonomía y dignidad del paciente implica contar con él tanto para el tratamiento como el manejo de sus datos.

Información entre todos los compañeros de equipo implicados durante todo el proceso de la atención al paciente: Se debe tener claro que información se transmite a cada uno.

Trato con familiares (menores, enfermos mentales, personas dependientes)

Historia clínica: Debe ser exclusivamente asistencial y hay que evitar el acceso de personas que no tienen nada que ver con el paciente.

En numerosas ocasiones los profesionales se encontrarán con un conflicto de intereses y serán ellos los que tendrán que valorar la magnitud y la probabilidad del daño.

5 Discusión-Conclusión

El secreto profesional es una obligación de confidencialidad entre todos los profesionales de la sanidad y los pacientes y es fundamental para fomentar la confianza del enfermo. Cuando hablamos de protección de datos nos estamos refiriendo a todos los profesionales que forman parte de la institución sanitaria y que van desde el celador hasta el gerente y por lo tanto es responsabilidad de ellos que esos datos estén “a salvo”. Debe quedar claro entonces, que la información de la salud no debe ser expuesta ni por terceras personas que accedan a ellas y mucho menos por los profesionales de la salud excepto en los supuestos que nos marca la ley. Es básico que todos conozcan la importancia que tiene la intimidad y la confidencialidad de los datos, así como los marcos legales disponibles para garantizarla.

6 Bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
2. Ley Orgánica 7/2, de 26 de mayo, de Protección de Datos Personales y Garantías Digitales.
3. Constitución Española

Capítulo 530

AFECCIONES DEL EMBARAZO EN EL PUESTO DE TRABAJO DEL CELADOR

YOANA GARCÍA SANTAMARÍA

1 Introducción

El embarazo consiste en el estado fisiológico de una mujer desde la concepción del feto y su desarrollo hasta el parto, aproximadamente tiene una duración de 280 días o más comúnmente conocido como 40 semanas de gestación.

Durante estos meses la mujer realizara una serie de controles y pruebas para ver la evolución del feto y evitar posibles complicaciones.

Existen riesgos sobre la salud de la madre y el feto durante este tiempo ,como pueden ser presión arterial alta, anemia, diabetes gestacional, depresión y ansiedad, aborto espontáneo, infecciones y problemas de desarrollo o malformación fetal.

Todos estos riesgos que anteriormente se han descrito hace que muchos de ellos se agraven si la mujer es trabajadora en la sanidad, y en este caso celador con las consecuencias que ello conlleva.

En la actualidad el número de mujeres que siguen trabajando durante el periodo de gestación es mayor que años tras, aunque siempre hay que tener en cuenta la situación personal por la que esta pasando la trabajadora y las causas por las que no puede dejar durante un tiempo su puesto de trabajo.

España recoge una serie de normativas que representa a la mujer en el estado de gestación y su postparto. Entre ellas destacan:

- Ley 39/1999 del 5 de noviembre por la conciliación entre la vida familiar y laboral.
- Ley Orgánica 3/2007 del 22 de marzo Igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

-Ley General de la Seguridad Social, donde expone las aportaciones económicas que puede percibir la mujer durante el embarazo y después de él.

Cuando la trabajadora decide que no quiere seguir trabajando durante el tiempo de gestación restante, debido al riesgo que conlleva durante el embarazo, se produce la baja laboral. Toda trabajadora tiene derecho a sacar la baja laboral desde que es conocedora de su nueva situación de salud o esperar a que la gestación o sus condiciones de salud se lo permitan.

2 Objetivos

- Informar sobre las afecciones del embarazo en el puesto de celador.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El puesto de celador, es uno de entre tantos puestos de trabajo en los centros sanitarios, en los que no tienen estipulado la semana de gestación específica en la que la trabajadora es recomendable que saque la baja laboral y deje de trabajar debido a los peligros que atañe para ella y su bebé.

En otras profesiones existen unos parámetros por los que los facultativos de atención primaria se basan para así conceder la baja laboral de forma automática en cuanto la trabajadora es conocedora de su nueva situación de salud.

Entre los parámetros encontramos: ruido, actividades físicas (tareas continuadas de pie y agachada de forma muy continuada), exposición a cambios bruscos de temperatura y carga de pesos. La gran mayoría de estos parámetros son aplicables al trabajo que desarrolla la celadora en su puesto de trabajo durante su jornada laboral, a los que además debemos de sumar el continuo sobreesfuerzo (cargas y pesos), la exposición a contaminantes de factor biológico y las caídas a diferente nivel.

A todos estos riesgos, en la actualidad debemos añadir la enfermedad de Covid-19, del cual se conoce ciertas patologías asociadas a la enfermedad, pero no toda la gravedad a la que se puede exponer si una trabajadora embarazada lo coge y se lo transmite al feto.

El celador es un gran medio de transporte de microorganismos pudiendo transmitirlo a otros compañeros, pacientes y para el mismo, debido a su puesto de trabajo. En el caso de la celadora embarazada deberá prevenir la transmisión de estas enfermedades mediante las medidas básicas que de forma habitual utiliza en su centro de trabajo, pero aun utilizándolas de forma adecuada no es una garantía de que la protección sea al 100 por ciento para la gestante y su feto.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la cantidad de agentes infecciosos a los que la celadora se expone durante su jornada laboral, lo recomendable es que en cuanto sus circunstancias se lo permitan saque la baja laboral.

Existe una serie de recomendaciones que la trabajadora puede aplicar durante el tiempo que este desarrollando su jornada laboral estando embarazada.

El jefe de personal subalterno tendrá que ser conocedor de la nueva situación de salud de la trabajadora ,para así encontrar un puesto de trabajo que mejor se adapte a las nuevas condiciones, como por ejemplo puestos en los que no estén en contacto continuado con pacientes, demasiados pesos o simplemente eliminar la turnicidad.

Sus compañeros serán otra de las piezas fundamentales durante este tiempo, ayudando a la trabajadora a no hacer movilizaciones de pacientes sola o repartir la carga de pesos.

La salud del trabajador es algo que debe predominar antes que cualquier puesto laboral.

6 Bibliografía

1-<https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/coronavirus-propuesta-para-que-las-enfermeras-embarazadas-no-trabajen-9728>.

2-https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000200007.

3-<https://garrampa.es/blog/tips-enfermeras-trabajar-inteligentemente-durante-embarazo/>.

4-<https://www.cuestioneslaborales.es/en-que-semana-se-concede-la-baja-por-riesgo-en-el-embarazo/>.

5-<http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-30-enfermedades.html>
leyes.

Capítulo 531

RIESGOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANDREA LLERA BODE

PALOMA CUEVAS COVIAN

NOELIA LLEDÍAS TAMÉS

1 Introducción

En un centro sanitario puede haber gran cantidad de factores que pueden afectar a la salud de quienes trabajan en él. El más intuitivo es que quienes acuden allí, normalmente, tienen mermada su salud, por lo que pueden contagiar alguna enfermedad a los trabajadores.

Estos riesgos es necesario tenerlos en cuenta. Por esa razón, la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, nos habla de los Planes de Prevención de Riesgos Laborales, definidos en la misma como “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”.

A continuación daremos definición a otros conceptos importantes para el tema que vamos a analizar.

Se entiende por prevención al conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de la actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.

Se entiende por riesgo laboral a la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Su gravedad depende de la probabilidad de que se produzca el daño y de la severidad del mismo.

Se entiende por daños derivados del trabajo a las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo que se realiza.

Dentro del ámbito sanitario, no todos los trabajadores del centro estamos expuestos a los mismos riesgos, o no, al menos, en la misma proporción. Por ejemplo, es más probable que se pinche con una aguja usada el personal de enfermería que el personal administrativo, pero sigue siendo un riesgo para todos los que puedan tener acceso a ellas.

Por este motivo trataremos los riesgos a los que puede enfrentarse el personal administrativo por encontrarse en un centro sanitario, aunque las posibilidades de verse afectado por alguna de ellas pueda ser pequeña.

2 Objetivos

Identificar los riesgos laborales existentes en el entorno sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se han desarrollado las ideas originadas al realizar un curso sobre la materia con el apoyo de una investigación y búsqueda bibliográfica de diferentes trabajos científicos vinculados con el tema escogido a través de bases de datos como Google Académico o Science Direct.

También se ha hecho una revisión de la normativa española en la materia, a través de búsquedas en el “Boletín Oficial del Estado” sobre la normativa vigente.

Las palabras clave han sido: “prevención de riesgos”. “riesgos laborales personal administrativo” y “riesgos laborales en sanidad”.

4 Resultados

Tras la entrada en vigor de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, tanto la sociedad como las empresas empiezan a darle importancia no solo a los riesgos que los usuarios de los servicios que se ofrecen pueden tener al acceder al centro, sino a los riesgos que el entorno de trabajo puede provocar en los trabajadores.

En el ámbito sanitario, como se ha mencionado anteriormente, hay un riesgo evidente, el de contraer alguna enfermedad de los pacientes que acceden al centro, pero también hay riesgos derivados del desempeño del trabajo o de las infraestructuras del centro.

A continuación hablaremos de ellos más detenidamente.

1. RIESGOS DE SEGURIDAD.

1.1. Caídas.

Se trata de accidentes que ocurren con mucha frecuencia, aunque existen dos tipos de caídas: al mismo nivel o a distinto nivel. Las primeras suelen producirse por resbalones o tropiezos con algún objeto mal situado o un obstáculo de difícil visualización, mientras que los accidentes a distinto nivel pueden producir lesiones por trabajar en proximidad a desniveles o cuando la estructura del centro requiere el desplazamiento entre diferentes niveles para desempeñar el trabajo.

1.2. Cortes.

Vienen originados por la utilización de material cortante o afilado, como puede ser un abre cartas, residuos de vidrio o plástico que se deban reciclar o cajas de cartón y folios si se cogen con brusquedad o se resquebrajan.

1.3. Golpes.

Lo más habitual es que se produzcan golpes por la caída de objetos por no estar bien colocados o en un lugar no apropiado debido a su tamaño y peso (como puede ser una carpeta que sobresalga de una estantería o una caja con bolígrafos sobre otro objeto que impida su completa estabilidad), o por no estar bien sujetos o anclados (como puede ser el caso de una estantería).

Pueden ocasionarse golpes entre el personal, por las prisas a la hora de la realización de sus funciones, por la mala visibilidad al desplazarse por el centro o por la estrechez de las zonas de paso.

1.4. Incendio o Explosión.

Pueden venir ocasionados por la incorrecta gestión de material inflamable o por la mala conservación de la instalación eléctrica y de los equipos informáticos.

Poseer un buen servicio de mantenimiento es imprescindible para poder prevenir posibles defectos eléctricos y de conservación de los equipos informáticos, además del buen funcionamiento de los sistemas de ventilación y de evacuación en caso de emergencia.

1.5. Condiciones Ambientales.

Las condiciones ambientales en las que se desempeña el trabajo también influyen en el bienestar del trabajador.

El trabajo del personal administrativo es principalmente sedentario, por lo que la temperatura óptima en su espacio de trabajo debe estar comprendida entre los

17 y 27° C, mientras que la humedad debe encontrarse entre el 30 y el 70%

Los trabajadores no deberán estar expuestos en ningún caso a corrientes de aire que excedan los 0.75 m/s, y la renovación mínima de aire debe situarse en 30 metros cúbicos de aire limpio por hora y trabajador.

1.6. Iluminación.

Preferiblemente, los lugares de trabajo deben tener iluminación natural complementada con iluminación artificial cuando la primera por sí sola no garantice las condiciones de visibilidad adecuadas.

2. RIESGOS PSICOSOCIALES.

“Se definen como riesgos psicosociales aquellas condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, su contenido y la realización de la tarea, y que se presentan con capacidad para afectar el desarrollo del trabajo y la salud del trabajador”.

2.1. Estrés Laboral.

El estrés laboral se produce cuando los recursos del trabajador no alcanzan o no son suficientes para abastecer las demandas del paciente, provocando que el trabajador intente generar más recursos de los que tiene capacidad de crear, generando un desequilibrio que se manifiesta como sensación de fracaso en el trabajador.

Algunos factores que provocan el estrés laboral son: la sobrecarga o infracarga de trabajo, la repetitividad, la inseguridad, la responsabilidad, la falta de formación, la falta de información para la realización de nuevas tareas o equipos informáticos, las relaciones personales, etc.

2.2. Acoso Moral en el Trabajo.

También conocido por acoso psicológico o mobbing, se trata de todas aquellas acciones, situaciones o conductas cuya finalidad sea intimidar, vejar, humillar o degradar a un trabajador para enrarecer su ambiente y entorno laboral. Suelen darse de forma continuada durante un tiempo prolongado.

Este acoso afecta principalmente al trabajador, tanto a nivel psicológico, como físico y social, pero también afecta a organización del trabajo y a los pacientes.

2.3. Síndrome de Burnout.

También es conocido por “Síndrome del Quemado”, y consiste en un estado de agotamiento físico, mental y emocional, que conlleva a que el trabajador, en un intento de aliviar esa situación, trate de aislarse, mostrándose frío en el trato con los demás. Está causado, principalmente, por el cansancio psíquico que surge de la relación con otras personas en un ambiente con tensión laboral.

2.4. Acoso Sexual.

Se considera que existe acoso sexual cuando una conducta de naturaleza sexual

no es deseada por la víctima, por lo que no existe reciprocidad y se convierte en un comportamiento molesto e impuesto, generándose un entorno no trabajo hostil, intimidatorio y humillante.

2.5. Agresiones o Violencia en el Trabajo.

En el ámbito sanitario es muy habitual, por desgracia, que se vivan situaciones violentas por parte de los ciudadanos a los profesionales. Estas agresiones pueden ser verbales, como los insultos, las amenazas o las vejaciones, o físicas, como los puñetazos, los arañazos o las patadas, generados por los mismos pacientes o por parte de sus familiares.

2.6. Trabajo a Turnos y Nocturno.

Se entiende como trabajo a turnos como una forma de organización del trabajo por la cual los trabajadores ocupan sucesivamente el mismo puesto de trabajo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas.

Se considera el trabajo nocturno aquel que dentro del trabajo a turnos se desarrolla incluyendo al menos tres horas de su trabajo diario en el tramo horario comprendido entre las 22 y las 6 horas.

El sistema de trabajo a turnos, incluyendo el nocturno, tiene una serie de efectos negativos para el trabajador, como son alteración del equilibrio biológico (los ritmos circadianos), alteraciones el sueño, cambios en los hábitos alimentarios, alteraciones en la vida familiar y social y un descenso en el rendimiento laboral.

3. RIESGOS ERGONÓMICOS.

3.1. Riesgos Relacionados con los Puestos con Pantallas de Visualización de Datos (PVD).

En el ámbito sanitario, sobre todo en las labores administrativas, es muy frecuente el uso de equipos informáticos. A día de hoy casi todo el trabajo administrativo pasa por el uso de un ordenador. Por ese motivo son considerados trabajadores de equipos con PVD, ya que su trabajo las 4 horas al día y las 20 horas a la semana de trabajo efectivo con PVD.

Los efectos que su uso prolongado pueden suponer son la fatiga visual, la fatiga física, como la tensión muscular, provocando cervicalgias, lumbalgias o tendinitis, entre otras patologías, y la carga mental, que puede ocasionar cefaleas, nerviosismo o incluso insomnio.

Muchos de estos efectos se producen por el mobiliario inadecuado, como puede ser que la mesa no permita colocar la pantalla a 40 cm del trabajador o no tenga espacio suficiente para la correcta colocación del teclado, que debe tener una inclinación entre 0 y 25°. La silla debe ser ajustable en altura y su respaldo inclinable, con adaptación a la zona lumbar. Se debe disponer de un reposapiés que

permita regular su inclinación entre los 0 y los 15°.

También debe cuidarse que la iluminación sea la correcta para que no tenga que hacer esfuerzos para mirar y a su vez no refleje en la pantalla.

3.2. Movimientos Repetitivos.

Pueden provocar lesiones en los brazos en forma de micro traumatismos. Los más habituales son:

- El Síndrome del túnel carpiano, que se produce por el pinzamiento de un nervio de la mano y que puede producir entumecimiento, hormigueo, debilidad, o daño muscular en la mano y dedos.
- El Síndrome de Quervain, que afecta los tendones de la muñeca del lado del pulgar y que puede provocar dolor, dificultad e incluso inflamación a la hora de mover el dedo pulgar.
- La tenosinovitis, que es una tendinitis acompañada de inflamación de la cubierta que recubre el tendón.
- La tendinitis, que es una inflamación de los tendones.

En el caso del personal administrativo, estas lesiones suelen producirse por la asociación de movimientos repetitivos y la tensión muscular; a mayor repetitividad y esfuerzo, mayor prevalencia de lesiones.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo en el entorno sanitario no está exento de riesgos laborales. Como ha quedado demostrado, el personal que trabaja en el ámbito sanitario se enfrenta a gran variedad de posibles factores que puedan provocar una incapacidad temporal del personal administrativo. Algunas de ellas pueden producir daños a corto plazo, pero otras pueden suponer que el daño en la salud del trabajador sea prolongado en el tiempo o incluso permanente.

Visto desde fuera se podría pensar que los riesgos que mayor influencia y consecuencias tienen en el personal administrativo serían aquellos que tienen que ver con el sedentarismo o con las malas posturas que pueden conllevar el trabajo prolongado en una silla frente a una pantalla de ordenador, mientras que los riesgos de seguridad se conciben como accidentes ocasionales que podrían suceder en cualquier entorno laboral, e incluso, doméstico.

En cambio, los riesgos psicosociales, son los más habituales y los más difíciles de combatir, dado que no dependen únicamente del trabajador ni de factores que se puedan solventar mediante una inversión económica, sino que están directamente relacionados con la interacción del personal con terceras personas, que en ocasiones pueden ser compañeros de trabajo, pero en mayor medida se trata

de pacientes, muchas veces insatisfechos con los servicios prestados, y que se desahogan y cargan las culpas contra el primer trabajador con el que interactúan, siendo casi siempre el personal administrativo.

Es muy importante que se valoren las funciones que desempeña el personal administrativo, ya que su labor está muy estigmatizada en la sociedad. Sigue prevaleciendo la imagen del administrativo como una persona que está sentada frente a un ordenador respondiendo al teléfono y tocando una tecla para que el personal sanitario atienda a los pacientes. Realizando campañas de concienciación, haciendo ver la extensión de las responsabilidades que poseen reduciría la presión psicosocial.

6 Bibliografía

Curso sobre Prevención de Riesgos Laborales impartido por la Universidad de Nebrija para el Personal No Sanitario [2021].

Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.

Real Decreto Legislativo 8/2015 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Guía Básica de Riesgos Laborales específicos en el Sector Sanitario. [Internet]. Disponible en: http://www.uco.es/catedraprevencion/images/pdf/Guia_Basica_de_riesgos_laborales_en_el_sector_sanitario.pdf

Los Riesgos Laborales en el Sector Sanitario. [Internet]. Disponible en: <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/10178/Rodr%EDguez%20Cascallana,%20Ana.pdf;jsessionid=9ACAE95C51004B536EE93224327A94D5?sequence=1>

Capítulo 532

CUIDAR LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL NO SANITARIO DURANTE LA PANDEMIA

LAURA ABAD SERRANO

ELIA FERNANDEZ PEDREGAL

MARIA CARMEN FERREIRO SUÁREZ

MARÍA DE LOS ANGELES DEL POZO

MARGARITA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La situación pandémica que estamos sufriendo a causa del COVID-19 nos conduce diariamente, en nuestro lugar de trabajo, a situaciones de inseguridad y estrés exigiendo una atención especial a las necesidades de apoyo emocional de todos los trabajadores no sanitarios.

Si cada uno de nosotros en nuestro entorno laboral nos cuidamos y, a su vez, alentamos a los demás a hacer lo mismo mantendremos la capacidad de atender a los pacientes de forma adecuada, consiguiendo, por otra parte, un entorno laboral más saludable, des este modo evitaremos que podamos sufrir los riesgos psicosociales a los que el personal no sanitario está expuesto todos los días en su lugar de trabajo, tales como síndrome del quemado, estrés laboral, fatiga crónica...

La crisis sanitaria o pandemia que llevamos sufriendo durante estos dos últimos años ha puesto de manifiesto las carencias en los protocolos sobre salud laboral y mental que se aplicaban en los centros de trabajo. Si bien nunca nos habíamos enfrentado a una crisis sanitaria de esta envergadura, la mayoría de nosotros coincidimos en el hecho de afirmar que los protocolos o la formación en este sentido que se imparte al personal no sanitario es casi nula por no decir inexistente.

2 Objetivos

El objetivo del presente artículo es conocer los retos a los que se enfrenta el personal no sanitario durante la pandemia que estamos viviendo, identificando las posibles reacciones en situaciones de estrés y exponiendo las pautas que podemos utilizar para hacer frente a estas circunstancias.

3 Metodología

Para la realización del presente artículo se ha realizado una búsqueda a través de Google Scholar con palabras clave: COVID-19 Personal no sanitario, Ansiedad, Depresión e Insomnio, así como lectura de varios artículos publicados por la Sociedad española de Psiquiatría.

4 Resultados

Durante la pandemia del coronavirus se ha constatado que también el personal no sanitario se engloba en el grupo de trabajadores de alto riesgo para el desarrollo del trastorno por estrés postraumático debido las agotadoras jornadas laborales, la presión asistencial por el desbordamiento de los hospitales, la falta de recursos materiales para llevar a cabo su trabajo y el miedo a contagiarse y, a su vez a contagiar a sus seres queridos, por la escasez de equipos de protección individual o EPI.

A los factores anteriormente expuestos se suma también la exposición al descon-suelo de las familias, la crisis del coronavirus expone al personal no sanitario sufrimiento intenso, ya que es la primera vez que debemos afrontar una pan-demia en la que el personal no sanitario se enfrentan a las muertes de los pa-cientes hospitalizados en aislamiento y consecutivas lo que, por otra parte, tiene a las familias de estos pacientes desconsoladas por no poder acompañar y ayudar

a sus seres queridos, generando en el personal no sanitario miedo, pena, frustración, culpa, insomnio y agotamiento.

Todos los factores referenciados constituyen situaciones de estrés intenso que repercuten en el personal no sanitario en diferentes niveles. Emocionalmente, podemos sentir tristeza, culpa, irritabilidad, miedo. A su vez, el estrés intenso nos puede generar problemas a nivel cognitivo, conductual e incluso físico, somatizando los problemas generados en el entorno laboral mediante nuestro propio cuerpo.

Todos estos factores relatados anteriormente repercuten tanto en la economía como a nivel social, ya que lo que generan estas situaciones son bajas laborales producidas en su mayor parte por agotamiento, estrés y sobre todo contagio del virus debido a la sobre exposición a la que se ve expuesto el personal no sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Como personal no sanitario y debido a que tenemos que seguir haciendo frente a esta pandemia en primera línea, debemos cuidar nuestra salud mental para poder ofrecer una asistencia de calidad.

Caemos en un error cuando consideramos que nuestras necesidades son secundarias, si somos conscientes de estas evitaremos poner en riesgo nuestra salud mental y física, para poder hacer frente a nuestras obligaciones laborales diarias debemos seguir las pautas que nos recomiendan los protocolos que al respecto publican las Autoridades y las Gerencias de cada una de nuestras áreas.

Debemos ser conscientes de nuestros sentimientos y sensaciones, sentir miedo, inseguridad... no es una amenaza, es la respuesta natural de nuestra mente ante el peligro. Hablar con amigos o profesionales nos puede ayudar a desahogarnos. Si reconocemos los signos de estrés, podremos pedir ayuda y, a su vez, aprender a manejarlos, lo que favorece la estabilidad frente a situaciones de estrés mantenidas en el tiempo.

6 Bibliografía

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA - www.sepsiq.org

Revista de Psiquiatría y Salud Mental - Volume 14, Issue 2, April-June 2021, Pages 106-112.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

Capítulo 533

PERSONAL NO SANITARIO EN TIEMPO DE PANDEMIA: BUENAS PRACTICAS DE INTERVENCION PSICOSOCIAL

LAURA ABAD SERRANO

MARIA CARMEN FERREIRO SUÁREZ

ELIA FERNANDEZ PEDREGAL

MARÍA DE LOS ANGELES DEL POZO

MARGARITA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Cuando una sociedad hace frente a una pandemia como la que estamos viviendo generada por el Covid 19 se centra principalmente en combatirla, pero ese esfuerzo por volver a la normalidad nos deja una serie de efectos secundarios “invisibles” a los que los trabajadores del entorno sanitario debemos hacer frente irremisiblemente, uno de ellos y quizás el más perjudicial a largo plazo nos puede resultar son las repercusiones a nivel de salud mental.

Debido a la dureza de la pandemia que estamos viviendo y principalmente a su extensa duración, la salud mental de todos los trabajadores no sanitarios se ha visto fuerte agredida en gran medida por formar parte de un colectivo que se

enfrentaba a la crisis sanitaria generada por el Covid 19 en primera Linea, sin apenas descansos y diariamente.

Los resultados obtenidos por el personal no sanitario al atravesar este tipo de situaciones han sido variados, principalmente se ha visto incrementada de una forma alarmante los síntomas de estrés, ansiedad, insomnio, entre otros, sin olvidarnos las innumerables bajas por contagios que ha sufrido este colectivo de trabajadores por sobre exposición al virus.

Si bien somos conscientes de que la salud mental de la población en general está sufriendo las consecuencias generadas por la pandemia, el personal no sanitario es uno de los que más necesita apoyo psicológico.

2 Objetivos

El objetivo del presente artículo es analizar las repercusiones a nivel de salud mental sobre los trabajadores del entorno no sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Palabras clave: Crisis sanitaria, riesgos psicosociales, intervención psicosocial, pandemia, salud mental y COVID 19.

4 Resultados

El personal no sanitario es susceptible de sufrir los efectos psicosociales que la población general ha podido sufrir como consecuencia de esta pandemia, crisis económica, contagios de familiares o seres cercanos, miedo... además han tenido que hacer frente a otros riesgos psicosociales derivados de sus condiciones laborales, burnout, reorganización de servicios, horarios... lo que ha generado un cambio en las actividades y tareas del personal no sanitario.

Durante las fases más críticas de la pandemia, el personal no sanitario ha tenido una exposición intensa y prolongada a los factores de riesgos psicosociales.

Tanto las jornadas como la carga de trabajo a la que han tenido que hacer frente el personal no sanitario han sido muy intensas, incrementándose la carga asistencial, debido principalmente a las bajas producidas en plantilla por contagio del COVID-19 durante la jornada laboral.

Además, el desconocimiento sobre el COVID-19 generó, durante la primera fase de la pandemia, demandas muy elevadas a nivel de exigencia cognitiva, derivándose en cuadros de ansiedad entre trabajadores no sanitarios ya que han tenido que adaptarse de forma súbita a protocolos de actuación y situaciones desconocidas hasta la fecha.

Las exigencias emocionales a las que han tenido que hacer frente el personal no sanitario ha derivado en sentimientos de tristeza, impotencia y culpa, acrecentándose el miedo al contagio del trabajador durante la jornada laboral por posible transmisión a sus familiares.

Para poder atajar en cierto modo los efectos de sufrir estos riesgos psicosociales, nos podemos apoyar en los criterios y recomendaciones que por parte de los Organismos competentes nos facilitan.

Lo primero que debemos hacer es identificar el problema, evitando acciones que mejoren un factor de riesgo pero que empeoren otros.

Se debe priorizar las medidas preventivas que nos permitan reducir la exposición a más de un factor de riesgo, teniendo en cuenta la viabilidad de las soluciones y evaluando los efectos de las intervenciones con el fin de identificar y conocer si es necesario introducir modificaciones.

Las intervenciones mencionadas en el apartado anterior deben involucrar a todos los niveles de jerarquía del sistema sanitario, de lo contrario nos encontraríamos con acciones aisladas que se irían abandonando progresivamente.

Por medio de una política preventiva sólida e integrada se conseguiría una gestión adecuada de los riesgos psicosociales.

5 Discusión-Conclusión

Entendemos que los riesgos psicosociales son aquellos que surgen a consecuencia de la interacción entre el trabajo realizado y la persona que lo lleva a cabo.

Estos riesgos que ya conocíamos se han visto incrementados durante la crisis sanitaria a consecuencia de varios factores, explicados a lo largo del artículo.

Si bien, por las características intrínsecas del trabajo realizado el personal no sanitario es proclive a sufrir riesgos psicosociales, entendemos que es la Administración la que debe poner todo su empeño en atajar los efectos producidos por estos riesgos, ya que, a parte del impacto que tienen los riesgos psicosociales en el personal no sanitario, generan muchas pérdidas económicas derivadas principalmente por bajas laborales.

6 Bibliografía

Martínez-Martínez, L. (2020). Riesgos psicosociales y estrés laboral en tiempos de COVID-19: instrumentos para su evaluación. *Revista de Comunicación y Salud*, 10 (2), 301-321

Capítulo 534

A ESTUDIO: INFLUENCIA DEL TRABAJO NOCTURNO, ROTATORIO O FIJO, EN LA SALUD DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

PATRICIA GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

Para la redacción del presente capítulo se ha realizado un estudio detallado de la definición de nocturnidad. Así, el Estatuto de los trabajadores en su Artículo 36, define el trabajo nocturno como aquel que el trabajador realiza entre las diez de la noche y las seis de la mañana. Como norma general, no se deben exceder ocho horas de jornada, en un cómputo medio de quince días.

El Estatuto de los Trabajadores define al trabajador nocturno como aquel que realiza tres o más horas dentro del horario indicado o el que pueda realizar un tercio de las horas anuales dentro del horario nocturno.

A lo largo del capítulo se intentará describir el tipo de problemas del auxiliar administrativo que realiza su labor en horario nocturno, en su totalidad o enmarcado en un régimen de turnos. Existe un amplio abanico de inconvenientes: problemas físicos, psíquicos, insatisfacción con el trabajo, pérdida de amistades por incompatibilidad horaria, absentismo...

De la misma manera, se propondrán una serie de medidas que, de una forma más o menos eficaz, ayuden a combatir los efectos de unos horarios perjudiciales para la salud laboral, física, mental y social de todo aquel que desempeñe sus funciones en horario nocturno.

2 Objetivos

- Analizar los efectos del trabajo nocturno en la salud física y mental del auxiliar administrativo
- Analizar la idoneidad del horario nocturno respecto a la vida social y las relaciones del auxiliar administrativo
- Proponer medidas para paliar estos efectos

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en revistas científicas en bases de datos electrónicas, PubMed, Elsevier, Scielo, la Biblioteca Cochrane Plus y libros y manuales relacionados con el tema a tratar.

Se han utilizado las siguientes palabras clave: trabajo de noche, calidad de vida, salud, nocturnidad, biorritmos, salud laboral.

4 Resultados

Trabajamos en un sector, el sanitario, en el cual existe una necesidad de cobertura veinticuatro horas al día, siete días a la semana los 365 días al año. Esta necesidad requiere una organización en los turnos de trabajo de mañanas, tardes y noches para poder proporcionar una asistencia adecuada y de calidad.

El ser humano funciona con ciertos ritmos biológicos, llamados ritmos circadianos, que coinciden con el estado de vigilia y sueño.

El organismo humano está programado para funcionar a diferentes ritmos día y noche. Normalmente de noche nuestras capacidades físicas y mentales se ven disminuidas, tenemos menor memoria a largo plazo, en general, nuestras respuestas son más lentas.

El trabajador nocturno ve necesario modificar este comportamiento; se le exige que su organismo esté activo en momentos en que lo natural es que esté en letargo.

Es importante analizar la calidad del sueño en el trabajador nocturno. La Organización Mundial de Salud recomienda un mínimo de 6 horas de sueño reparador. Es obvio que, en condiciones normales, el trabajador diurno puede conseguir este objetivo; no así el trabajador nocturno. Dormir durante el día se puede convertir en una actividad hartamente complicada; durante el día funciona la actividad general por lo que puede resultar difícil conciliar el sueño y, si se consigue, el

cuerpo no reacciona del mismo modo por lo que la calidad del descanso tampoco será igual.

Aunque para mucha gente dormir sea un placer, la OMS insiste en que se trata de una necesidad del cuerpo humano. La falta de descanso puede producir problemas a nivel gastrointestinal, incremento del apetito y disminución del rendimiento.

Asimismo la OMS clasifica los problemas del sueño en primarios y secundarios. Los trastornos del sueño primarios más conocidos son el insomnio y la hipersomnia. Sufrimos de insomnio cuando nos resulta difícil conciliar el sueño; por el contrario, sufrimos de hipersomnia cuando padecemos adormecimiento prolongado durante el día.

Los trastornos secundarios del sueño más significativos son el síndrome de piernas inquietas, la apnea obstructiva del sueño, alteraciones en ciclos menstruales... Como complemento al estudio, podemos tener en cuenta una serie de recomendaciones que ayuden a paliar los efectos descritos.

Se pueden aplicar, por ejemplo las siguientes estrategias:

A nivel personal:

1. Realizar ejercicio físico
2. Intentar llevar una dieta lo más completa posible
3. En la medida de lo posible, organizar visitas a amigos
4. Intentar encajar horarios con el resto de la familia
5. Establecer una rutina de sueño y comidas lo más estricta posible

A nivel empresarial:

1. Participación o al menos sentir que la opinión del trabajador cuenta a la hora de organizar los turnos
2. Estudio de jornadas reducidas
3. Establecer sistemas de rotación inteligentes
4. Establecer incentivos “golosos”

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta el contenido del capítulo podemos concluir que todos los turnos de trabajo pueden tener sus ventajas e inconvenientes, pero es indudable que el turno de trabajo nocturno es el más perjudicial en el ámbito de salud y relaciones personales.

Con este trabajo de investigación de la literatura existente se ha intentado dar una visión general de los problemas que pueden surgir para el trabajador nocturno y, a su vez, se intenta dar una serie de recomendaciones generales para mitigar los

efectos producidos por un horario de trabajo no “natural”; siempre teniendo en cuenta que cada persona puede aplicar las estrategias que mejor encajen con su situación personal.

6 Bibliografía

1. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los trabajadores
2. <https://emesaprevencción.com>
3. <https://biblioteca.unirioja.es>
4. <https://istas.net/>
5. [Revistas.net/descargas/gverde/TURNICIDAD_NOCTURNIDAD.pdf](https://revistas.net/descargas/gverde/TURNICIDAD_NOCTURNIDAD.pdf)
6. www.sanidad.ccoo.es/

Capítulo 535

EL ESTRÉS EN EL PERSONAL NO SANITARIO DEL SECTOR HOSPITALARIO

MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ FUERTES

1 Introducción

Cuando se habla del estrés, se hace, refiriéndose a él, como un fenómeno que tiene dimensiones tanto psicológicas como fisiológicas. Decir, que en el ser humano los aspectos físicos y psíquicos están interrelacionados e inter actuantes. Una definición del estrés, de McGrath, que tiene una gran aceptación sería que “El estrés es un desequilibrio sustancial entre la demanda y la capacidad de respuesta, la del individuo, bajo condiciones en la que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias”. El estrés del personal no sanitario del medio hospitalario puede dar lugar a consecuencias desfavorables tanto en su puesto de trabajo o su capacidad para realizarlo correctamente, como para el trabajador mismo, que no rinde igual y que puede, si ese estrés se prolonga en el tiempo, hacer enfermar a la persona.

Desde hace muchos años el término de estrés se utiliza como un “cajón de sastre”. No es tan fácil lograr definirlo. Es complicado porque abarca una compleja naturaleza. Por un lado, estarían la gran variedad de causas que lo provocan, así como las consecuencias con manifestaciones psicosomáticas y conductas del individuo. Hay aspectos que son un factor de desequilibrio para la persona. Estos aspectos pueden ser respecto a su trabajo o respecto a algunas características de personas que pueden provocar facilitar el estrés.

2 Objetivos

- Definir el concepto del estrés en el trabajo del personal no sanitario del ámbito hospitalario.
- Definir y enumerar los aspectos que causan ese desequilibrio.

3 Metodología

Para poder elaborar este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de información en libros y también se han consultado artículos en la base de datos: PubMed, y MedlinePlus. Se han empleado como criterios de inclusión: idioma castellano e inglés y de exclusión: textos que carecen de acceso gratuito. Como palabras clave han sido utilizadas: estrés, estresores, aspectos, características, laboral, personal, no sanitario.

4 Resultados

Tal como se citó en la introducción de este capítulo los aspectos que son un factor de desequilibrio para la persona pueden ser en torno a las características de su trabajo o de las personas. Estos aspectos son estresores porque provocan y facilitan el estrés. Pueden ser:

Las demandas de trabajo. Son las exigencias y características del trabajo, estas pueden ser un factor muy importante en la aparición del estrés. Puede producirse una sobrecarga de trabajo por el que el propio trabajador, puede sentirse superado. Y esto repetido en el tiempo da lugar a ello. Es pues, un estresor, un factor desencadenante, de los que, de este tipo, podemos destacar algunos de ellos: la sobrecarga de trabajo, la cantidad, la dificultad de las tareas están por encima de la respuesta del trabajador para esa labor; la infracarga de trabajo, cuando la cantidad de este, esta por debajo y el trabajador no se siente motivado; la repetición, cuando las tareas son siempre igual y repetitivas; el ritmo del trabajo, cuando el trabajador tiene que adaptarse a un ritmo de trabajo que no le concede autonomía alguna; las habilidades, cuando las actividades a realizar están por debajo de la capacidad de la persona que las realiza; cuando el trabajador no tiene una buena información de cómo debe de ser su trabajo; las relaciones personales en el medio de trabajo, pueden surgir problemas en las relaciones que se establecen entre superiores o compañeros de trabajo; la formación, falta de ella para el desempeño de la labor; responsabilidad, las tareas asignadas son de mucha responsabilidad.

Y luego está las características de la persona. Las investigaciones han demostrado que las características personales influyen mucho en el estrés. Hay determinadas personas que ante determinadas demandas o situaciones laborales tienen más predisposición a padecerlo porque son más vulnerables al estrés que otras; por ejemplo, personas muy perfeccionistas, con metas elevadas, muy implicadas con su trabajo que les lleva a estar en una tensión continua, haciéndoles más sensibles a padecerlo.

5 Discusión-Conclusión

El estrés que está relacionado con el trabajo del personal no sanitario del medio hospitalario, tiene unas reacciones físicas y psicológicas que aparecen cuando el trabajador tiene que hacer frente a unas exigencias por las que se ve desbordado o bien porque no tiene conocimientos suficientes, entre otras. Las reacciones que se pueden generar son múltiples siendo emocionales, conductuales, cognitivas, fisiológicas...

El estresor en el trabajo es algo que el propio trabajador ve como dañino y crónico, sintiendo que, todo ello, es una amenaza, un peligro que hacen que se desencadene una serie de reacciones psicológicas y fisiológicas. Tratar de utilizar toda la ayuda de la que podamos disponer para hacer frente y que el estrés deje de estar presente en la vida de un trabajador es la mejor manera de lograr que el estrés no aparezca en la vida de la persona, y si ya ha hecho aparición, de vencerlo.

6 Bibliografía

- 1—Medline: <https://medlineplus.gov/spanish/>
- 2—Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- 3—Manual de Fysa sobre prevención de las agresiones en centros sanitarios y asimilados.

Capítulo 536

IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA POR EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

LORENA SÁNCHEZ PÉREZ

ROBERTO VALLINA FRESNO

1 Introducción

En la actualidad son varios los canales por los cuales los usuarios de la atención primaria pueden contactar con sus centros de salud correspondientes (telemáticamente, telefónicamente y presencialmente), aunque la vía telefónica sigue siendo la más demandada por los usuarios. Es muy importante una buena y eficaz gestión de la atención telefónica, puesto que de ello depende una atención de calidad del usuario del servicio de salud debido a la reducción de la atención presencial.

El sistema sanitario se ha visto desbordado por la situación excepcional que el Covid-19 ha provocado, por este motivo ha sido necesario un cambio en la atención a los pacientes, siendo la atención telefónica el método elegido para poder dar asistencia a ese incremento de pacientes. La ventaja de la atención telefónica durante la pandemia es una atención rápida y ágil, gracias a ello pueden atenderse a un número mayor de personas en menor tiempo.

La llegada del Covid-19 ha supuesto una mayor utilización de la atención telefónica para la atención a los pacientes, siendo de vital importancia una buena

gestión de la agenda cada vez mayor de personas atendidas telefónicamente. Es por eso que la labor del personal administrativo toma mayor responsabilidad y visibilidad a la hora de gestionar ese aumento de trabajo que deben realizar.

2 Objetivos

El objetivo es la correcta recepción de las llamadas y una eficiente gestión de las mismas, para poder dar la correspondiente atención por parte del personal sanitario a todos los usuarios que lo soliciten.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se realiza una revisión bibliográfica para la obtención de datos a través de búsquedas en las bases de datos científicas como Scielo, Dialnet, Pubmed, así como la consulta de la normativa vigente en internet por medio de buscadores web como Google.

4 Resultados

Para poder llevar a cabo la atención telefónica hay una serie de pautas a seguir que ayudaran a obtener una rápida y eficaz atención:

- Es necesario que el teléfono se encuentre en un lugar accesible y nos permita realizar esta acción sin tener que forzar nuestra postura.
- Se deberá coger el teléfono con la mano contraria a la que se utiliza para escribir porque eso nos facilitará la recogida de datos mientras se habla.
- Se dispondrá de todo el material y mobiliario necesario para el correcto desempeño de la recepción de las llamadas.
- Se mantendrá un entorno lo menos ruidoso posible para una buena recepción de las llamadas.

No solo son importantes los medios materiales sino también la manera en la que le personal administrativo desarrolla y gestiona esas llamadas:

- Siempre debe comenzar la llamada con un saludo amable y cordial mostrando respeto y educación.
- Identificar el centro de salud al que está llamando el usuario.
- Utilizar y mantener el tono adecuado y el volumen de voz correcto.
- Dar la información al paciente de manera que pueda entenderlo, pronunciar correctamente y no hablar demasiado deprisa.

- Utilizar una escucha activa.
- El auxiliar administrativo procederá a facilitar la información si es lo que demanda el usuario y sino se dispone de ella se procederá a transferir la llamada a quien corresponda. Si por el motivo que fuera no se contactara con la persona requerida, se informará al paciente dándole a elegir entre las siguientes opciones, esperar, que vuelva a llamar mas tarde o bien se pondrán en contacto con él lo antes posible.

Si el motivo de la llamada es para solicitar atención por parte del personal sanitario, se procederá a la toma de datos y a la gestión de la cita, ya sea presencial o telefónica.

- Es importante finalizar siempre la llamada dando las gracias por la llamada realizada y desear un buen día para que el usuario perciba una buena atención por parte del personal administrativo.

5 Discusión-Conclusión

En el servicio de salud del Principado de Asturias ha tomado una gran importancia la atención telefónica por parte del personal sanitario, es por ello que el personal administrativo se ha encontrado con un aumento considerable de trabajo y de responsabilidad, debiendo ser ellos los que asumen el primer triaje en las llamadas de los pacientes, haciendo una primera valoración para la detección de posibles casos Covid y así diferenciar quien recibe asistencia presencial o telefónica. Debido al aumento de esa asistencia telefónica deben realizar la gestión de un mayor número de citas y recibir un altísimo número de llamadas, es por eso que una buena gestión en la realización de su trabajo favorece el buen funcionamiento de la atención a los usuarios por parte del personal sanitario.

6 Bibliografía

1-Manual de manejo en atención primaria (Astursalud.es)

Capítulo 537

LA VIOLENCIA DE GENERO Y LA SALUD

BEATRIZ RODRÍGUEZ-MARIBONA TRABANCO

1 Introducción

La violencia contra las mujeres es la manifestación extrema de la desigualdad y del sometimiento en el que viven las mujeres en el mundo.

Constituye un atentado contra el derecho a la vida, a la seguridad, a la libertad, y la dignidad de las mujeres y por lo tanto, un obstáculo para el desarrollo de una sociedad democrática.

Toda la violencia se desarrolla a través de una situación de dominación-sumisión en la que alguien más poderoso y fuerte intenta someter a alguien más débil a la fuerza. En el caso de la violencia contra las mujeres, la desigualdad de éstas con respecto a los hombres está en el origen del problema. Nuestra sociedad está estructurada según las distintas funciones atribuidas a uno y otro sexo: las del hombre, basadas en la fuerza, la virilidad, el poder y la ambición; y las de la mujer, centradas en aspectos que no llevan ni al éxito ni al poder y que son socialmente consideradas inferiores a las masculinas. Este reparto de funciones nos conduce a una sociedad patriarcal, donde el hombre disfruta de todas las esferas de la vida, tanto de la pública como de la privada, mientras que la mujer se ve limitada al ámbito privado o doméstico.

Este planteamiento de desigualdad y dominación se va construyendo a lo largo del proceso de socialización, que comienza cuando somos menores; los hombres se han visto obligados a "hacer valer su superioridad" a demostrar su fuerza y a

gobernar, desde el ámbito más privado, su hogar, al público; por el contrario, si no han hecho valer su virilidad han sido ridiculizados por la sociedad y considerados "poco hombres". Las mujeres se ven obligadas por los mandatos de género a ser complacientes, a cuidar a los demás, a renunciar a sus expectativas en función de las de otros, a transigir... Como hemos dicho, estos valores patriarcales nos han transmitido que las mujeres y los hombres tenemos diferentes características y, por tanto, diferentes papeles en la sociedad; en el momento en el que el sujeto pasivo, es decir, la mujer, intenta romper con esta situación preestablecida, el hombre responde con la violencia para seguir manteniendo su estatus y su sentido de la propiedad hacia la mujer. En ese momento se produce la violencia contra las mujeres.

2 Objetivos

Reducir la prevalencia y severidad de los daños a la salud causados por la violencia contra las mujeres, con particular énfasis entre aquéllas que se encuentran en situación de mayor riesgo o vulnerabilidad.

3 Metodología

Mediante la revisión bibliográfica, se pueden extraer la importancia que este gran problema está ejerciendo en nuestra sociedad. Se hace un estudio sobre el marco legal y la repercusión social que supone este problema. Se extraen conclusiones sobre el modo de afrontarlo, y lo que es más importante, la forma de prevenirlo mediante la educación social.

4 Resultados

La Violencia de Género, se define como: "Toda conducta que atenta contra la dignidad e integridad física y moral de las mujeres por el hecho de serlo, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres". "La violencia comprende cualquier acto de violencia basada en género que tenga como consecuencia, o que tenga posibilidades de tener como consecuencia, perjuicio o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer, incluyendo amenazas de dichos actos, coerción o privaciones arbitrarias de su libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada."

Tipos de violencia de género Existen muchos tipos de Violencias de Género, pero la Ley 13/2007 se centra en cuatro tipos generales de violencia; la violencia física, la violencia psicológica, la violencia económica y la violencia sexual.

Violencia física. Incluye cualquier acto de fuerza contra el cuerpo de la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aún sin convivencia. Asimismo, tendrán la consideración de actos de violencia física contra la mujer los ejercidos por hombres en su entorno familiar o en su entorno social y/o laboral. Acoso, violación, penetración de objetos, tocamientos y contactos no deseados, mutilación genital, ... Empujones, tirones de pelo, bofetadas, golpes, patadas, quemaduras, mordeduras, estrangulamiento, puñaladas, tortura, asesinato, ...

Violencia psicológica. Incluye toda conducta, verbal o no verbal, que produzca en la mujer desvalorización o sufrimiento, a través de amenazas, humillaciones o vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, insultos, aislamiento, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad, ejercida por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aún sin convivencia. Asimismo, tendrán la consideración de actos de violencia psicológica contra la mujer los ejercidos por hombres en su entorno familiar o en su entorno social y/o laboral. Chistes, bromas, comentarios, amenazas, aislamiento, desprecio, intimidación e insultos en público, desigualdad en el reparto de los recursos comunes, negativa a que la mujer salga sola de casa...

Violencia económica. Incluye la privación intencionada, y no justificada legalmente, de recursos para el bienestar físico o psicológico de la mujer y de sus hijas e hijos o la discriminación en la disposición de los recursos compartidos en el ámbito de la pareja. No deja que controle los recursos de la economía familiar, limita el dinero, entrega cantidades insuficientes para el mantenimiento de la familia, la culpa de no saber administrar bien el dinero, impide que trabaje para que no tenga independencia económica...

Violencia sexual y abusos sexuales. Incluyen cualquier acto de naturaleza sexual forzada por el agresor o no consentida por la mujer, abarcando la imposición, mediante la fuerza o con intimidación, de relaciones sexuales no consentidas, y el abuso sexual, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la víctima. Acoso, violación, penetración de objetos, tocamientos y contactos no deseados, mutilación genital, impide ejercer tu sexualidad libremente, ... Formas de ejercer la violencia de

género.

La violencia de género es una violación intolerable de los derechos fundamentales del colectivo femenino, que representa un atentado contra el derecho a la vida, la integridad física y moral, la seguridad y libertad y, en suma, contra la dignidad, que exige como respuesta una eficaz política de prevención de ayuda a las víctimas.

Es indudable que el origen del problema de la violencia de género estriba en el patrón cultural que sitúa al hombre y a la mujer en papeles diferentes dentro de la familia, el reparto de tareas dentro de ésta, y la tradicional consideración de la mujer como una persona de inferior categoría en la vida social.

El colectivo femenino español ha sido protagonista de la creación de diversas leyes, convenios y tratados que se han aprobado y ratificados a mediados del siglo pasado. Sin embargo, la realidad social y económica no refleja la igualdad plena y efectiva de derechos que reconoce el texto constitucional a la mujer. Dicho en otras palabras, la discriminación histórica hacia el colectivo femenino no se ha suprimido en la sociedad, por ello sigue sin ofrecerse políticas de iguales oportunidades a toda la población ciudadana. La búsqueda de soluciones a esta situación no depende exclusivamente del Estado, las Comunidades Autónomas deben coparticipar en ello mejorando las competencias que actualmente tienen. La conquista de la igualdad y el respeto a la dignidad humana y la libertad de las personas tiene que ser un objetivo prioritario, que no puede quedar exclusivamente en las manos del legislador, por esta razón los Estatutos autonómicos deben incluir una regulación que obligue a una protección integral a la mujer a fin de detectar, prevenir, sancionar y erradicar la violencia de género y garantizar la asistencia a sus víctimas. Sin embargo, se desprende de la mayoría de la legislación autonómica analizada que en los últimos años se han dictado leyes de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres que disponen medidas contra la violencia de género, al igual que otras normativas relativas al empleo y a la vivienda, y a los Planes Integrales para la erradicación de tal violencia, demostrándose la existencia de una legislación dispersa en un sinfín de normas de distintos rangos, que hacen imposible su seguimiento y aplicación. La solución que se propone a esta problemática es la de establecer títulos en materia competencial más amplios y detallados, con mayor precisión y garantía de los ámbitos competenciales de las Comunidades Autónomas en sus Estatutos de Autonomía. Con esta medida, existiría una mayor precisión y garantía de las materias competenciales en relación a la problemática de malos tratos, ya que implicaría clarificar los problemas que frecuentemente se dan en la identificación de los contenidos materiales que corresponden a los diversos títulos competenciales. Los

substratos materiales de cada competencia no son siempre claros e inequívocos y, por ende, las interrelaciones son muy frecuentes; ello dificulta determinar la prevalencia de uno, dos o más títulos en juego. Es indiscutible que el problema se presenta cuando el operador jurídico deba interpretar conceptos competenciales extremadamente genéricos e indeterminados. En cambio, en la medida que los Estatutos autonómicos perfilen y acoten mejor el alcance y contenido de sus competencias, contribuirían a una mayor identificación de las materias que constituyen la base de cada título competencial. Una propuesta como ésta, podría limitarse, en gran parte, al problema de la fragmentación que hoy en día presentan las cláusulas competenciales, al construir bloques materiales más coherentes y definidos. En este sentido, el Estatuto autonómico podría utilizarse para dar una mayor sistemática y un perfil más preciso al alcance material de las competencias de las Comunidades Autónomas, al reducir o eliminar los problemas que actualmente se presentan a la hora de apreciar cuál es la materia a considerar. En consecuencia, obligaría a los poderes públicos a que integraran la dimensión de género en todas las áreas de la Administración Pública.

Las propuestas para incorporar las medidas específicas contra la violencia de género en los Estatutos autonómicos serían las siguientes:

1. Establecer títulos en materia competencial más amplios y detallados.
2. Establecer un prototipo de colaboración intracomunitario entre el Gobierno Autonómico Central y los Gobiernos Locales.
3. Establecer un prototipo de colaboración entre el Gobierno Autonómico y las Asociaciones de Mujeres, Grupos y ONG que representen al colectivo femenino.
4. Garantizar un espacio de proyección exterior de la Comunidad Autónoma y su participación en la Unión Europea.
5. Definir estatutariamente el modelo de financiación a seguir.

5 Discusión-Conclusión

La violencia hacia la mujer es un acto delictivo y potencialmente muy dañino. Una intervención médica adecuada y una correcta derivación puede salvar una vida, evitando la muerte física o la destrucción emocional de una persona. La educación sexista es el caldo de cultivo de la violencia contra las mujeres.

Se puede llegar a la conclusión que es en el hogar donde surge la violencia intrafamiliar por eso es importante prevenirla y erradicarla.

Para ello es indispensable fomentar los valores desde la infancia, estos son: Generosidad, Respeto, Justicia, Responsabilidad, Lealtad, Autoestima. Admitir que

existe un problema de violencia intrafamiliar y denunciar ante las autoridades competentes. Es necesario informar sobre la necesidad de fortalecer el desarrollo familiar, y visualizar a la familia como parte integral de la vida, del desarrollo de la sociedad, como base central de la cultura de la no violencia y del respeto a los derechos humanos. Es importante detectar de manera oportuna las causas que llevan a una familia a vivir bajo esta problemática, para formarnos una visión de lo que está ocurriendo, para poder intervenir de manera correcta y romper el ciclo destructivo para evitar que se herede de generación en generación. Crear programas de información pública y de esta manera hacer conciencia, formar grupos en las colonias, hacer folletos que hablen del problema de la violencia y repartirlos en las calles, ir a dar pláticas o conferencias en las escuelas y en las instituciones de gobierno.

6 Bibliografía

1. Arce, R. y Fariña, F. (1995). El estudio psicosocial de la víctima. En M. Clemente (Ed.), *Fundamentos de la psicología jurídica* (pp. 431-447). Madrid: Pirámide.
2. Arce, R. y Fariña, F. (2001). Construcción y validación de un procedimiento basado en una tarea de conocimiento para la medida de la huella psíquica en víctimas de delitos: La entrevista clínico-forense. Manuscrito Inédito, Universidad de Santiago de Compostela.
3. English, D. J., Marshall, D. B. y Stewart, A. J. (2003). Effect of family violence on child behavior and health during early childhood. *Journal of Family Violence*, 18, 43- 57.
4. Esbec, C. (2000). El psicólogo forense en el proceso penal. En E. Esbec y G. GómezJarabo (Eds.), *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad* (pp. 111-254). Madrid: Edisofer
5. Fariña, F., Arce, R., y Buela, G. (2009). (Eds) *Violencia de género. Tratado psicológico y legal* (pp. 63-74). Madrid: Biblioteca Nueva.

Capítulo 538

DIETAS PROGRESIVAS

DAVID DIAZ ALVAREZ

1 Introducción

Se llama progresión alimentaria a la evolución que sigue la alimentación del paciente desde el inicio de la tolerancia digestiva hasta conseguir la máxima variedad de alimentos, texturas y formas de cocinado.

En el entorno hospitalario se producen numerosas situaciones clínicas donde dicha progresión es necesaria. Se debe entender como un proceso con unas características muy dinámicas en función de diferentes factores: Situación clínica, cambios en la anatomía o funcionalidad de los órganos que forman parte del aparato digestivo y la respuesta individual a la progresión alimentaria.

Para establecer la duración de los diferentes procesos que debe seguir la progresión alimentaria, debe estudiarse de manera individual cada caso ya que no siempre es necesario o posible pasar de un proceso a otro de forma consecutiva. Los objetivos primarios de la progresión alimentaria son:

1. Proporcionar confort posprandial después de un periodo de reposo del aparato digestivo.
2. Restablecer el trofismo intestinal para evitar posibles malabsorciones.

Objetivos secundarios son:

1. Garantizar y optimizar el estado nutricional, ayudando a la recuperación funcional del paciente
2. Mantener el beneficio de la nutrición cuando se ha establecido alimentación artificial previamente.
3. Después de cirugías intestinales, adaptar la alimentación a posibles cambios anatómicos y funcionales ocasionados por la cirugía.

2 Objetivos

- Enumerar las dietas existentes en una progresión alimentaria y su secuencia.
- Conocer los alimentos permitidos en cada una de las distintas dietas que componen la progresión alimentaria

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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

Dentro de las dietas progresivas podemos establecer la siguiente clasificación

Dieta Líquida:

Compuesta exclusivamente por alimentos líquidos. El aporte energético de esta dieta es muy reducido, proviniendo en su mayoría de hidratos de carbono solubles. El aporte de proteínas será de origen lácteo.

Su principal objetivo es aportar fluidos y electrolitos que estimulan levemente el tracto gastrointestinal. Esto permite la valoración de la tolerancia digestiva, haciendo posible la progresión en la dieta alimentaria.

Los alimentos permitidos serían:

- Agua, agua gelificada, bebidas isotónicas e infusiones
- Leche y derivados lácteos líquidos
- Zumos y licuados de frutas
- Caldos (vegetales, de carne o de pescado)
- Azúcar y miel

Dieta Semilíquida:

Compuesta por alimentos líquidos y semilíquidos cuyas texturas no sean homogéneas. El aporte energético sigue siendo reducido, conteniendo hidratos de carbono de absorción lenta. Las proteínas siguen siendo de origen lácteo. Se permite la incorporación de manera reducida de fibra fermentable.

Podemos incluir los siguientes alimentos además de los anteriormente descritos:

- Derivados lácteos: natillas, flan, yogur natural
- Cereales dextrinados: sopas de pasta pequeña, arroz

- Fruta natural hervida o en almíbar, compotas

Dieta semisólida:

Incluimos ya alimentos semisólidos con texturas homogéneas (pures) y no homogéneas (sopas). Aporte mas completo de energía. La proteína de origen animal se presenta triturada. Seguiremos con un aporte reducido de grasas y fibras no fermentables.

El objetivo por conseguir será la confirmación de la tolerancia digestiva, así como progresar hacia una dieta más completa

Los alimentos que se pueden incluir además de los anteriores son:

- Queso fresco, requesón, queso en porciones
- Tostadas, galletas maría
- Verduras en pure: patata, zanahoria, calabacín, calabaza
- Carnes poco grasas trituradas
- Jamón cocido, embutido de pavo
- Pescado blanco triturado
- Huevos revueltos, tortilla francesa
- Fruta natural: manzana, pera, plátano. Fruta en almíbar, mermelada, dulce de membrillo y jalea
- Aceite de oliva
- Condimentos suaves: sal, laurel

Dieta de fácil digestión

Se compone por alimentos de textura variada. Debemos evitar alimentos crudos, excepto fruta muy madura, alimentos flatulentos. Evitaremos cocciones o técnicas culinarias que dificulten la digestión. Es una dieta completa de forma cuantitativa y cualitativa. La proteína animal estará incluida de manera que su consistencia resulte blanda. Seguiremos con un aporte reducido de grasas y fibra no fermentable.

Nuestro objetivo es ofrecer una dieta confortable desde el punto de vista digestivo. Esta dieta tendrá una duración en función del estado anatómico o funcional del tracto intestinal.

Alimentos que se incluyen sumados a los anteriores:

- lácteos: Quesos curados y semicurados
- Pan, tostadas, pasta alimenticia
- Verduras poco fibrosas sin triturar: patata, zanahoria, judía verde, calabaza y calabacín. Tomate tamizado
- Carnes y pescados poco grasos sin triturar (textura blanda)
- Embutidos magros
- Fruta natural, manzana, pera, melocotón, plátano, albaricoque

- Todo tipo de fruta en almíbar
- Condimentos suaves: sal, laurel, canela, hierbas aromáticas, vainilla, perejil

Dieta basal:

Esta dieta esta compuesta por todos los alimentos, texturas y cocciones. Esta indicada en pacientes que no padezcan ninguna patología metabólica ni gastrointestinal. Cubrirá los requerimientos energéticos del paciente hospitalizado.

5 Discusión-Conclusión

La progresividad de la dieta contribuye a una mejor recuperación de aquellos pacientes con cirugías con o sin implicación digestiva o con patologías que afecten al aparato digestivo. Esta transición de una dieta líquida a una basal permite un mayor confort digestivo para el paciente evitando malabsorciones y consiguiendo que el aporte energético sea el necesario para el paciente hospitalizado. De esta manera el paciente verá, en la medida de lo posible, sus necesidades nutricionales básicas cubierta de modo conveniente, evitando problemas causados por aportes energéticos, proteicos y grasos escasos derivados de sus patologías o estados de reposo absoluto por motivo de su hospitalización.

6 Bibliografía

Nutrición y dietética clínica. 3ª Edición. Jordi Salas-Salvadó, Anna Bonnada y Sanjaume, Roser Trallero Casañas, M. Engracia Saló i Sola, Rosa Burgos Peláez. 2014 Elsevier España S.L. ISBN 978-84-458-2377-4

Capítulo 539

FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

NATALIA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

El artículo 43 de la Constitución española establece el derecho a la protección de la salud, y los desarrollos normativos posteriores han fortalecido y consolidado estos principios en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Los Centros de Salud se definen como “Estructuras físicas y funcionales que posibilitan el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En ellos desarrollan sus actividades y funciones los Equipos de Atención Primaria”)

Los puntos fuertes de nuestro modelo son: profesionales bien formados; trabajo en equipo (medicina de familia, pediatría, enfermería, celadores, y otros); zona adscrita al centro de salud, y lista de pacientes a cada profesional, sistema de derivación o referencia a los demás especialistas, etc.

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 atención primaria.

En definitiva la atención primaria se refiere a los centros de salud. Este es el edificio donde se atiende a la población en un primer nivel asistencial sanitario.

2 Objetivos

Conoceremos las funciones del celador en los centros de salud, las cuales son similares a las funciones de celador de puerta de hospital, al no haber pacientes ingresados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Detallaremos cuáles son las funciones más habituales del celador en atención primaria:

1-Vigilancia y seguridad

El celador tiene que velar porque todas las dependencias e instalaciones del centro de salud se encuentren en perfecto orden y limpieza.

También, procurará que los pacientes y familiares que visitan el centro de salud mantengan el orden y procuren estar en silencio. También garantizarán que todo los usuarios lleven la mascarilla quirúrgica correctamente colocada y dispensará gel hidro alcohólico si fuera necesario.

2-Información y atención al usuario

A primera hora de la mañana, cuando hay más volumen de pacientes debido a que coinciden las citas de extracciones de sangre con las consultas médicas y de enfermería, el celador organizará la entrada ordenada de los usuarios, teniendo en cuenta las medidas higiénicas y de aforo para la prevención de la covid-19.

Muchas veces, estos profesionales tienen que proporcionar información a los pacientes sobre el lugar en el que se encuentran, sobre el día y hora de las consultas, sobre el papeleo... Pero nunca darán información sobre salud ni tratamientos.

Son dudas sencillas, pero que, en cualquier momento, el celador debe mostrarse colaborativo y con vocación de ayudar a resolverlas. Es importante trabajar coordinadamente con los auxiliares administrativos para mayor eficacia en la atención al usuario. También hacer las rondas necesarias a los despachos de los médicos para tener disponible cuanto antes la documentación de los pacientes, los

cuales irán a recoger al mostrador de entrada, tales como partes de baja, informes, etc.

3-Traslado y movilización de pacientes

Cuando al centro de atención primaria llegan pacientes con movilidad reducida o no válidos, el celador debe encargarse del traslado de estos pacientes hacia las consultas u otros lugares necesarios, normalmente en silla de ruedas.

4-Reposición de materiales

El celador también es el responsable de reponer el material que falte en las consultas, tales como recetas, tóner para impresoras y, en general, en las dependencias del centro de salud.

También el manejo de las máquinas reproductoras, como son las fotocopadoras, y otras máquinas auxiliares son tareas que competen al celador.

En ocasiones, el celador también debe realizar recados oficiales dentro y fuera de los centros de trabajo.

5-Reparto de la documentación

Dentro del centro de salud, el celador se encarga de trasladar los documentos necesarios, así como las historias clínicas de los pacientes cuando sean requeridos para ello.

La correspondencia también es otra de las responsabilidades del celador. Debe entregar, recoger y distribuirla cuando sea oportuno.

6-Asistencia a otros profesionales del equipo

Teniendo en cuenta que la principal función de un celador es la de contribuir, en la medida de sus posibilidades, a mejorar el bienestar de los pacientes, la ayuda del celador a otros profesionales del equipo sanitario que están tratando a los usuarios es una de las labores más relevantes.

El celador podrá asistir al personal sanitario que esté realizando pequeñas curas e intervenciones ambulatorias, como colocación de escayolas, etc.

5 Discusión-Conclusión

En muchas ocasiones el paciente llega al centro de salud desorientado por diversos motivos. El celador es el primer contacto con el paciente, el cuál le ayuda y se pone a disposición del mismo empatizando con la situación de este y haciendo lo posible por resolver las dudas de forma rápida y eficaz. Es muy importante el trabajo en equipo con los auxiliares administrativos.

El papel del celador a las puertas de los centros de salud se ha vuelto mucho más relevante y exigente suponiendo una gran carga pues debe de combinar la rigidez

de los protocolos de prevención de la covid-19 con las diferentes problemáticas que le presentan los pacientes.

6 Bibliografía

- 1.http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1
- 2.<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap>
- 3.Constitución española 1978
- 4.Ley General de sanidad 14/1986 de 25 de abril

Capítulo 540

LA IMPORTANCIA DE FORTALECER LAS ESTRUCTURAS MUSCULOESQUELÉTICAS CENTRALES DEL CUERPO (CORE) EN EL ÁMBITO SANITARIO PARA UN BUEN POSICIONAMIENTO DE LA ESPALDA EN EL TRABAJO

NATALIA LORENZO VILLA

LUIS ANTONIO LÓPEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Ciertas categorías profesionales en el ámbito sanitario (personal sanitario y no sanitario), por las características propias del puesto, no permiten una correcta higiene postural, con poca ergonomía en ocasiones para el trabajador, provocando tener que forzar una serie de estructuras musculoesqueléticas, pudiendo ocasionar por ello un alto absentismo laboral, y con ello ocasionando un gasto importante para el Estado.

En ocasiones, los dolores de espalda, uno de los que tienen mayor prevalencia, se deben a los malos posicionamientos corporales que se establecen cuando se está en el puesto de trabajo, ahora bien, dichos posicionamientos se producen en

ocasiones por la falta de fuerza en el eje central del cuerpo, llamado core (núcleo o centro), la cual se asocia más a nivel estético, pero formando una especie de coraza, para la protección de otras zonas corporales.

Al no tener esta estructura musculoesquelética desarrollada de forma correcta, nuestro peso, movimiento, giros, carga de peso en el trabajo, posturas inadecuadas movimientos repetitivos, dan lugar a problemas a corto y largo plazo de espalda bien pasajeras y en muchas ocasiones crónicas (llegando en ocasiones a tener que intervenir de forma quirúrgica), pudiendo prevenirse en cierta manera gracias al core (núcleo) y su correcto desarrollo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer el grado de absentismo laboral que producen los dolores de espalda.

Objetivos secundarios:

- Evaluar la importancia del fortalecimiento del core.
- Valorar si dicho fortalecimiento nos puede mejorar o prevenir de ciertas patologías.
- Conocer qué estructuras musculoesqueléticas forman parte del core.

3 Metodología

Realización de revisión bibliográfica en las bases de datos académicas: Medline plus, scielo y Google con los términos: dolores de espalda, musculatura central cuerpo, core, ejercicios core, core y el trabajo, importancia del core, absentismo laboral, dolores lumbares, absentismo laboral dolores de espalda, causa más común de absentismo laboral, estructura del core, haciendo uso de los operadores: AND, OR, site.

4 Resultados

1. Un informe realizado por el Sistema Nacional del Ministerio de Sanidad constataba que en el 2019 el 25% del absentismo laboral en España estaba causado por dolores de espalda, en la zona lumbar.

Otro estudio analiza que la población mundial sufre de lumbalgias en algún periodo de su vida y que 1 de cada 3 personas mayores de 35 años sufrirá algún

tipo de dolencia de esta índole en su vida, llegando en ocasiones a ser crónicas con el tiempo. Los dolores de espalda es la primera causa de absentismo laboral en nuestro país, además el 50% de las bajas laborales con un tiempo superior a 6 meses no vuelven a reincorporarse al trabajo.

2. En ocasiones los movimientos repetitivos, las cargas de peso, las posturas erróneas y estáticas provocan fatiga, dolor de espalda, afectando a las lumbares en el día a día laboral; ya que al realizar un sobreesfuerzo y tener la musculatura del core poco fortalecida, se genera que el raquis lumbar se recargue mucho más, que si por el contrario está ejercitado y fortalecido. El denominado core del inglés, (núcleo o centro), son un conjunto de estructuras que conforman la parte central del cuerpo, los cuales en ocasiones se asocian, más con temas estéticos que de salud, pero que nos aportan gran estabilidad a la parte central del cuerpo ante los movimientos y transfieren fuerza entre las extremidades, dando lugar a un mayor equilibrio corporal.

3. Su fortalecimiento mejora que se tenga una correcta postura corporal, la protección de otro tipo de tejidos como puedan ser ligamentos y tendones y por supuesto la protección ósea, es de gran importancia para la prevención de lesiones y patologías que se producen a medio y largo plazo en el ambiente laboral, como las lesiones lumbares, por la presión que ejerce nuestro cuerpo sobre estas últimas, forzar otras partes musculoesqueléticas, que de tener fortalecido el core no sufrirían de igual manera, derivando en menos patologías y dolores al trabajador y por consiguiente menos absentismo laboral en el ámbito sanitario. Entre las estructuras que forman parte del core se encuentran:

4. Estructuras articulares: columna vertebral, articulación sacroilíaca, coxofemoral.

Estructuras musculares: diafragma, multifidos, cuadrado lumbar, transverso del abdomen, oblicuos, recto abdominal, psoas, suelo pélvico, glúteos y dorsal ancho.

5 Discusión-Conclusión

Aunque no va a eximir el fortalecimiento de la estructura musculoesquelética denominada core, de lesiones y patologías en el ámbito laboral, si que podría ser un buen medio para la prevención de ellas o alargar el padecimiento de las mismas, y por consiguiente, el impacto económico que deriva del absentismo laboral en el ámbito sanitario, tanto del personal sanitario como del no sanitario. Siempre que se fortalezcan bajo la supervisión de un profesional especializado en la zona central o núcleo (core) del cuerpo, ya que su desarrollo de forma incorrecta también podría derivar en lesiones serias para el personal laboral.

6 Bibliografía

1. Revista Andaluza de Medicina del Deporte - Volume 8, Issue 2, June 2015, Pages 79-85.
2. Blog dels estudis de ciències de la salut - 18 de desembre de 2013.
3. Entrenamiento funcional del core. principios de evaluación y tratamiento.
4. 9 beneficios del entrenamiento del core - 27 abril 2021.
5. El dolor cervical y lumbar, principal causa de incapacidad y absentismo laboral en España - 30 de noviembre.

Capítulo 541

LA BIPEDESTACIÓN PROLONGADA O MANTENIDA EN EL ÁMBITO SANITARIO, PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

NATALIA LORENZO VILLA

LUIS ANTONIO LÓPEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

En el ámbito sanitario hay ciertas categorías profesionales que para la correcta realización de su trabajo, tanto de personal sanitario como no sanitario, requieren de una alta carga de labores en bipedestación prolongada o mantenida, provocando ciertos problemas a corto plazo y a su vez pudiendo acabar en patologías crónicas a largo plazo.

Bipedestación significa mantenerse erguido sobre los miembros inferiores (de pie), algo natural para el ser humano aproximadamente a partir del año de vida y a su vez sano, pero cuando dicha bipedestación se prolonga más de cuatro horas hablaríamos de bipedestación mantenida o prolongada.

Matizar por otro lado que al igual que ocurre en la bipedestación prolongada o mantenida, que aquí nos ocupa, muchas patologías son comunes en los trabajadores que se encuentran en puestos de trabajo realizado en sedestación (sentado), durante largos periodos de la jornada laboral. Ya que en ocasiones no hay

una buena circulación de retorno, existiendo a su vez mala higiene postural y poca ergonomía en el trabajo.

A corto plazo se podría hablar de dolores leves, pero con el paso del tiempo, pasarían a ser dolores más persistentes, llegando en ocasiones a tener que someterse a algún tipo de rehabilitación, operación quirúrgica.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer y distinguir entre los diferentes tipos de bipedestación laboral que existen.

Objetivos secundarios:

- Valorar las patologías que se pueden causar o agravar por la bipedestación prolongada o mantenida.
- Buscar formas que puedan paliar o reducir los efectos que produce la bipedestación prolongada o mantenida en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos académicas: Scielo y en Google con los términos: absentismo laboral, patologías musculoesqueléticas, patologías musculoesqueléticas en el trabajo, causa más común de absentismo laboral, lesiones musculoesqueléticas causadas por la bipedestación mantenida o prolongada, normativa trabajo en bipedestación, ergonomía en el ámbito sanitario, bipedestación prolongada en el trabajo, higiene postural en el ámbito sanitario, patologías vasculares por bipedestación prolongada o mantenida, prevención de patologías musculoesqueléticas, prevención de patologías vasculares, haciendo uso de los operadores: AND, OR, site.

4 Resultados

Un estudio de la ENS 2011/2012 indica que el 45,5% de la población realiza un trabajo en bipedestación sin grandes desplazamientos la mayor parte de su jornada laboral.

1. Cuando un trabajo requiere realizarlo en bipedestación más de cuatro horas sin poder descansar cada cierto tiempo hablamos de bipedestación prolongada

o mantenida, sin embargo la bipedestación también podría ser intermitente, denominada de esta manera cuando las labores del trabajador se alternan entre bipedestación (de pie) y sedestación (sentado) o bien se puedan producir pequeños descansos cada 30-60 minutos.

2. El estar en bipedestación prolongada o mantenida, y en ocasiones mezclado con hiperRotaciones, hiperflexiones y/o hiperextensiones osteoarticulares o cargas que el trabajo requiera en el ámbito sanitario, puede causar o agravar ciertas patologías, como puedan ser de tipo:

- Musculoesqueléticas (dolores lumbares, cervicales y contracturas en la zona dorsal de la espalda, articulares y sus tejidos adyacentes) que son las que más absentismo laboral provocan.
- Circulatorios: varices, cordones venosos, telangiectasias, edema, eczema, lipodermatoesclerosis, ulceraciones, insuficiencia venosa crónica (IVC).

Este tipo de patologías suelen derivar en tres fases:

- En la fase uno se hace evidente la aparición de dolor y cansancio mientras se trabaja, desapareciendo fuera de éste.
- En la fase dos, hay síntomas al comenzar el trabajo y no remiten por la noche derivando en insomnio y reduciendo el rendimiento laboral en ocasiones.
- En la fase tres los problemas persisten mientras se descansa, resultando difícil realizar tareas, incluso las fáciles.

3. En las posibles lesiones musculoesqueléticas se puede seguir cierta ergonomía e higiene postural, posicionar una pierna más alta que la otra desplazando el peso cada cierto tiempo mientras se está en bipedestación; usar calzado adecuado antideslizante, y que amortigüe el impacto; ciertos ejercicios como estiramientos, pilates o natación (al realizarse en descarga y usar un conjunto importante de musculatura); el correcto fortalecimiento de la zona central del cuerpo para proteger la espalda.

Para los problemas circulatorios, se aconsejaría utilizar ropa holgada, caminar mínimo una hora al día con la indumentaria adecuada, colocación de las piernas en alto por encima de altura del corazón, uso de medias de compresión al menos durante la jornada laboral, todo ello para la mejora de la circulación de retorno.

5 Discusión-Conclusión

El 83% de las enfermedades laborales en España se reconocen en los registros oficiales.

Hay algunos estudios que relacionan la aparición o agravamiento de ciertas pa-

tologías de las anteriormente nombradas con la bipedestación prolongada o mantenida, pero no son concluyentes, sin estar aún reconocidas como enfermedad profesional. Habría que llevar a cabo estudios más personalizados, de cada individuo, ya que también podrían influir en dichas patologías el riesgo de su aparición por un grado de carácter hereditario y otros factores externos.

El profesional y la empresa, debe tener la máxima información y gran interés en la ergonomía laboral propia de cada categoría profesional en el ámbito sanitario tanto de personal no sanitario como sanitario, para prevenir lesiones y patologías disminuyendo de esta manera el gasto que produce el absentismo laboral.

6 Bibliografía

1. Medicina y seguridad del trabajo. Abril-junio 2016 Scielo.
2. Lesiones musculoesqueléticas de origen laboral. Tu salud no está en venta.
3. Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la población trabajadora según la Encuesta Nacional de Salud 2011/2012. Insst.
4. Higiene Postural en Trabajos Estáticos de Pie. 11 Marzo 2017. Europapreven.
5. El calvario de estar de pie. 8-6-2012 LNE.
6. Protocolos de vigilancia sanitaria específica. Posturas forzadas. mscbs.gob.
7. Trabajar de pie: riesgos, consejos y medidas preventivas. UCO.

Capítulo 542

ACCIDENTES DE TRABAJO IN ITINERE PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

EVA FERNANDEZ FERNANDEZ

ANA BELEN DIAZ RODRIGUEZ

ROCIO MARICEL MEDELLIN BLANCO

ANA ÁLVAREZ CUESTA

ISABEL FERNANDEZ CARRILLO

1 Introducción

Según se encuentra recogido en la legislación de Seguridad Social y Prevención de Riesgos Laborales un accidente de trabajo es toda lesión corporal que la persona sufra con ocasión o a consecuencia del trabajo por cuenta ajena. Aún siendo este concepto claro y sencillo, se presentan muchas situaciones en el ámbito profesional en las que con frecuencia surgen dudas sobre si una determinada lesión es catalogable o no como accidente de trabajo.

Incluidas en estos casos, se hallan las asociadas a los accidentes que se producen al ir o al volver al trabajo, comúnmente conocidos como accidentes in itinere. Fundamentalmente, para que este hecho sea considerado como tal se necesitan tres elementos: el “domicilio”, el “lugar de trabajo” y el nexo entre ellos a través

del “trayecto”. Para que este tipo de accidentes de trabajo sean reconocidos como tal se requiere que quienes han sufrido sus consecuencias acrediten la carga de la prueba del origen laboral del daño en cuestión, durante el tiempo y sitio de trabajo.

Todos los trabajadores por el hecho de circular por una carretera estamos expuestos a sufrir un accidente de trabajo in itinere, la carretera es un sitio peligroso hay ciertas profesiones como taxistas o conductores profesionales que desarrollan el 100% de su jornada en ella.

2 Objetivos

Determinar los requisitos que se tienen que dar para que un accidente in itinere para ser considerado como un accidente de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Como variables de búsqueda se ha utilizado “accidentes de trabajo in itinere”.

4 Resultados

Cada caso hay que estudiarlo para poder determinar si estamos o no ante un accidente laboral in itinere, algunos requisitos básicos se resumen en cuatro tipos:

1. Requisito teleológico o de motivación para saber si el accidente es in itinere: el desplazamiento debe estar motivado únicamente por el trabajo. Deber ser durante el inicio o fin de su prestación laboral. Cabe matizar que es aceptado como accidente in itinere el producido en circunstancias directamente relacionadas con el trabajo que se presta por cuenta ajena. Como ejemplo de esto tenemos aquellos accidentes que se producen al ir a cobrar la nómina mensual o el accidente al ir a realizar reconocimientos médicos como consecuencia de su trabajo.
2. Requisito espacial, topográfico o geográfico para saber si nuestro accidente se considera in itinere.

Es obligatorio que se produzca durante el camino de ida o de vuelta entre el domicilio de la persona y su centro de trabajo. El accidente puede ser en un momento anterior al viaje o durante la preparación del viaje, como puede ser al ir a coger un vehículo. El trayecto debe ser el adecuado o lo que es lo mismo el normal, usual o habitual, aunque no siendo el más corto. El camino seguido debe corresponderse con cualquier tipo de vía que las personas usen con normalidad. En cuanto al domicilio, este elemento se refiere a punto cerrado y privado, tiene una dimensión amplia. Se puede aceptar lugares de residencia o de estancia incluso de comida distintos de la residencia principal. La jurisprudencia ha minimizado la importancia del domicilio, declarando que el punto de llegada o de vuelta no tiene por qué ser necesariamente el domicilio de la persona accidentada.

Según la jurisprudencia, lo esencial no es salir del domicilio o volver del domicilio, sino ir al trabajo o volver del trabajo, siempre y cuando no se rompa el nexo causal domicilio-trabajo (situación que podría producirse si el trayecto no es adecuado o si la persona sufre el daño estando dentro de su domicilio privado).

3. Requisito cronológico del accidente para catalogarlo como laboral. Según este, el accidente debe producirse dentro del tiempo que normalmente se invierte en el trayecto. Para ello, el recorrido no debe modificarse por desviaciones o alteraciones temporales que no sean normales o que respondan a motivos de interés particular. La jurisprudencia interpreta con amplitud lo que debe entenderse por “interrupción”. A ese respecto, considera que esta no se produce en supuestos en que el lapso de tiempo es de corta duración y tiene justificación. Así, las paradas breves no rompen el nexo causal domicilio-trabajo si obedecen a motivos relacionados con el trabajo, con la convivencia normal o racionalmente admisibles

4. Requisito de “idoneidad del medio” o mecánico del accidente. El viaje se debe realizar a través de un medio de transporte normal o habitual, racional y adecuado para salvar la distancia entre el centro de trabajo y el domicilio de la persona o viceversa. Podemos considerar medio de transporte adecuado a aquel que es el normal o usual cuyo uso no entrañe riesgo grave e inminente, aunque no se exige su empleo sistemático.

¿Cuándo no hay accidente de trabajo in itinere?

No se consideraría accidente de trabajo in itinere en las siguientes circunstancias:

1. Si no se ha iniciado el desplazamiento.
2. Cuando ya se ha finalizado el desplazamiento.
3. En el caso de que el trayecto no sea adecuado.
4. Cuando se sufre el daño dentro del domicilio privado.
5. Si hay modificaciones injustificadas del recorrido.

6. Cuando hay alteraciones de tiempo que no son normales.
7. Si el propio vehículo entraña riesgo grave e inminente.
8. Si el desplazamiento se realiza con imprudencia temeraria.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que entre las causas que favorecen la ocurrencia de los accidentes de trabajo in itinere se encuentran:

1. La concentración de la población en torno a las grandes ciudades. El actual modelo territorial de crecimiento de las ciudades se puede considerar como el factor más importante del aumento del tiempo en los desplazamientos al lugar de trabajo. Estamos frente a un modelo caracterizado por el crecimiento incontrolado de las grandes ciudades, la segregación de las zonas residenciales, la creación de polígonos industriales alejados de los cascos urbanos, distanciándose en definitiva, la vivienda del centro de trabajo.
2. El modelo de transporte basado en el vehículo privado frente al transporte público, que en principio, aparecía como ventajoso para los usuarios, ha llegado a constituirse un lastre. El transporte público no satisface las necesidades de los usuarios, ya sea por las excesivas frecuencias, por los larguísimos trayectos o por las distancias de las paradas, lo cierto es que son muy pocos los trabajadores que utilizan este tipo de transporte para sus desplazamientos.

6 Bibliografía

1. Sánchez Iglesias, A. L.; Villalobos Cabrera, F.; Cirujano González, A.: “Manual de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales”. FREMAP. Madrid, 2007.

Capítulo 543

PROBLEMAS CARDIOVASCULARES EN LOS TRABAJOS SANITARIOS Y NO SANITARIOS

LUIS ANTONIO LÓPEZ MARTÍNEZ

NATALIA LORENZO VILLA

1 Introducción

Actualmente, los problemas cardiovasculares, tienen unos índices de mortalidad y morbilidad laboral muy elevados y ocasionan que, casi un 8% del dinero destinado a sanidad (en España), sea destinado a curar dichos problemas. En el resto de Europa sucede algo similar.

En los países industrializados, cerca de un 20% de la población activa tiene problemas cardiovasculares. Incrementando dichos problemas con la edad.

El estrés, la mala alimentación y el tabaquismo influyen negativamente en la salud de nuestro corazón, ya que son hábitos generalizados en la sociedad actual. Pero de lo que no se habla tanto, es en lo que afecta a nivel laboral.

El sedentarismo durante la jornada laboral, la turnicidad, las jornadas laborales prolongadas o las realizadas en horario nocturno, las condiciones tecnológicas y organizativas son factores que influyen potencialmente en la salud de nuestro corazón.

Incluso el ser hombre o mujer influye en los problemas cardiovasculares, ya que no afecta a todos por igual las causas mencionadas.

Los costos de estos problemas cardiovasculares y cualquier otra enfermedad o problema de salud son: el absentismo laboral (días y horas de ausencia), la actividad restringida (restricciones médicas), los gastos médicos y hospitalarios, las pérdidas por muerte prematura, seguros (de salud, vida), daños y perjuicios (pleitos), reducción de la productividad (industrial y empresarial).

2 Objetivos

Dar a conocer los problemas que ocasionan las enfermedades cardiovasculares en el ámbito laboral sanitario y no sanitario.

3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica en las bases de datos académicas: Scielo y Google con los términos: problemas cardíacos en el trabajo, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, problemas cardíacos en el trabajo nocturno, enfermedades que producen los trabajos a turnos, principales enfermedades cardíacas provocadas por el estrés en el ámbito sanitario.

4 Resultados

Efectivamente existen muchos tipos de trabajos.

Dentro de los trabajos de oficina, no se comenta que, las posiciones en que nos sentamos o cuánto tiempo pasamos sentados delante del ordenador, también influyen en los problemas cardíacos. Por eso es recomendable que cada 2 horas nos levantemos de la silla y estiremos las articulaciones y los músculos. También se recomienda, que mientras permanezcamos sentados, no crucemos las piernas ya que podría producir trombos.

Otro problema es el estrés y este, está generalizado a cualquier trabajo del ámbito sanitario.

Actualmente, según la sociedad en la que estamos, el estrés puede aparecer en nuestra etapa estudiantil (o incluso antes) y arrastrarlo durante el resto de nuestra vida. Pero es en la etapa laboral cuando más se destaca. Y es que el sentirse abrumado o sobrepasado por las situaciones no controladas o de difícil solución, son las que nos producen estrés.

Estas situaciones o lo que es lo mismo este estrés, incrementa notablemente el riesgo de sufrir una cardiopatía isquémica, es decir, una enfermedad de las arterias coronarias, la cual es provocada por el estrechamiento de las arterias que van al corazón, ocasionando que llegue menos flujo de sangre al corazón y, por tanto, un desequilibrio en el aporte de oxígeno al miocardio (tejido muscular del corazón) y que cada vez es más común en personas menores de 45 años, según el congreso realizado por la Sociedad Española de Cardiología (SEC).

Pero esto no es todo ya que según un estudio realizado por investigadores de la Facultad de Salud y Bienestar de la Universidad de Jönköping (Suecia), las personas que padecen estrés laboral tienen un riesgo un 48% superior de padecer fibrilación auricular (más comúnmente conocida como arritmia, afectando al tiempo entre latidos y haciendo que el corazón genere latidos desiguales), por lo que las consecuencias son una mayor probabilidad de acabar sufriendo un infarto o un ictus. En el estudio también se destaca que las personas con trabajos estresantes tienen un 50% más de probabilidad de sufrir fibrilación auricular. Entre estos trabajos destacan las cadenas de montaje, conductores de autobús y el personal de Enfermería, personas que trabajan en cocina.

En la misma línea de estudio, la Universidad JiaoTong (China) y la Universidad de Tulane (EE. UU.) destacan que realizar turnos de trabajo nocturnos también puede ocasionar dichos problemas cardíacos como la fibrilación auricular.

5 Discusión-Conclusión

Según el estudio, cuando en la población actual cada día hay más casos de personas jóvenes con cardiopatía isquémica aguda o infarto, es que algo está fallando.

Se debería de tener en cuenta a nivel laboral, la situación personal y familiar de cada trabajador, ya que en gran parte de las ocasiones se produce una falta de conciliación familiar, produciendo el estrés que esto conlleva y por tanto más riesgo de padecer las enfermedades anteriormente citadas.

Una solución posible sería un turno fijo, o al menos rotaciones semanales, para que el trabajador pueda organizarse.

Ya que el estrés que nos producen dichos cambios de turno, unidos a la falta de sueño y a una alimentación incorrecta, por una vida demasiado sedentaria, están pasando factura en la salud de la población actual.

6 Bibliografía

1. ABC. Salud. Estrés laboral.
2. Web consultas. Mente y emociones.
3. Serbinter. Enfermedades cardiovasculares laborales.
4. Fundación del corazón.
5. Periódico la vanguardia.

Capítulo 544

UNIFORMES Y SU IMPORTANCIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ASUNCION ARGUDIN ALVAREZ

MARIA DE LA PAZ GONZALEZ SUÁREZ

1 Introducción

Los uniformes del personal sanitario y no sanitario son equipos de protección individual e indispensables para todos los trabajadores del sector sanitario desde enfermeros, médicos, administrativos, personal de cocina, etc., por higiene para evitar la propagación de infecciones ya que dentro del entorno hospitalario sigue estando presente la posibilidad de transmisión de patógenos y por otro lado el vestuario laboral debe ir acorde con la actividad profesional que realicen.

Y buen uniforme debe ser:

- Cómodos para el movimiento del trabajador.
- Debe ser de tejido hipoalergénico.
- Fácil para lavar y que sea resistente a sustancias químicas.
- De colores identificativos que son el azul verde y blanco y fueron escogidos para aportan un alto grado de tranquilidad y también para representar a los profesionales de este sector .
- Mangas cortas y fácilmente remangables los profesionales están continuamente lavándose las manos y por eso las mangas no pueden ser largas y así evitar mojar el uniforme.
- El calzado debe ser también cómodo , fácil de desinfectar, fácil de lavar a mano y también a máquina y con una plantilla que sea anti transpirante, anti dolores y anti bacteriana.

También es importante que haya en el ámbito sanitario los gorros ,las alzas, los guantes y las mascarillas que sean desechables.

2 Objetivos

Conocer la importancia del uniforme en el entorno hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consiste en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente.

Se han realizado la búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos Medline, Scielo y Scopus.

Seleccionando artículos científicos publicados en academias revisadas.

4 Resultados

Diversos artículos publicados en revistas y libros médicos muestran la importancia que tiene el vestuario laboral en el ámbito de la salud proporcionando al paciente seguridad y confianza.

El uniforme laboral como los kimono, las batas, los pantalones, los delantales, los zuecos, los gorros, los guantes, las mascarillas, las gafas, las casacas; deben adaptarse a la condición del trabajador y a la actividad que el trabajador desempeña en ese momento.

La ropa de los sanitarios y no sanitarios no solo debe ser cómoda y flexible para realizar su trabajo con comodidad sino también tiene que ser seguro, práctico, que eviten el reflejo de la luz como los que se utilizan en los quirófanos y no ser conductores de la electricidad.

Se puede decir que el vestuario laboral en el ámbito hospitalario es una barrera entre el profesional y el paciente evitando la propagación de enfermedades y por eso es importante hacer un buen uso del mismo y siendo responsable y respetando todas las reglas.

Y para evitar enfermedades, gérmenes e infecciones no se debe utilizar la ropa de trabajo fuera del centro sanitario. Y para ello debe de a ver también una higiene

la de indumentaria es importante para cumplir las normativas sanitarias:

- El proceso de recogida es una de las medidas más importante para evitar propagar los virus, y es depositar la ropa en bolsas de plástico destinadas a ese fin.
- Limpieza del uniforme sanitario en las lavanderías especializadas.
- Almacenamiento es importante que el lugar de almacenamiento de la ropa presente las condiciones adecuadas para evitar su manipulación y su contacto con humedades o superficies sucias.
- Y el transporte que debe realizarse en tolvas, sistema que debe estar cerrado, evitando su apertura.

Todos los trabajadores sanitarios y no sanitarios que trabajan cada uno en su faceta, pero con un mismo objetivo que es el bienestar de los pacientes dando siempre prioridad a la higiene y a la seguridad.

Aunque los estudios realizados son bastante positivos y creo que se puede mejorar realizando programas de formación.

5 Discusión-Conclusión

Se llega a la conclusión de que los uniformes son importantes en el ámbito laboral para diferenciarse en cada categoría.

En el ámbito sanitario son importantes los colores para diferenciar que función ocupa en cada categoría profesional.

- En la cocina es el color blanco de los uniformes que da una imagen de limpieza e higiene.
- En los quirófanos para los cirujanos son de color verde ó azul porque transmiten relajación y neutraliza el brillo de la sangre que se toma de un color marrón apagado sobre el y ejerce un efecto tranquilizante entre médicos y pacientes.
- Uniformes con dibujos, sobre todo cuando se trata de trabajar con niños que es importante para animarles, calmarles y que los niños se sientan seguros.

Los uniformes son una de las barreras para evitar una contaminación cruzada entre las diferentes infecciones que existen en un hospital por lo que nos aseguran cierta seguridad y calidad en nuestro sistema sanitario.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

2. <https://www.mdelineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 545

SÍNDROME DE BURNOUT

ASUNCION ARGUDIN ALVAREZ

MARIA DE LA PAZ GONZALEZ SUÁREZ

1 Introducción

La palabra Burnout viene derivada de la expresión "estar quemado" y en relación con lo laboral se refiere a un desgaste profesional y en ello se observa un agotamiento físico, mental y emocional causado por una ansiedad que se une en el entorno laboral derivada del estrés

En el año 2000 la OMS reconoció el estrés laboral como un factor de riesgo. Esta situación afecta de diferente manera a cada persona por ejemplo la OMS pública que "puede dar lugar a comportamientos disfuncionales".

Solo hasta el año 2019 el síndrome de Burnout fue reconocido dentro de la (CIE-11) clasificación Internacional de enfermedades en su revisión 11.

La OMS reconoció el "síndrome de Burnout o de desgaste profesional" como una patología asociada al agotamiento mental, físico y emocional causado por el trabajo.

Es un proceso en el que progresivamente el trabajador sufre una pérdida de interés por sus tareas y va desarrollando una reacción psicológica negativa hacia la ocupación laboral.

Puede dividirse en dos tipos:

- Burnout activo: el trabajador mantiene una conducta asertiva, y se relaciona con elementos externos a la profesión.
- Burnout pasivo: el trabajador suele tener sentimientos de apatía y se relaciona con factores internos psicosociales.

2 Objetivos

Analizar e investigar y conoce los síntomas de la patología y lo primero realizar una entrevista clínica con el trabajador que les permita averiguar si existe la enfermedad y conviene que el profesional conozca como es su situación en la empresa y como está organizado el trabajo.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una búsqueda bibliográfica, sobre la literatura científica existente. Se ha elaborado la búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en los principales bases de datos: Cuidate plus, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos publicados en académicas revisadas.

4 Resultados

La diferencia entre el síndrome de Burnout y el estrés laboral es que el primero es consecuencia del segundo.

Cuando el estrés aumenta y se cronifica se puede convertir en Burnout, el estrés se manifiesta a través de la sobre implicación en los problemas e hiperactividad emocional, en el síndrome de Burnout se observa falta de implicación y embotamiento emocional.

El síndrome se clasifica en cuatro fases:

- Leve: cansancio, dificultad para levantarse a la mañana.
- Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia y negativismo.
- Grave: automedicación, con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de drogas y de alcohol.
- Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos y suicidios.

Los principales síntomas del síndrome de Burnout es:

- El agotamiento físico y mental generalizado, el trabajador sufre una pérdida de energía en todos los niveles de salud.
- Fatiga crónica, trastornos del sueño, y puede también aparecer taquicardias.
- Aumento de peso o bien pérdida de apetito, náuseas.
- La aparición de dolores musculares, dolores de cabeza (migrañas) y dolores de la espalda.

- Problemas gastrointestinales y en la mujer hasta una desregulación del ciclo menstrual.
- La despersonalización y el cinismo es un cambio en el comportamiento del trabajador, adopta una actitud de indiferencia y desapego, reduciendo su compromiso hacia el trabajo.
- La irritabilidad y el endurecimiento del trato, los clientes, usuarios o personas con las que interaccionan perciben este cambio de actitud, pero también la familia y su entorno social.
- Hay una bajada de la productividad laboral y una desmotivación que genera frustración y evidencia una ausencia de realización personal en el trabajo.
- Falta de atención hacia las tareas, olvidos y lagunas en las tareas asignadas y dificultad para concentrarse y todo ello forma un círculo vicioso que se retroalimenta constantemente.

5 Discusión-Conclusión

Después de las consultas realizadas hemos llegado a la conclusión que una de las profesiones que más padece el síndrome de Burnout es la que se dedica a la rama sociosanitaria.

En este estudio hay una gran diferencia entre los trabajadores que nada más detectar los primeros síntomas, buscaron ayuda psicológica a los que tardaron en darse cuenta de lo que estaba pasando.

Quién lo detecta a tiempo, intenta cambiar sus hábitos:

- Realizando ejercicio físico, dedicar más tiempo a su familia.
- Haciendo una dieta más saludable.

Por lo contrario, el trabajador que tarda en reconocer sus síntomas y no les da importancia acaba buscando refugio automedicándose e incluso recurriendo al alcohol y a las drogas para poder abordar la situación. Por ello, es de vital importancia que empresa y trabajador pongan cada uno de su parte.

6 Bibliografía

1. <https://www.quiroprevencion.com>
2. <https://cuidateplus.marca.com>
3. <https://salut.asepeyo.es>
4. <https://ada.com>
5. <https://www.doctorak.com>.

Capítulo 546

ESTRÉS LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

EVA MARÍA RIESCO MENÉNDEZ

CARLA BRAÑA SUAREZ

1 Introducción

Se le llama estrés laboral a una forma específica de estrés debida a factores o situaciones que se dan en el trabajo. El estrés puede ser positivo si supone un reto que no sobrepase las propias capacidades.

El estrés negativo se da cuando la situación genera la sensación de que está fuera de nuestro control. Puede ser puntual por un pico en la carga de trabajo, un fin de plazo próximo o cambios inciertos en la organización que impliquen cambios de puestos y/o despidos. Los efectos de este estrés puntual suelen ser moderados y desaparecen cuando desaparece el agente estresor que lo produce.

La exposición prolongada en el tiempo a estos factores estresantes, en cambio, produce estrés crónico cuyos efectos sobre la salud física y mental son más graves y muchas veces requieren de ayuda especializada. Una mala relación con compañeros y/o superiores, mala organización del trabajo, situaciones laborales inestables o de acoso tienen efectos muy negativos. Con el tiempo, este estrés laboral crónico puede conducir a un agotamiento psicológico conocido como “síndrome de estar quemado” (burnout). Hay investigaciones que vinculan este agotamiento con ansiedad, depresión y, en algunos casos, prepara el caldo de cultivo a problemas graves de salud mental. El estrés crónico también afecta a la salud física ya que interfiere en el sueño, la alimentación, etc.

Además no sólo afecta a las personas que trabajan, perjudica también a empresas y organizaciones porque reduce la productividad laboral, aumenta el absentismo, la rotación laboral y tiende a extenderse dentro del lugar de trabajo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las consecuencias físicas y psíquicas del estrés sobre la salud de personas que lo sufren.

Objetivos secundarios:

- Determinar posibles estrategias para minimizar el impacto del estrés en la salud y en el bienestar emocional.
- Exponer posibles medidas preventivas para evitar el estrés.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El estrés produce una respuesta física del cuerpo. La glándula suprarrenal libera hormonas del estrés: cortisol, adrenalina, y otras. Esas hormonas viajan por el torrente sanguíneo y llegan al corazón. La adrenalina hace que el corazón lata más rápido, se eleve la presión arterial, se contraen los vasos sanguíneos y con el tiempo provoca hipertensión irreversible. Por estas y otras razones es por las que el estrés crónico se asocia a enfermedades cardiovasculares.

El cortisol puede hacer que el revestimiento interno de los vasos sanguíneos no funcione con normalidad. Estos cambios aumentan la posibilidad de ataque cardíaco o derrame cerebral.

También se perturban las contracciones rítmicas naturales que mueven los alimentos en el intestino lo que conduce a síndrome del intestino irritable y puede

aumentar la sensibilidad intestinal al ácido produciendo ardor de estómago. Las hormonas del estrés afectan también a las células inmunes amortiguando su función y aumentando la inflamación en el cuerpo haciéndolo más susceptible a infecciones.

Otras consecuencias del estrés prolongado son la aparición de acné, pérdida de cabello, disfunción sexual, dolores de cabeza, tensión muscular, déficit de atención, fatiga e irritabilidad.

Pero donde más se notan los efectos es en el cerebro ya que altos niveles de cortisol durante largos períodos de tiempo causan estragos en el mismo. Aumenta el nivel de actividad y el número de conexiones neuronales en la amígdala, centro del miedo del cerebro. El hipocampo, la parte del cerebro asociada al aprendizaje, los recuerdos y el control del estrés, se deteriora. Esto significa que el estrés crónico podría dificultar el aprendizaje y la memoria, así como sentar las bases para problemas mentales más graves, como la depresión y, con el tiempo, el Alzheimer.

Las dos maneras más eficaces de revertir lo que el cortisol hace en un cerebro estresado son el ejercicio y la meditación, que consiste en respirar profundamente estando consciente de dicha respiración.

También los ejercicios de relajación ayudan a contrarrestar los efectos fisiológicos de la respuesta al estrés. Por ejemplo, la relajación muscular progresiva ayuda a reducir la tensión muscular asociada con la ansiedad. Consiste en tensar y relajar sistemáticamente cada grupo de músculos principales.

Cuando el estrés laboral se extiende fuera del horario y del lugar de trabajo el problema son las horas que “rumiamos” acerca del trabajo cuando ya se acabó la jornada. Rumiar sobre el trabajo es tener los mismos pensamientos y preocupaciones una y otra vez. Lo que rumiamos son cosas molestas, que tensan: tareas que no terminamos, tensiones con compañeros, etc. Esto perturba el descanso, el sueño, la recuperación, daña nuestro bienestar emocional y también tiene un impacto en nuestras relaciones y familia. En este caso puede ser de ayuda la atención plena o mindfulness que es la capacidad de prestar atención al momento. El estrés puede exacerbarse si pasamos tiempo rumiando sobre el pasado, el futuro o participando en la crítica o autocrítica. La atención plena ayuda a entrenar al cerebro para romper estos hábitos dañinos. Para mejorar esta habilidad se puede hacer meditación pero también ayudan ejercicios informales como caminar.

Las últimas tecnologías, en el caso del estrés, no han venido para ayudar precisamente. Los smartphones y el teletrabajo hacen que perdamos el límite físico entre trabajo y casa. Cuando nos falta este límite físico entre trabajo y casa, hay que crear uno psicológico. O sea, definir espacios y tiempos de trabajo y ser estrictos al respecto.

Crear una zona de trabajo definida en la casa, incluso si es reducida e intentar trabajar ahí. Que no sea un área relacionada con descansar y dormir. Usar ropa de trabajo aunque se esté en casa o incluso cambiar el tipo de luz ayudará a nuestra mente a separar el tiempo de trabajo de otras actividades.

Hasta aquí hemos visto que tratar el estrés con relajación, ejercicio moderado, meditación, atención plena puede ayudar a minimizar los efectos del mismo, pero también podemos intentar prevenirlo. Para ello podemos:

Aprender estrategias resolución de problemas con pasos específicos para afrontar obstáculos o desafíos. Estos pasos incluyen: definir el problema, plasmar ideas sobre posibles soluciones y desarrollar un plan de acción.

Reevaluar los pensamientos negativos. El estrés y la preocupación crónicos pueden llevar a las personas a desarrollar un filtro mental en el que interpretan automáticamente las situaciones a través de una lente negativa. Para reevaluar los pensamientos negativos, hay que tratarlos como hipótesis en lugar de como hechos y considerar otras posibilidades. La práctica regular de esta habilidad puede ayudar a las personas a reducir las emociones negativas en respuesta a los factores estresantes.

5 Discusión-Conclusión

Las situaciones estresantes en ocasiones se pueden prevenir y hay ciertas estrategias que pueden ayudar a hacerlo. Otras veces, esas mismas situaciones estresantes son inevitables, tanto en el trabajo como en otras áreas de la vida. Lo que necesitamos es poner en práctica herramientas que nos permitan manejarlo.

Se deben tomar medidas a través de la prevención de riesgos laborales que incluyan técnicas de manejo de estrés como la relajación, atención plena y cambio de hábitos dañinos.

En el lugar de trabajo conviene hacer revisiones de la organización del mismo con inclusión de sugerencias y propuestas de los propios trabajadores.

Implementar mecanismos de detección de situaciones de acoso e implementar

procedimientos para atajarlas.

Finalmente recurrir a un profesional especializado o “coach laboral” puede ser interesante ya que puede aportar estrategias y otras perspectivas para afrontar retos laborales.

6 Bibliografía

1. “El estrés laboral como riesgo psicosocial: actividad preventiva y correctora”. Laboratorio Observatorio de Riesgos Psicosociales de Andalucía.
2. “La organización del trabajo y el estrés”. Organización Mundial de la Salud. 2004.
3. <https://www.universia.net>
4. <https://www.health.harvard.edu/blog/how-to-handle-stress-at-work-2019041716436>

Capítulo 547

EL CELADOR Y LA ENFERMEDAD DE ROSAI DORFMAN

MARÍA ELENA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

ENRIQUE LOPEZ COGOLLUDO LOPEZ

MIGUEL ANGEL JIMENEZ GONZALEZ

M CARMEN FERNÁNDEZ GARCÍA

MARÍA DEL ROSARIO HERAS JIMENEZ

1 Introducción

Es una enfermedad autolimitada, el sinus histiocítico, con una etiología desconocida. La primera vez que se describe fue en 1969 por Ronald F. Dorfman y Juan Rosai. Hablan de la proliferación de las células en el sistema mononuclear fagocítico en distintos sistemas y órganos ocurriendo un desorden en las dos primeras décadas de la vida principalmente aunque el origen de su aparición ocurre a cualquier edad. Esta enfermedad es autolimitada en casi todos los casos, recurrente y progresiva hasta llegar a la muerte del enfermo.

En el año 1978, esta enfermedad fue reconocida por primera vez como la enfermedad con compromiso cutáneo exclusivo o Enfermedad de Rosai-Dorfman cutánea por su rara presentación y más en mujeres. Ha sido descrita como masas subcutáneas de una consistencia firme y con un tamaño entre 1-10 cm, encontrándose en cualquier parte del cuerpo.

Histológicamente las lesiones cutáneas como las ganglionares se presentan en un cuadro parecido que se caracteriza por hacer infiltrados dérmicos compuestos por histiocitos, linfocitos y células plasmáticas. Es una característica la presentación de abundante citoplasma pálido y en su interior se pueden observar células plasmáticas y linfocitos, la fagocitosis de células normales se llama emperipolesis. El origen no está claro completamente y sin poder presentar un protocolo para su tratamiento puede tener una evolución incierta.

2 Objetivos

Con la exposición de este caso clínico, un grupo de celadores se propone describir la enfermedad de Rosai Dorfman dentro de la atención especializada.

3 Caso clínico

Mujer de 64 años de edad, con antecedentes de Hipertensión arterial para lo cual lleva tratamiento con Metildopa 750mg e Hidroclorotiazida 25 mg diarios. Desde hace cuatro años comenzó a notar la aparición de lesiones nodulares de color rojo violáceo redondeadas, no dolorosas ni pruriginosas, de base ancha, firmes, movibles con un tamaño entre uno y tres cm, inicialmente localizadas en la mama derecha y progresivamente se extendieron al resto del tórax. Como otro dato al examen físico sólo se encontró palidez cutánea mucosa.

Radiografía (Rx) de tórax: Índice cardiorácico normal, no alteraciones pleuropulmonares.

Ultrasonografía de partes blandas: En la parte superior de la espalda se observa una imagen tumoral de baja ecogenicidad que mide 1.40 x 3.89 cm. En el brazo derecho de 2.3 x 2.52 cm. y 0.99 x 1.88 cm.

Biopsia de piel: Presencia de histiocitos con fenómeno de emperipolesis, proteína S 100 positiva. Conclusiones enfermedad de Rosai Dorfman cutánea.

Después de la confirmación diagnóstica y conocer que solo tiene lesiones en piel se inicia tratamiento con citotóxicos según el protocolo internacional para estas enfermedades; el tratamiento planificado (CHOP) Ciclofosfamida 750 mg/m, Adriamicina 50 mg/m, Vincristina 1.4 mg/m (sin pasar de 2 mg por dosis) y Prednisona 60 mg/m, en total se administraron seis ciclos, evolucionando favorablemente pero presento una recaída a los 7 meses por lo que comenzó tratamiento con talidomida y prednisona haciendo intolerancia a la talidomida por lo que

abandona la paciente el tratamiento y se sustituye por interferón α 2 β recombinante manteniéndose estable la enfermedad sin aparición de nuevas lesiones. Aunque esta es una enfermedad benigna y auto limitada, la remisión espontánea puede producirse luego de varios años de seguimiento tratándose las lesiones que afectan la estética del paciente, existen variadas opciones terapéuticas, en nuestro caso por la envergadura de las lesiones se inicio el tratamiento con citotóxicos teniendo una recaída en un periodo de tiempo bastante corto, se planifica otra terapéutica la cual no tolera y se decide comenzar con interferón α 2 β recombinante con buenos resultados para la paciente al tener un prolongado período de remisión estando hasta la fecha libre de manifestaciones clínicas.

4 Discusión-Conclusión

La histiocitosis es un grupo heterogéneo de enfermedades de la que no se conoce la causa que se caracterizan por la proliferación de las células del sistema mononuclear fagocítico en diferentes sistemas y órganos. Esta proliferación a veces es localizada pero también puede ser generalizada, afectando a varios sistemas y organos como ya hemos mencionado anteriormente.

Son enfermedades de las denominadas raras o poco frecuentes con una edad de aparición infantil y su gravedad depende de las características biológicas del individuo. El término de histiocitosis excluye las enfermedades en las se produce de forma secundaria esta proliferación histiocitaria, como la reacción granulomatosa en las infecciones que son crónicas.

5 Bibliografía

1. Lauwers GY, Perez-Atayde A, Dorfman RF, Rosai J: The digestive system manifestations of Rosai-Dorfman disease (sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy): Review of 11 cases. Hum Pathol 31:380, 2000. [PMID: 10746683].
2. Foucar E, Rosai J, Dorfman R: Sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy (Rosai-Dorfman disease): Review of the entity. Semin Diagn Pathol 7:19, 1990. [PMID: 2180012].
3. Bernard F, Sarran N, Serre I, Baldet P, Callamand P, Margueritte G Astruc J. Sinus Histiocytosis (Destombes- Rosai-Dorfman Disease) revealed by extranodal spinal involvement. Arch Pediatr 1999; 6(2): 173-177.

Capítulo 548

EL CELADOR Y LA REPARACIÓN TISULAR EN ODONTOLOGÍA

MARÍA ELENA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

MARÍA DEL ROSARIO HERAS JIMENEZ

M CARMEN FERNÁNDEZ GARCÍA

MIGUEL ANGEL JIMENEZ GONZALEZ

ENRIQUE LOPEZ COGOLLUDO LOPEZ

1 Introducción

La odontología es una parte de la medicina que tiene una continua evolución experimentando importantes avances. Durante los noventa las prótesis fijas parciales se convirtieron en lo normal y estándar para la sustitución de dientes perdidos. Ahora se han desarrollado los tan conocidos como implantes dentales y se acepta como el mejor método a la hora de sustituir un diente o más de uno y así no usar la prótesis que hay que quitársela.

Bastantes artículos científicos y clínicos hablan de la cantidad de ventajas que se obtiene con la aplicación de plasma rico en factores de crecimiento que se ofrece en odontología y cirugía bucal, considerando la reducción del tiempo que se tarda en regenerar tejidos y el postoperatorio sin dolor al extraer la pieza.

Los factores de crecimiento se agrupan en un conjunto de proteínas que están en el plasma y en las plaquetas. Tienen un papel crucial en la reparación y regen-

eración de los tejidos y en la migración de las células hacia los lugares donde es necesario.

La colocación de plasma cumple todos los estándares de calidad y seguridad acreditando a la comunidad europea un producto sanitario seguro y eficaz en su implantación bajo las condiciones sanitarias.

2 Objetivos

Explicar mediante la presentación de un caso clínico una reparación tisular en el servicio de odontología para su mayor conocimiento.

3 Caso clínico

Paciente de 57 años de edad que acude a la consulta presentando dolor a la masticación en la pieza número 16. Se realiza una exploración radiográfica mediante radiografía periapical en donde vemos una imagen radiolúcida en la furca y ápice de dicha pieza. Confirmamos que se trata de una infección dentaria como consecuencia de un tratamiento de conductos defectuoso que está fracasando.

Descartamos el retratamiento de conductos como opción terapéutica dado la baja tasa de éxito que tiene en estos casos. Indicamos exodoncia quirúrgica mediante técnica de odontosección.

Como opción de rehabilitación y dada la infección presente en la zona decidimos posponer la colocación de implantes cinco meses. Transcurrido este tiempo el paciente acude para realizar un diagnóstico preimplantario mediante CBCT (Cone Beam Computed Tomography) o Tomografía de Haz Cónico. En el estudio mediante software vemos que la altura crestral es de 5.20 mm decidiendo hacer una elevación de seno con abordaje crestral (transalveolar) y la colocación posterior de un implante corto y la utilización de biomaterial más PRFG.

En la intervención se realiza el fresado de la zona a implantar llegando hasta 0.5mm de la membrana de Schneider que quedará ligeramente expuesta en el fondo del alveolo. Se introduce una membrana de fibrina autóloga elaborada con la fracción 1 del PRG para que proteja la membrana. De esta forma ganamos 2mm de altura con mucha seguridad.

A continuación, introducimos un injerto de biomaterial más PRFG realizando una mayor presión y despegando ligeramente la membrana. Posteriormente, irrig-

amos el alveolo con la fracción 2 del PRFG para que cree una superficie bioactiva que favorezca la osteointegración.

Finalmente, colocamos el implante buscando insertarlo con un torque de inserción de entre 20 y 50 Ncm. El toque final se dará con una llave dinamométrica para conocer con exactitud el par final.

4 Discusión-Conclusión

Con las últimas técnicas que se han desarrollado en el campo de la odontología y después de una intervención con implantes, la recuperación de los pacientes es mucho mejor por la aplicación de factores de crecimiento que disminuyen los niveles inflamatorios y mejoran el postoperatorio inmediato. Lo mejor es que se obtienen las células del paciente, se utiliza sobre todo en los implantes y en la cirugía para elevar los senos con un resultado de la regeneración del tejido y eficacia ante la estimulación de la cicatrización.

El método para obtener sangre es muy poco invasivo, muy sencillo y fácil de colocar por los profesionales sanitarios de los centros odontológicos en la consulta ambulatoria.

5 Bibliografía

1. Carl E. Misch. Versión en español de la tercera edición de la obra original en inglés *Contemporary Implant Dentistry*, 2009 Elsevier España, S.L.
2. Anitua E. Un enfoque biológico de la implantología. Vitoria-España 2008.
3. Anitua E, Prado R, Orive G. Bilateral sinus elevation evaluating plasma rich in growth factors technology: a report of five cases. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2012;14:51-60.

Capítulo 549

EL CELADOR Y LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES

MARÍA ELENA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

ENRIQUE LOPEZ COGOLLUDO LOPEZ

MIGUEL ANGEL JIMENEZ GONZALEZ

M CARMEN FERNÁNDEZ GARCÍA

MARÍA DEL ROSARIO HERAS JIMENEZ

1 Introducción

Hace 50 años que marcó una nueva era en la odontología con los implantes dentales incorporados por Branemark en el año 1969, por entonces los protocolos de colocación de implantes y el uso de los materiales para tratar las superficies de los mismos ha cambiado y mucho.

La colocación de implantes se derivan de protocolos que propuso Branemark para la colocación del implante 6-7 meses después de la extracción.

Los implantes en sitios después de la extracción se hace ahora como la colocación de un implante en el mismo momento de la extracción y es el método que se ha desarrollado en los últimos veinte años por el cual se ha tenido que modificar la técnica en el uso combinado con diversos materiales.

Las ventajas que emplea este método es reducir el número de intervenciones quirúrgicas para minimizar la morbilidad y el malestar que sufren los pacientes, preservando la forma estética del labio, acortando el tiempo de cicatrización.

Tiene desventajas cuando hay un biotipo periodontal que es muy delgado en el cual no se puede impedir que la pérdida ósea tanto horizontal como vertical, otra desventaja es que puede aumentar el riesgo de infección sin embargo, algunos autores hablan de no haber pruebas contundentes entre lo que son ventajas o desventajas en el uso de implantes inmediatos tras la extracción, no obstante, aseguran que la estética es mejor que con los implantes tardíos.

2 Objetivos

Exponer el procedimiento para la colocación de implantes mediante un caso clínico buscando en la misma intervención quirúrgica el ahorro de tiempo.

3 Caso clínico

Paciente de 37 años de edad acude a la clínica expresando: "siento flojos mis dientes de arriba" en la valoración, la paciente refiere no fumar, no ingerir drogas y tomar alcohol ocasionalmente, haber estado en tratamiento ortodóntico durante 7 años; padecer problemas gastrointestinales constantes y estar pasando por un estado depresivo sin tratamiento médico.

A la exploración clínica intraoral se observó asimetría dental, apiñamiento, clase II molar, clase I canina lado izquierdo, clase I molar, II canino lado derecho; puente fijo metal porcelana de segundo premolar inferior derecho a segundo molar inferior derecho; férula de fibra de vidrio del diente 22 al 12 y periodontalmente presentaba una gingivitis asociada a placa dentobacteriana.

Radiográficamente, se observó dentición permanente incompleta, ausencia de los dientes 44 y 14, raíces de corta longitud en 11,12, 21, 22. Debido a fuerzas excesivas en tratamiento de ortodoncia.

EL tratamiento se inició con la fase I del tratamiento periodontal donde se instruyó a la paciente sobre los métodos para el control personal de placa, se realizó detartraje, pulido y se le indicó el uso de enjuague bucal con clorhexidina dos veces al día por medio minuto durante 10 días, se citó para evaluación de los resultados; obteniendo una respuesta favorable por parte de la paciente al control personal de placa microbiana, resultando con el 20% valorado según el índice de O'Leary.

El tratamiento quirúrgico para la colocación de los implantes se realizó mediante anestesia local (lidocaína al 2%, en nervio infraorbitario de ambos lados). Se procedió hacer las extracciones atraumáticas utilizando periotomos. Continuando

con incisiones con hoja de bisturí 15C, el colgajo fue de espesor total; se realizó la limpieza de los alveolos con cucharilla Lucas.

En la colocación de los implantes, se utilizó el kit de la compañía MIS, el protocolo de barrenado para ambos implantes fue el mismo, iniciando con la fresa de espada profundizando hasta 4 mm. Posteriormente, se realizó el fresado con la fresa piloto con tope a 11.5 a 1200rpm. Se colocó el pin de paralelismo para poder observar radiográficamente la dirección correcta. Se continuó con el fresado con la barrena 2.80 y 3.20 posteriormente. Se colocó el implante seven 3.75 x 11.5 de la casa comercial mis de forma rotatoria a 25 rpm y se continuó de forma manual con el rash el último tercio del implante, se tomó radiografía y posteriormente se colocó el tapón de cierre. Se comenzó con el implante en sustitución del diente 21 marcando con la fresa de espada y continuando con las barrenas subsecuentes sin perder el paralelismo con el implante vecino. Ambos implantes se colocaron a 2 mm apical de la unión amelocementaria para dar un mejor perfil de emergencia a las restauraciones futuras. La sutura se realizó con Poliglactina 910 4-0, puntos simples.

4 Discusión-Conclusión

El seguimiento del postoperatorio que se muestra en los implantes se integran de forma adecuada, lo que permite que la colocación de tornillos de cicatrización, la paciente que porta los provisionales está en espera de concluir los tiempos que se establecen para la colocación de sus coronas finales.

La colocación de implantes inmediatos a la exodoncia dental es una alternativa viable ante la pérdida de órganos dentales reduciendo las sesiones, minimizando las molestias, el estrés y el impacto psicológico que se produce en los pacientes permitiendo la rehabilitación protésica en corto tiempo. Ante lo anterior, es de vital importancia que los profesionistas de la salud bucal se comprometan con la salud bucodental de sus pacientes mediante actualización continua y compromiso.

5 Bibliografía

1. Niklaus P. Lang, Lui Pun Ka, Yee Lau Ka Yan Li, May CM Wong. A systematic review on survival and success rates of implants placed immediately into fresh extraction sockets after at least 1 year.
2. Branemark, P.I., Adell, R., Breine, U., Hansson, B. O., Lindstrom, J. & Ohlsson, A. (1969) Intra-osseous anchorage of dental prostheses I. Experimental studies.

Scandinavian Journal of Plastic Reconstructive Surgery, 3: 81–100.

3. Cristalli MP, Marini R, La Monaca G, Sepe C, Tonoli F, Annibali S. Immediate loading of post-extractive single-tooth implants: an 1-year prospective study. Clin. Oral Impl. Res. 00, 2014, 1–10.

Capítulo 550

RIESGOS LABORALES EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS Y SUS MEDIDAS DE PREVENCIÓN

ANGELES FERNANDEZ FOLGUEIRAS

1 Introducción

”La salud” según la Organización Mundial de la Salud (1956), es el ”completo bienestar físico, mental y social” y no solo la ausencia de enfermedades.

La salud laboral es una actividad dirigida a la prevención de daños de la salud de los trabajadores según las condiciones de trabajo. Toda profesión tiene un riesgo según la naturaleza de la misma y su ambiente de trabajo. En la actividad sanitaria existen riesgos debido a la utilización de los sistemas informáticos, gases, esterilización, quirófanos, laboratorios, cocina, etc.

La existencia de los riesgos en el sector sanitario está resumida en estudios que demuestran riesgos químicos, biológicos, mecánicos, ergonómicos con casos de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, incluso graves que finalizan en muerte. También con daños materiales y parones en el proceso productivo.

Las empresas deben de establecer las medidas oportunas para reducir o eliminar estos riesgos, además de ser un requisito obligatorio por la ley vigente 31/1996 de Prevención de Riesgos Laborales. El personal de laboratorio, médicos y auxiliares, como personal sanitario, están expuestos potencialmente a estos riesgos en las instituciones sanitarias.

Así como el "personal no sanitario", celadores, personal de cocina, mantenimiento, limpieza, personal de lavandería y planchado, etc., igualmente expuestos a los mismos riesgos que el personal sanitario.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Revisar la normativa en materia de prevención de riesgos laborales.

Objetivos secundarios:

- Conocer las medidas de prevención para cada riesgo identificado en el trabajo que se ejecuta.
- Conocer los derechos y deberes tanto de los empresarios como de los trabajadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 revisables.

4 Resultados

El resultado estaría en evitar la incidencia de los riesgos siguientes:

- Los riesgos físicos: en el sector sanitario hay exposición a la energía electromagnética y a las radiaciones. también se encuentran los ruidos y las vibraciones.
- Los riesgos que se asocian a los agentes mecánicos: golpes, choques, caídas y cortes, que son las lesiones producidas por la acción mecánica de máquinas, materiales y herramientas manuales.
- Los riesgos químicos: por contacto directo con productos químicos. Son sustancias que están presentes en actividad sanitaria. Tanto la manipulación como el almacenamiento y su gestión tienen múltiples riesgos relacionados con la alta peligrosidad y las propiedades de los diferentes componentes de los agentes químicos. estos pueden afectar gravemente a la salud de los trabajadores, ya bien por

contacto directo con daños en los tejidos y también afectando al medio ambiente provocando los incendios y explosiones. Los principales causantes son los riesgos producidos por los gases esterilizantes y desinfectantes.

- Los riesgos ergonómicos: producidos por esfuerzos físicos excesivos, por malas posturas en el lugar de trabajo o el traslado de pacientes. Es una de las principales causas de accidentes en los centros e instituciones sanitarias por sus consecuencias de la aparición de lesiones musculares. También existen trastornos en dedos y muñecas, microtraumatismos. Otros riesgos asociados a los ergonómicos son la fatiga física, mental e incluso visual. Esto es debido al uso de pantallas de visualización de datos, etc.
- Los riesgos psicosociales: son los riesgos específicos por la mala organización en el trabajo que los trabajadores están expuestos. Son efectos negativos en el bienestar y la salud que hace que el trabajo no se desarrolle con eficacia. Pueden provocar trastornos como el síndrome del quemado o burnout (cronificación del estrés laboral, que es el agotamiento físico mental que llega a alterar la personalidad y autoestima del trabajador), ansiedad, estrés, insomnio, etc.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir las lesiones por este tipo de riesgos existen las medidas de ergonomía, que es una disciplina que se encarga de hacer el lugar de trabajo y sus equipos que sea lo más cercano a adaptarse a las características fisiológicas, psicológicas y anatómicas de los trabajadores. Soluciones con nuevos materiales, posturas correctas, herramientas nuevas menos peligrosas, etc.

Se ha demostrado que la ergonomía permite que el personal trabaje con una mayor comodidad y confort y claro está, que estas medidas lleven a un bienestar en el trabajo con un mejor resultado y mayor productividad.

La organización del trabajo puede contribuir a un mal estado de salud de los trabajadores, problemas musculoesqueléticos que para prevenirlos pueden existir modificaciones ergonómicas aparte de una buena organización en el trabajo.

6 Bibliografía

1. Wikipedia.
2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

3. Los Riesgos Laborales en el sector Sanitario. Ana Rodríguez Cascallana. 2016.

Capítulo 551

EL CELADOR Y LOS EFECTOS NEGATIVOS DEL TRABAJO A TURNOS

MARIA CADENAS ALVAREZ

1 Introducción

El trabajo a turnos es toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual, los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes, en un período determinado de días o de semanas

El sector de la sanidad es un ámbito con actividad las veinticuatro horas del día por lo que muchos de los trabajadores que desempeñan su trabajo en este sector , entre ellos los celadores, lo deben realizar a turnos.

El trabajo a turnos implica, sobre todo cuando se hace de noche, mantener nuestro cuerpo activo cuando debería estar descansando y durmiendo, cosa fundamental para la recuperación de la energía, regenerar tejidos y otros muchos procesos que se producen mientras dormimos. Todos estos cambios provocan un desajuste tanto a nivel de trabajo como biológico, psicológico y social.

Es fundamental, para aliviar estos problemas, llevar una vida saludable, es muy recomendable hacer ejercicio, llevar una dieta sana y equilibrada a si como adaptar el consumo alimentario respecto a la actividad laboral que se realice porque el trabajo a turnos conlleva la mala distribución de alimentos a lo largo de la jornada.

2 Objetivos

- Analizar cuáles son los efectos negativos para la salud del trabajo a turnos de personal celador que trabaja en un centro sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en buscadores como: Pubmed, Medline, Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los trabajadores que están abocados a la turnicidad debido a la singularidad de sus puestos en las instituciones sanitarias tienen una serie de factores que a lo largo de su vida laboral se pueden llegar a manifestar negativamente en su salud, tanto física, como mental, se produce una desincronización en los ritmos biológicos que implica alteración del sueño, ya que está comprobado que el sueño diurno no es tan reparador como el nocturno y con los años se acaba notando.

Existen al menos tres tipos de trabajos a turnos, el trabajo a turnos continuo, el semicontinuo y el discontinuo, cada uno de ellos tiene su propia idiosincrasia y exige al trabajador diferentes tipos de exigencias tanto físicas como mentales, siendo el continuo el más exigente y el que más desgaste conlleva.

Algunas de las consecuencias de la turnicidad y nocturnidad son:

- Alteraciones del sueño.
- Alteraciones digestivas.
- Alteraciones de los hábitos alimentarios.
- Obesidad.
- Ansiedad.
- Efectos negativos sobre la vida social.
- Trastornos nerviosos.
- Problemas cardiovasculares.

Los trastornos digestivos son especialmente frecuentes en las personas que trabajan a turnos por la irregularidad en las horas de comida y al consumo frecuente de excitantes, como café, tabaco y alcohol en los turnos de noche.

Las alteraciones del sueño se producen sobre todo en los trabajadores que realizan su trabajo en horarios nocturnos provocando la reducción de la duración del sueño y dificultades para conseguir sueño profundo.

Las alteraciones de la vida social y familiar son provocadas por los horarios nocturnos y de fin de semana y festivos. Esto hace que no sea compatible organizar las actividades de la vida cotidiana, tanto en el plano privado como en el social al no poder participar en las actividades extra profesionales.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo a turnos afecta directamente a la salud de quien lo realiza, aislándolo del entorno social habitual y de las costumbres diarias.

Los efectos negativos que tiene aparejados el trabajo a turnos para los trabajadores del ámbito sanitario, son muy importantes, puesto que afectan de manera directa a la calidad de vida de los trabajadores y a su salud física y psicológica con las consiguientes consecuencias sobre su vida personal y familiar y su entorno social más cercano.

La turnicidad afecta también a la calidad del trabajo y al servicio prestado que en el ámbito sanitario es muy relevante al estar en contacto permanente con pacientes enfermos, pudiendo generar tanto una disminución del rendimiento como problemas de seguridad por falta de concentración o fatiga.

6 Bibliografía

1-<https://www.3ciencias.com/uploads/2019/07>.

2-<https://scielo.isciii.es/scielo>.

3-<https://revistamedica.com/trabajo-a-turnos-sanidad>.

4-<https://istas.net/peligros-y-riesgos-laborales>.

Capítulo 552

TRABAJADOR SOCIAL: NUEVO PERFIL PROFESIONAL RASTREADOR DE COVID

MARIA ARY FERRERAS CADAVIECO

1 Introducción

En este capítulo queremos destacar el nuevo ámbito profesional que tienen los trabajadores sociales en el sector sanitario, en el que lleva siendo un nuevo reto profesional para ellos durante todo el periodo que esta durando la pandemia COVID 19.

Actualmente en el servicio público de salud del principado de Asturias (SESPA) la mayor parte del equipo de rastreadores son trabajadores sociales y cuentan con el apoyo de otros perfiles como (militares, psicólogos, médicos..)

Si bien la palabra “rastreador” era desconocida o poco frecuente en el período anterior a la pandemia, actualmente es extendidamente empleada y ha ido ganando importancia de forma paulatina tras la aparición de la situación de pandemia actual causada por el virus COVID-19.

Como definición, diremos que rastreador es aquel profesional encargado de realizar un análisis, estudio y correspondiente seguimiento de aquellas personas que hayan tenido contacto con una persona positiva con el virus.

De esta forma se estudiarán y “rastrearán” aquellas personas que hayan sido contacto estrecho de la persona positiva; para ello se llevará a cabo un seguimiento y estudio retrospectivo de las personas y lugares que el caso haya visitado. Esto permitirá establecer una red orientada a evitar la expansión y contagio del virus.

2 Objetivos

- Destacar el perfil profesional del trabajador social en el perfil de rastreador.
- Explicar las tareas relacionadas con el perfil del rastreador.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, 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 tarea principal del rastreador es analizar la situación individual de cada caso, creando una red de contactos para gestionar los recursos adecuados para la contención del virus y evitar nuevos brotes o casos positivos del virus.

Por ello durante la pandemia el perfil del rastreador se ha convertido en un agente principal.

Para ello se siguen los siguientes pasos:

1. Se realiza la primer llamada de contacto con el caso (paciente positivo) y recoger sus datos personales y su situación de salud.
2. Se pregunta por donde estuvo en los últimas 24 horas y con que personas mantuvo un contacto tanto directo como indirecto.
3. Se registran todos los datos facilitados por el caso (paciente positivo) en una plataforma oficial del sistema de salud.
4. Posteriormente nos ponemos en contacto con las personas facilitadas por el caso (paciente positivo) para solicitar los datos, dar las indicaciones pertinentes (cuarentena, indicaciones útiles) y se les gestiona pcr inicial y pcr final.
5. Se realizan seguimiento de los contactos estrechos.
6. Se cierra expediente si la pcr final es negativa, pero si fuera positiva el contacto estrecho pasaría a ser un caso (paciente positivo) y se realizaría desde el inicio toda la intervención.

Todo ello bajo las medidas previstas en los planes de actuación del Gobierno, de las comunidades autónomas y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por otro lado, cabe desatacar que el perfil del Trabajador social es adecuado para realizar las labores de rastreo. Ya que está acostumbrado a realizar trabajo en red con diferentes profesionales y una de las herramientas más utilizadas para la intervención social es la entrevista, la cual es básica en las tareas del rastreador para conseguir toda la información necesaria para realizar su trabajo de manera óptima.

5 Discusión-Conclusión

El rastreo es un nuevo perfil profesional para el Trabajador social, si bien durante toda la trayectoria profesional de los trabajadores sociales siempre han estado presentes en las emergencias sociales, y en la situación de pandemia no podía ser menos y por ello ha sido un nuevo reto profesional realizando una labor social muy importante en la situación de pandemia que tenemos actualmente.

Es muy interesante que dentro del equipo multidisciplinar del rastreo (enfermeros/as, médicos/as, psicólogos/as, militares, administrativos/as) se incluyan trabajadores sociales para completar una intervención muy completa y sobre todo para contener los contagios que produce el virus Covid.

6 Bibliografía

1. <https://www.educaweb.com/profesion/trabajador-social-239/>.
2. <http://comtrabajosocial.com/noticia/2020/2934/importancia-de-rastreadoras-profesionales-y-el-enfoque-comunitario-para-afrontar-posibles-rebrotes-de-covid19/#.X8oPy7N7lPY>.

Capítulo 553

LA CONFIDENCIALIDAD DE DATOS EN EL ENTORNO SANITARIO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CRISTINA LAMUÑO FERNANDEZ

TAMARA BURÓN VAZQUEZ

ALBA BURÓN VÁZQUEZ

CLARA ISABEL VÁZQUEZ ALVAREZ

1 Introducción

La confidencialidad de datos médicos y el derecho a la privacidad individual, es uno de los temas más candentes en la actualidad y fruto de preocupación de no solo el entorno laboral sanitario, si no de la ciudadanía en general. En la asamblea nº58 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2005, el tema central de la asamblea fue la modernización de la sanidad en pro de la Tecnología de la Información (TIC), dejando clara que la OMS lo entendía como una oportunidad de mejora y modernización única para el desarrollo de la salud pública.

Con la llegada de la crisis sanitaria del Covid 19, y la elección del confinamiento domiciliario general como medida más eficaz para palear la expansión del virus hasta la llegada de las vacunas, se produjo una aceleración y generalización del desarrollo de este tipo de tecnologías, herramientas y aplicaciones que se podrían encuadrar dentro de un concepto más genérico como Salud Digital (en adelante

SD). En síntesis, la SD se podría definir como el salto de la Sanidad a las nuevas tecnologías, en pro de la eficiencia, la eficacia y la accesibilidad.

La Salud Digital como nuevo paradigma para entender la asistencia sanitaria se ha ramificado en distintas vertientes. Las más importantes son: la automatización, la telemedicina, las aplicaciones móviles y la inteligencia artificial. La automatización ha supuesto una mejora en la realización de los trámites, que ha simplificado y agilizado cuestiones cotidianas como los tiempos de espera entre consultas o la acción de solicitar cita previa. Uno de los conceptos con más desarrollo ha sido el de la telemedicina, en el que, para aquellas cuestiones de importancia menor o la resolución de dudas, se busca la asistencia sanitaria sin acudir al centro, a través de la consulta online por videoconferencia. Las aplicaciones móviles han supuesto toda una revolución en este campo, ya que permiten la monitorización de los parámetros vitales de una persona, como pulsaciones, horas de sueño, dieta y las constantes vitales. Por último, la inteligencia artificial ha supuesto y supone uno de los campos más fructíferos a futuro, debido a que, a partir del acceso al historial y datos clínicos de una persona, a través de la implementación de una serie de algoritmos es capaz de realizar un estudio estadístico previo que permite anticiparse/pronosticar la irrupción de una determinada enfermedad.

La controversia que se plantea es el choque de dos conceptos: la Salud Digital y el acceso a una información tan personal e individual como es la salud de una persona, frente al derecho a la privacidad y la confidencialidad de los datos.

2 Objetivos

Revisar el estado actual del conocimiento sobre la confidencialidad de datos en el entorno sanitario.

3 Metodología

La metodología de este trabajo de revisión bibliográfica se sustenta en cuatro pilares: el proceso de búsqueda bibliográfica, la utilización de criterios de selección, la evaluación de la calidad de los artículos seleccionados y por último el análisis de la variabilidad de las investigaciones. En cuanto a los tipos de publicaciones, principalmente se dieron prioridad a los artículos en revistas científicas indexadas.

La búsqueda bibliográfica se realizó a través de buscadores científicos, delimitando el intervalo temporal a (1998-2020), permitiéndonos optar a aquellas publi-

caciones más recientes y actualizadas. De todos los existentes se optó por el motor de búsqueda de Google Académico por ser el más utilizado a nivel internacional, pero a su vez también se empleó PubMed. Se optó por este tipo de buscadores por la rapidez, la fiabilidad y la facilidad para acceder a grandes volúmenes de información.

Para perfilar y seleccionar aquellas investigaciones de mayor calidad se optó por establecer una serie de criterios de exclusión e inclusión, que nos permitieron acotar el número de investigaciones a aquellas más relevantes. Esta tarea resultó más sencilla, gracias a la utilización de los buscadores anteriormente descritos, dado que nos permitieron tener acceso a parámetros de calidad como el tipo de soporte (revista o libro) en el que está publicado el trabajo, que este tenga revisión por pares, además de, que la editorial tenga sello de calidad científica asegurándonos que el trabajo cumpla con los estándares básicos: repercusión e impacto del trabajo medidos en número de citas, descargas y lecturas.

Para realizar las estrategias de búsqueda se utilizaron criterios de selección determinados, conocidos como operadores booleanos. Para ello se optó por establecer combinaciones entre criterios de búsqueda añadiendo el parámetro “&” en el buscador (por ejemplo: “confidencialidad de datos” & “entorno sanitario”), lo que redundó en una forma directa y efectiva de acotar y concretar los trabajos obtenidos a la temática de este estudio.

Por último, se procedió a recopilar toda la información de las investigaciones científicas seleccionadas. Para ello, se hizo necesaria la realización de un exhaustivo análisis en el que se clasificaron los trabajos en función del tipo de resultados que aportaban, así como la variabilidad de estos.

4 Resultados

La implementación de las herramientas que ofrece la Salud Digital, ha repercutido positivamente en distintas cuestiones entre las que destaca: la mayor accesibilidad para personas alejadas geográficamente del centro de salud, la atención personalizada en tiempo real por un especialista, la disminución de los tiempos de espera de la sanidad presencial, el aumento en la cantidad y calidad de datos médicos para futuras investigaciones, la mejora en la reducción de la presión asistencial, además de una reducción de los costes sin precedentes.

Entre los inconvenientes y peligros que pueden traer consigo el auge creciente de este tipo de herramientas destaca: la falta de regularización legal de estos nuevos servicios que permitan garantizar el derecho a la confidencialidad de datos de los

usuarios, la ausencia de evaluaciones de aspectos como la seguridad y la privacidad cibernética de los mismos, la existencia de posibles ciber ataques y acceso a la información confidencial por parte de empresas que podrían utilizar los datos para comercializar con ellos. El cómputo de todos estos inconvenientes puede desembocar en un gran problema de bioética en el que no hay una normativa específica y eficaz al respecto.

Otra de las cuestiones importantes para tener en cuenta es el empoderamiento ciudadano acerca de la gestión de sus datos médicos personales, y es que una parte cada vez más creciente de la sociedad reclama el acceso a sus datos de salud y a la posibilidad de su gestión. Esta petición redundaría a largo plazo en una mejora del modelo sanitario actual a través de una conectividad entre paciente-profesional médico, que repercutiría en un usuario cada vez más consciente de sus facultades físicas y más comprometido en su bienestar de forma continua en el tiempo.

Otro de los problemas a los que se enfrenta la Salud Digital como derecho ciudadano, es que hoy en día es bastante complicado hacerla extensible a la mayoría de la sociedad. Y es que hay que tener en cuenta que durante la pandemia del Covid-19 y sobre todo durante el confinamiento domiciliario, ha quedado en resalte un salto tecnológico que ha repercutido en una brecha social. Dicho salto tecnológico está totalmente relacionado con dos realidades: aquellas personas que por poder adquisitivo no pueden permitirse un dispositivo móvil (tipo Smartphone, ordenador o Tablet), y aquellas personas que por su avanzada edad son incapaces de adaptarse al ritmo vertiginoso que trae consigo la implementación de este tipo de tecnologías. Todo ello, en síntesis, ha repercutido negativamente en situaciones de abandono o exclusión social, la imposibilidad de teletrabajar o las dificultades burocráticas (por ejemplo, la dificultad para obtener el pasaporte de vacunación).

Para lograr llevar a cabo que la Salud Digital sea un concepto útil y aplicable a toda la sociedad es necesario dotar a los pacientes de una serie de habilidades tecnológicas, especialmente a aquellas personas de cierta edad, debido al salto tecnológico. Entre estas habilidades cabe destacar: el conocimiento de programas y dispositivos, la gestión de datos, la capacidad de análisis crítico de los resultados generados por las aplicaciones, la destreza comunicativa para compartir el contenido o canalizar las dudas al interlocutor adecuado.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los trabajos coinciden en que desde el sector público de la sanidad se debe apostar por exprimir todas las posibilidades que nos brinda la Sanidad Digital. Para ello es necesario analizar todas las ventajas e inconvenientes, tratando de mejorar/solventar en la medida de lo posible estos últimos. Entre los puntos a mejorar, destaca la seguridad cibernética de los usuarios. Es necesario crear un marco legal sólido, así como un organismo especializado en velar por la seguridad y confidencialidad de los datos médicos de los mismos. Para ello es necesario una mayor inversión pública en este sentido, y apostar por la formación de profesionales en el ámbito de estas tecnologías.

Queda patente que la Sanidad Digital, es una revolución sin precedentes en el ámbito de la sanidad pública. Es de obligatorio cumplimiento para los gobiernos hacerla extensible a toda la sociedad, tratando de paliar la brecha social generada por el salto tecnológico que ya acusó a una parte de la misma durante la pandemia del Covid-19. Esto afecta a aquellos estamentos más vulnerables de hoy en día: la gente de avanzada edad, o aquellas familias con un escaso poder adquisitivo.

6 Bibliografía

1. World Health Organization. eHealth. Report by the Secretariat. EB115/39 (16 December 2004). WHO: Geneva, 2004: 6 p.
2. Viega MJ. El programa Salud.uy. Desarrollo de la Historia Clínica Electrónica Nacional (Libro de Ponencias). En: Congreso de Derecho e Informática, XX. Salamanca (19-29 octubre). Salamanca: FIADI, 2016. 5.
3. Viega MJ, Hernández MJ. Derecho informático e informática jurídica II. Montevideo: FCU, marzo 2018.
4. Blasco Pellicer, a.: “El deber empresarial de vigilancia de la salud y el derecho a la intimidad del trabajador”, en AA.VV. (Borrajo Dacruz ,E., Dir.): Trabajo y libertades públicas, Madrid (LaLey-Actualidad), 1999.
5. Cardona Rubert, M. B.: “Vulneración del derecho a la intimidad del trabajador afectado por SIDA en parte de alta médica”, AS, Vol. III, 1999.
6. Sánchez Torres, E.: “Derecho a la intimidad médica del trabajador en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y VIH/SIDA: el art. 22, ¿hacia la figura del ‘trabajador transparente’?”, en AA.VV. (Escudero Rodríguez, R., Coord.): La Ley de Prevención de Riesgos Laborales: XIV Jornadas Universitarias Andaluzas de Derecho del Trabajo y Relaciones Laborales, Sevilla.
7. Tascón López, R.: El tratamiento por la empresa de datos médicos personales

de los trabajadores. Análisis del estado de la cuestión, Madrid (Thomson Civitas/APDCM), 2005.

Capítulo 554

EL ESTRÉS EN LOS TRABAJADORES DEL SECTOR DE LA SANIDAD: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CRISTINA LAMUÑO FERNANDEZ

TAMARA BURÓN VAZQUEZ

ALBA BURÓN VÁZQUEZ

CLARA ISABEL VÁZQUEZ ALVAREZ

1 Introducción

En las últimas décadas, los riesgos psicosociales en el entorno laboral han cobrado un especial interés y se han convertido en un fenómeno relevante desde el punto de vista científico. Entre otros, los riesgos psicosociales asociados al entorno laboral más estudiados son: el estrés, violencia en el trabajo, acoso laboral, acoso sexual, inseguridad laboral/económica y el desgaste profesional. De todos los anteriores el riesgo psicosocial que tiene un mayor recorrido y es más común en la mayoría de las profesiones es el estrés laboral.

El estrés es común a la mayoría de las personas ya que se trata de un tipo de respuesta adaptativa que responde a una tensión o demanda del medio, que nos permite enfrentar nuevos retos generando una serie de efectos tanto fisiológicos como psicológicos en nuestro organismo. El propio estrés es necesario e inherente al ser humano como individuo que forma parte de una sociedad, pero hay

que tener en cuenta, que en ocasiones el estrés puede invadir al sujeto de tal manera que éste se sienta sin recursos para afrontar con éxito un exceso de demandas o exigencias externas. Es en ese mismo punto, cuando el estrés comienza a ser un problema. Si el sujeto, se encuentra ante situaciones que, por su duración, dificultad o intensidad, sobrepasan aquellos recursos que tiene para afrontar esa relación problemática entre el mismo como individuo y el exterior, esto puede dar lugar a una serie de reacciones psicológicas o fisiológicas negativas en su salud, que a largo plazo pueden desencadenar o derivar en algún tipo de dolencia o enfermedad.

En la década de 1980, en la reunión mixta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) se llegó a la conclusión de que en el entorno laboral no solo existen riesgos físicos (como pueden ser los relacionados con problemas de seguridad, accidentes laborales, condiciones poco higiénicas, exposición a gases contaminantes), también existen otro tipo de riesgos psicosociales, que hasta ese momento no se habían tenido en cuenta, y que pueden tener una repercusión negativa en la salud y la integridad de los trabajadores.

En este aspecto, la OMS define estrés laboral como un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigentes ocupaciones que no se corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades. Entre los generadores de estrés principales destacan: el ambiente físico, demandas del trabajo, estructura organizativa, relaciones interpersonales, inseguridad laboral, organización del trabajo, los roles y factores externos.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es efectuar un estado del conocimiento sobre el estrés en los trabajadores del sector de la sanidad, que sirva como marco bibliográfico para futuras investigaciones centradas específicamente en esta temática.

3 Metodología

La metodología de este trabajo de revisión bibliográfica se sustenta en cuatro pilares: el proceso de búsqueda bibliográfica, la utilización de criterios de selección, la evaluación de la calidad de los artículos seleccionados y por último el análisis de la variabilidad de las investigaciones. En cuanto a los tipos de publica-

ciones, principalmente se dieron prioridad a los artículos en revistas científicas indexadas.

La búsqueda bibliográfica se realizó a través de buscadores científicos. De todos los existentes se optó por Google Académico por ser el más utilizado a nivel internacional, pero a su vez también se empleó PubMed. Se optó por este tipo de buscadores por la rapidez, la fiabilidad y la facilidad para acceder a grandes volúmenes de información. Otra característica de estos motores de búsqueda es que nos permiten acceder a criterios de calidad/repercusión de los trabajos, como puede ser el número de citas, número de lecturas y número de descargas.

Para realizar las estrategias de búsqueda se utilizaron criterios de selección determinados, que nos permiten poder acotar aquellas publicaciones que se ajustasen o tuviesen relación en gran medida con la temática de este trabajo. Para ello se optó por establecer combinaciones entre criterios de búsqueda añadiendo el parámetro "&" en el buscador (por ejemplo: "estrés laboral" & "enfermería"), lo que redundó en una forma fácil y sencilla de acotar y concretar de manera efectiva los resultados obtenidos a la temática de este estudio.

Para perfilar y seleccionar aquellas investigaciones de mayor calidad se optó por establecer una serie de criterios de exclusión e inclusión, que nos permitan acotar el número de investigaciones a aquellas que son más relevantes.

Por último, se procedió a recopilar toda la información de las investigaciones científicas seleccionadas. Para ello, se hizo necesaria la realización de un exhaustivo análisis de variabilidad de resultados.

4 Resultados

Una vez aplicados los criterios de búsqueda, selección y exclusión e inclusión, se obtuvieron una veintena de artículos. Destaca en este aspecto que la mayoría de las investigaciones fueron producidas en el continente asiático, seguidos por Europa. Casi la mitad de los trabajos seleccionados fueron enfocados hacia el personal de enfermería, resultando bastante característico, que solo un 15 % evaluaran el estrés a los médicos.

En varias investigaciones se pone de relevancia la existencia de una interrelación entre una exposición continuada del estrés y su derivación con otro tipo de enfermedades/dolencias, entre las que destacan la depresión en un primer término, dolencias musculares o articulares, trastornos emocionales, alteraciones mentales o problemas intrafamiliares.

En la mayoría de las investigaciones se detecta en la población sanitaria un grado de estrés moderado-alto, aunque pueden existir diferencias del grado de estrés

motivadas por distintas condiciones de trabajo, localización, organización de las tareas y relaciones entre superiores/subordinados.

La propia percepción personal del estrés, las distintas condiciones fisiológicas/emocionales, la diferente condición mental, o las relaciones intrafamiliares de cada individuo parecen ser condicionantes que pueden influir directamente en el grado de estrés que cada individuo es capaz de reconocer.

Existen una gran variabilidad de resultados entre los distintos países objeto de las investigaciones, entre las que resaltan las diferencias que pueden existir entre países como Japón y Holanda, siendo menos apreciables, diferencias entre China, Japón o España.

Uno de los principales factores detectados en las investigaciones del estrés laboral en el personal sanitario es el conflicto de rol. Relacionado con esto, uno de los estudios realizados en Asia evalúa el nivel en el que el trabajador sanitario está expuesto a demandas de rol y lealtades conflictivas, afectando de manera mayoritaria en este caso a los hombres. En contraposición, la insuficiencia de rol, en la que la educación, grado de conocimientos, habilidades, etc., se ajustan al nivel de requerimientos del trabajo, es bastante más común en mujeres.

Existen estudios que abordan una correcta organización del espacio de trabajo y su relación con el estrés, demostrando como en ocasiones un ambiente de trabajo caótico, con malas relaciones entre profesionales, desorganizado o carente de estructura está totalmente relacionado o puede ser el comienzo de una sintomatología de estrés en el personal que trabaje en ese sitio.

En la mayoría de los estudios se han detectado diferencias entre áreas dentro del mismo hospital. Entre los factores que determinan este fenómeno destacan las características demográficas y organizativas, factores como las diferencias intergeneracionales, diferencias de género, una incorrecta organización del trabajo por turnos, desigual carga de trabajo (entre otras).

Hay que tener en cuenta diferencias temporales del estrés incluso en un mismo grupo de trabajo motivado por hechos que no tienen una exposición prolongada en el tiempo, pero que repercuten en la existencia de picos de estrés. Ejemplos de ello puede ser una carga excepcionalmente mayor de trabajo, la existencia de enfermedades víricas con un mayor episodio de propagación, la exposición continuada de turnos de trabajo nocturnos, las situaciones de emergencia o la fatiga.

5 Discusión-Conclusión

El estrés en el personal sanitario es un fenómeno que desde el SXX hasta la actualidad ha cobrado una especial relevancia tanto a nivel social como desde el punto de vista científico, siendo prueba de este hecho el número creciente de artículos e investigaciones científicas realizadas en las últimas décadas.

En la actualidad los equipos de prevención de riesgos laborales en la sanidad han incorporado los riesgos psicosociales como uno de los puntos importantes de su acción, con el objetivo de dotar de herramientas a los trabajadores sanitarios para afrontar las situaciones de estrés laboral, y tener así, una mejor salud y desempeño laboral.

En la mayoría de los trabajos coinciden en que un grupo de trabajadores sanitarios que está expuesto a niveles de estrés de manera continua, experimentan una mayor probabilidad de padecer trastornos musculoesqueléticos, depresivos, alteraciones psicosomáticas y el trastorno de Burnout.

6 Bibliografía

1. Wu SY, Li HY, Tian J, Zhu W, Li J, Wang XR. Health-related quality of life and its main related factors.
2. Arimura M, Imai M, Okawa M, Fujimora T, Yamada N. Sleep, mental health status, and medical errors among Hospital nurses in Japan. *Industrial Health* .2010; 48: 811-817.
3. Choobineh A, Movahed M, Tabatabaie SH, Kumashiro M. Perceived demands and musculoskeletal disorders in operating room nurses of Shiraz city Hospitals. *Industrial Health*. 2010: 48: 74-84.
4. Colunga-Rodriguez AC, Enriquez-Hernandez CB, Angel-Gonzalez M, Dominguez-Diaz R. Desarrollo científico enfermero. 2009 ago. N° 17(7).
5. Valecillo M, Quevedo AL, Lubo A, Dos Santos A, Montiel M, Camejo M et al. Síntomas musculoesqueléticos y estrés laboral en el personal de enfermería de un hospital militar. *Salud de los trabajadores* 2009 v. 17 N° 2 85-95.
6. Palacios ME, Paz MP. Estrés y manifestaciones psicosomáticas en médicos de hospitales de la ciudad de México. 1° Congreso Internacional y 4° Foro de las Américas en Investigación sobre factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo. Oct. 2012. Bogotá.
7. Diaz A, Feldman I. Validación preliminar del cuestionario de estrés laboral (desbalance-esfuerzo/recompensa) en una muestra de trabajadores de la salud venezolanos. *Ciencia & trabajo* 2010 N° 36 320-326.

8. Kawakami, Norito / Haratani, Takashi / Kobayashi, Fumio / Ishizaki, Masao / Hayashi, Takeshi / Fujita, Osamu / Aizawa, Yoshiharu / (...) / Araki, Shunichi, Occupational class and exposure to job stressors among employed men and women in Japan. *Journal of epidemiology / Japan Epidemiological Association*, 14 (6), p.204-211, Nov 2004.
9. Cevik, Arif Alper / Holliman, C James / Yanturali, Sedat, Burnout and emergency physicyans. *Ulusal travma he acil cerrahi Dergisi journal = turco de la cirugía traumatológica y de emergencia: TJTES*, 9 (2), p.85-89, 04 2003.
10. Shaher H, Ali A. Comparing Jordanian nurses jod stressors in stressful and non- stressful clinical areas. *Contemporary Nurse* (2011)37(2):173-187.
11. Virtanen, Marianna / Kurvinen, Tiina / Terho, Kirsi / Oksanen, Tuula / Peltonen, Reijo / Vahtera, Jussi / Routamaa, Marianne / (...) / Kivimäki, Mika, Medical care Work hours, work stress, and collaboration among ward staff in relation to risk of hospital-associated infection among patients., 47 (3), p.310-31.
12. Dendaas N. Environmental congruence and work-related stress in acute care hospital medical/surgical units: a descriptive, correlational study. *HERD*. 2011 Fall;5(1):23-42.
13. Dorevitch, Samuel / Forst, Linda Hazard of emergency physicians *The American Journal of Emergency Medicine*, 18 (3), p.300-311, mayo 2000.
14. Roman-Hernandez. S. estres y burnout en profesionales de la salud de los niveles primarios y secundarios de atención. *Rev. Cubana Sal Pub*2003;29(9):3281.8.
15. Wu H, Zhao Y, Wang JN, Wang L. Factors associated with occupational stress among Chinese doctors: a cross-sectional survey. *Int Arch Occup Environ Health*. 2010 Feb;83(2):155-64. doi: 10.1007/s00420-009-0456-z. Epub 2009 Aug 22.
16. Mingote Adán C y Gálvez Herrer M. El estrés del médico. *masdermatología*. 2011; 15:16-19. Doi:10.5538/1887-5181.2011.15.16.
17. Mingote Adán C, Moreno B y Galvez M. El desgaste del médico. Ed. Díaz de Santos. 2009. ISBN: 978-84-7978-919-0.
18. Mingote Adán C y Antón A. El Estrés del médico. Ed. Díaz de Santos. 1999. ISBN: 84-7989-407-5.
19. Joensuu M, Vaananen A, Koskinen A, Kivimaki M, Virtanen M, Vathera J. Psychosocial Work environment and hospital admissions due to mental disorders: a 15-year prospective study of industrial employees. J.

Capítulo 555

UTENSILIOS Y MAQUINARIA QUE UTILIZA EL AYUDANTE DE SERVICIOS EN LA COCINA DE UN HOSPITAL

FERNANDO GONZÁLEZ SUÁREZ

1 Introducción

El ayudante de servicios que trabaja en la cocina de un hospital debe de conocer la manera de funcionar y como se utilizan cada uno de los aparatos y utensilios que debe manejar para realizar sus labores. Con este buen manejo se puede prevenir que se produzca cualquier tipo de contaminación cruzada de los alimentos, y con esto poder perjudicar la salud de los pacientes ingresados en dicho hospital.

Lo primero que debemos saber son la tipología que tiene en común todas la maquinaria y menaje que se utiliza en la cocina del hospital, así como también deberíamos saber diferenciar las máquinas que sean aparatos de frío y calor. También es muy recomendable las instrucciones del manejo que dan los fabricantes de toda la maquinaria de los aparatos que se utilizan en la cocina del hospital.

Cada una de las maquinas que se utilicen en la cocina del hospital se distribuirán por la misma en cada una de las estancias en que se divide esta zona, en las cuales se realizan diferentes funciones preparación (carros , cocina, túnel de lavado).

En los hospitales se tiende a comprar aparatos de mayor productividad para la cocina, dado el gran volumen de alimentos que en ella se preparan, para el número de pacientes que normalmente se ingresan en dichos centros.

2 Objetivos

- Mostrar los aparatos que se utilizan en la cocina, y también describir brevemente su funcionalidad.
- Diferenciar para que sirve cada aparato.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 primero que diremos son las características que tiene en común todo el aparataje que se utiliza en la cocina:

- Hechos con materiales que no sean tóxicos.
- Inalterables.
- Fáciles de lavar.
- Materiales que aguanten a la corrosión.

Lo primero que vamos es a conocer algunos de los utensilios del menaje que se utilizan en la cocina.

- Recipientes de cocción: se utilizan normalmente en la cocina y son los siguientes:
 1. Besuguera- como su nombre da a entender sirve para cocinar los pescados al horno.
 2. Braseira -se hornea lentamente piezas grandes de carne.
 3. Cocedor de pasta, cocedor de vapor, marmita.
- Cubetas Gastronorm.
- cubetas de tamaño estándar donde se introducen los alimentos en aparatos de frío o de calor.
- También se utilizan otro tipo de menaje como la chaira, que es una herramienta que sirve para afilar los cuchillos, espalmadera que es una herramienta con la

que ablandamos las carnes antes de cocinarlas, y diferentes tipos de cuchillos (cebollero, deshuesador, de cocinero, jamonero, de salmón, macheta, puntilla). Respecto a la maquinaria, lo primero que debemos hacer es diferenciar los aparatos de calor de los de frío.

Como aparatos de calor nos podemos encontrar:

- Fogones: suelen estar pegados a la pared o en el centro de la cocina y sirven para la elaboración de los alimentos.
- Hornos: situados en la cocina, sirven para hornea o asar los alimentos debido a las altas temperaturas que pueden originar.
- Carros de baño María: al ser móviles pueden desplazarse de la cocina a la línea de emplatado y sirven para mantener calientes los alimentos.
- Mesas calientes: esta mesa tipo mueble, sirve para poder calentar los platos o como mesa distribuidora de alimentos.

Como aparatos de frío podemos encontrar:

- Cámaras frigoríficas: mantiene los alimentos en su temperatura de congelación.
- Abatidores de temperatura: bajan la temperatura de los alimentos de forma rápida.
- Armarios frigoríficos: sirven para conservar los alimentos que se van a consumir a corto plazo.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones que debemos sacar de toda esta información, es que todos los utensilios y maquinaria deben ser de materiales fáciles de limpiar y anticorrosivos y no tóxicos y así con esto evitaremos contaminación en los alimentos.

También debemos entender que gracias a esta clasificación el ayudante de servicios, podrá hacer un trabajo mas efectivo en la cocina del hospital, dado que este es un entorno donde siempre se deben extremar las medidas de precaución en el uso que le demos a estos aparatos y utensilios, y con ello podremos evitar cualquier tipo de contaminación en los alimentos que no repercuta en las salud de los usuarios de la cocina del hospital.

6 Bibliografía

1. Equipo Vértice. (2008). Dietética y manipulación de alimentos. Publicaciones Vértice S.L.

2. Izuriaga, B. (2018). Todo lo que tienes que saber para trabajar como ayudante de cocina.
3. Montaner, R. (2014). Cocina hospitalaria, el concepto de marcha adelante, organización equipamiento y distribución. Nuevas Tecnologías aplicadas a la Hostelería Hospitalaria. Ingeniería, 1-19. <https://revistamedica.com/clasificacion-menaje-cocina-hospitalaria/>.

Capítulo 556

CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO NOCTURNO Y SUS EFECTOS SOBRE EL PERSONAL DE ÁREAS NO SANITARIAS

CARMEN FERNÁNDEZ GARRIDO

CRISTÓBAL FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

PELAYO PALICIO RODRIGUEZ

JONATAN BARBON CORDERO

1 Introducción

La Constitución española de 1978 recoge en su artículo 35 el derecho a todo a ciudadano de trabajar, así mismo también establece que la actividad definida como trabajo se encontrará regulada por el estatuto de los trabajadores en su artículo 36 y así mismo recoge que dichos trabajadores no pueden hacer horas extras; en el apartado cuarto se establece que los trabajadores nocturnos y quienes trabajen a turnos deberán gozar en todo momento de un nivel de protección en materia de salud y seguridad adaptado a la naturaleza de su trabajo, y equivalente al de los restantes trabajadores de la empresa. Los trabajadores no sanitarios podemos ser también estatutarios ya que estamos encuadrados dentro de la categoría de personal de gestión y servicios y en nuestro estatuto propio se nos reconoce las mismas garantías que en el Estatuto de los Trabajadores.

El ser humano de forma natural presenta mayor facilidad a realizar trabajos de forma diurna, es decir, siguiendo el ciclo día-noche. El funcionamiento biológico del cuerpo humano esta estrechamente relacionado con los ciclos circadianos, como se menciono anteriormente, ciclos vigilia-sueño. El trabajo nocturno aparece definido en el Estatuto de los Trabajadores como aquel que se desempeña en un horario comprendido entre las diez de la noche y las seis de la mañana (BOE, 2015).

2 Objetivos

Mostrar las características del trabajo nocturno y sus efectos sobre el personal de áreas no sanitarias:

- Revisión de la ley reguladora del trabajo nocturno en España.
- Características del trabajo nocturno.
- Medidas preventivas ante el trabajo nocturno.

3 Metodología

La metodología realizada para llevar a cabo la búsqueda y redacción de este artículo científico se ha completado gracias a la información recogida en portales de información científica como: PubMed o Google Scholar, Estatuto de los trabajadores y Boletín Oficial del Estado.

4 Resultados

Según la actividad de la empresa en la que se desarrolle la dicha actividad laboral, el tiempo empleado por los trabajadores debe encontrarse de forma organizada, además esta nunca debe exceder de las 40 horas semanales. Como se mencionó anteriormente, la jornada laboral nocturna se realiza entre las diez de la noche y las seis de la mañana. (Real Decreto Legislativo 2/2015). Además la empresa también tiene la obligación de notificar a las autoridades laborales de trabajo cuando un trabajador debe de cumplir con una jornada nocturna, en caso contrario estaría incumpliendo la ley (Real Decreto Legislativo 5/2000; Real Decreto Legislativo 2/2015). De este modo, se entiende por trabajador nocturno a aquella persona que trabaja al menos tres horas dentro de este horario, o en su caso la suma global de su jornada anual excede de un tercio (Real Decreto Legislativo 2/2015). Las principales características del trabajo nocturno de forma general se

pueden agrupar en las siguientes categorías: salud y bienestar, actividad laboral y trabajo, social y familiar (ASL,2011). La literatura científica asociada a este campo se encuentra más asociada al desarrollo de enfermedades agudas o crónicas en lugar de aportar soluciones y ayudar a la prevención de estas (Vicente Herrero, et al., 2016). Ante esta situación la legislación actual recoge en la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) las normativas necesarias para llevar a cabo un correcto y seguro desarrollo de las tareas en el trabajo. Este es el principio preventivo que se aplica en el caso del trabajador nocturno. Tiene una retribución específica pactada mediante negociación colectiva, a no ser que el salario del mismo ya se haya establecido teniendo en cuenta que por su naturaleza es nocturno. También se podrá acordar una compensación por descansos.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha visto en este escrito, trabajar de forma nocturna afecta negativamente a varios niveles relacionados con la salud, sin embargo al mismo tiempo las medidas existentes para combatir y estos sucesos se recogen en la ley. A pesar de ello las medidas recogidas de forma teórica no tienen una replica científica ya que la mayoría de investigación en este campo esta enfocada en las consecuencias y no en analizar las causas de estos síntomas. En el art. 25 LPRL establece que si se detectaran alteraciones en la salud de un empleado ligadas al trabajo nocturno deberá ser trasladado a un turno diurno para el que esté preparado profesionalmente, aunque no pertenezca a la misma categoría profesional, entrando en la protección establecida para trabajadores especialmente sensibles.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 557

SARS-COV-19 MEDIDAD DE PROTECCIÓN EN EL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS DE INSTITUCIONES SANITARIAS

CARMEN FERNÁNDEZ GARRIDO

JONATAN BARBON CORDERO

CRISTÓBAL FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

PELAYO PALICIO RODRIGUEZ

1 Introducción

Los coronavirus son una amplia familia de virus que pueden causar infección en los seres humanos y en una variedad de animales, incluyendo aves y mamíferos como camellos, gatos y murciélagos. Se trata de una enfermedad zoonótica, lo que significa que en ocasiones pueden transmitirse de los animales a las personas. El nuevo coronavirus SARS-CoV-2 es un nuevo tipo de coronavirus, que afecta a los humanos y se transmite de persona a persona. Aún hay muchas cuestiones que se desconocen en relación al virus y a la enfermedad que produce: Covid-19. Según se avanza en el conocimiento, se van actualizando las recomendaciones. La mayoría de las personas infectadas por el virus experimentarán una enfermedad respiratoria de leve a moderada y se recuperarán sin requerir un tratamiento especial. Sin embargo, algunas enfermarán gravemente y requerirán atención médica.

Cualquier persona, de cualquier edad, puede contraer la Covid-19 y enfermar gravemente o morir.

La mejor manera de prevenir y ralentizar la transmisión es estar bien informado sobre la enfermedad y cómo se propaga el virus.

Es importante adoptar buenas prácticas respiratorias, por ejemplo, tosiendo en la parte interna del codo flexionado, y quedarse en casa y autoaislarse hasta recuperarse si se siente mal.

2 Objetivos

- Identificar a infección por coronavirus como un problema de salud pública y laboral en centros sanitarios.
- Analizar la medidas preventivas, de organización para reducir el riesgo de contagio en los centros de trabajo y disminuir los casos positivos.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en la actualidad. Para ello se consultan diferentes fuentes bibliográficas, fundamentalmente libros y artículos científicos. La búsqueda de artículos se ha realizado en las principales bases de datos, con el objetivo de seleccionar información procedente de publicaciones académicas revisadas. Se han utilizado las palabras clave: “cov-19” y “riesgos laborales”.

4 Resultados

La información y la formación son fundamentales para poder implantar medidas organizativas, de higiene y técnicas entre el personal trabajador e ir adaptando la información y la formación en función de las medidas que vayan actualizando las autoridades sanitarias.

Medidas Organizativas:

- Evitar la coincidencia masiva de personas al cambio de los turnos en los vestuarios y en las zonas comunes en el periodo de descanso durante la jornada laboral.
 - Reordenación de los puestos de trabajo y redistribución de las tareas a realizar.
- Medidas de protección colectiva:

- Medidas de ventilación limpieza y desinfección adecuadas a las características de los centros de trabajo, con arreglo a los protocolos que se establezcan en cada caso.
- Agua y jabón, o geles hidroalcohólicos o desinfectantes con actividad virucida, autorizados y registrados por el Ministerio de Sanidad para la limpieza de manos, así como mascarillas adecuadas en función del riesgo de exposición al SARS-CoV-2.

Medidas de protección personal:

- Uso de los Equipos de Protección personal (EPI) junto con las medidas anteriores puede proporcionar un grado superior de protección.

En la mayor parte de las exposiciones laborales la aplicación estricta de las medidas de higiene de manos, superficies y equipos, junto con las medidas de protección respiratoria (etiqueta respiratoria y uso continuado y correcto de la mascarilla) minimiza la transmisión de la infección. En los centros sanitarios la aplicación de las precauciones estándar, ampliadas con las precauciones para evitar la transmisión respiratoria (gotas y aérea) y de contacto en función de la tarea pueden ser importantes medidas de prevención para controlar la transmisión.

La toma de decisión sobre las medidas preventivas a adoptar en cada empresa deberá basarse en la información recabada mediante la evaluación específica del riesgo de exposición se consultará a los trabajadores y se considerarán sus propuestas.

5 Discusión-Conclusión

Corresponde a las empresas a través de sus servicios de prevención de riesgos laborales evaluar el riesgo de exposición en que se pueden encontrar las personas trabajadoras en cada una de la tareas diferenciadas que realizan y seguir las recomendaciones que sobre el particular emita el servicio de prevención, siguiendo las pautas y recomendaciones formuladas por las autoridades sanitarias.

Cualquier medida de protección debe garantizar que proteja adecuadamente al personal trabajador de aquellos riesgos para su salud o su seguridad que no puedan evitarse o limitarse suficientemente mediante la adopción de medidas organizativas, medidas técnicas y, en último lugar, medidas de protección individual.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.
2. Ministerio de Sanidad <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/ciudadania.htm>
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Proteccion_Trabajadores_SARS-CoV-2.pdf.

Capítulo 558

LA LEY PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES Y LA ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

PABLO SARIEGO GARCÍA

HECTOR SARIEGO PALACIOS

GONZALO SARIEGO CABO

YOLANDA GARCÍA GÓMEZ

LUCÍA VIJANDE VALENCIA

1 Introducción

La Ley 2/2011, de 11 de Marzo, para la igualdad de mujeres y hombres tiene como 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.

Por otra parte, esta ley se ocupa de la adopción de medidas para la sensibilización, prevención y erradicación de la violencia de género, así como la protección, atención y asistencia a las víctimas. Se aplica a toda persona, física o jurídica, que se encuentre o actúe en el territorio del Principado de Asturias, cualquiera que fuese su nacionalidad, domicilio o residencia.

A efectos de esta ley, se entienden los conceptos de igualdad, discriminación y acoso, definidos en la Ley 3/2007 para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres. Se entiende el concepto de violencia de género definido en la Ley 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

No sólo los profesionales de la salud, sino toda la sociedad, deben reconocer una sospecha de maltrato y la forma de proceder. Hay multitud de necesidades por parte de las víctimas que requieren diversas intervenciones sanitarias, en su salud biológica, psicológica y social. Para conseguirlo es vital la implicación de todos los servicios sanitarios.

2 Objetivos

- Definir la violencia contra la mujer.
- Conocer la importancia del modelo de atención integral de la salud.
- Explicar las pautas básicas de actuación del personal en las instituciones sanitarias ante la violencia de género.

3 Metodología

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

4 Resultados

La violencia contra la mujer, según la ONU, se considera todo acto de violencia basada en género teniendo un sufrimiento de una mujer, incluyendo los propios actos, amenazas, coacción y privación de libertad, ya sea de forma pública o privada. La violencia de género no sólo es perpetrada por hombres hacia mujeres, pueden darse agresores de ambos sexos, incluso el Estado en sí mismo.

Organizaciones en todo el mundo junto los gobiernos trabajan para combatir esta violencia con diversidad de programas. En Asturias, La Conserjería de Salud, ha puesto en marcha diversas iniciativas para disminuir la violencia contra la mujer así como para minimizar el daño ya sufrido por las víctimas.

Todos los ciudadanos, y en especial los profesionales de la salud, deben conocer los signos de sospecha de maltrato y la forma de actuar tanto ante la sospecha como ante la confirmación del maltrato.

El modelo de atención integral a la salud incorpora el concepto de interdisciplina, que procura fortalecer la coordinación, generando interrelación, reciprocidad y el reconocimiento de la riqueza de la diversidad para promover la calidad de la atención. La detección de la violencia de género por parte de los sanitarios predispone la ruptura del silencio. Este es el primer paso para visualizar el problema y actuar.

Por otra parte, respecto a la prevención de la violencia de género desde el sistema sanitario, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que es un tema de salud prioritario y da unas recomendaciones al personal de los servicios sanitarios:

- No tener miedo a preguntar: La mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa.
 - Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.
 - Ofrecer atención sanitaria integral y registrarla en la historia de salud o historia clínica.
 - Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo
 - Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.
 - Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
 - Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
 - Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.
 - Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones.
 - Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.
- Los planes de igualdad en la Administración del Principado de Asturias, según el artículo 13 de la Ley 2/2011 para la Igualdad son:
1. Elaborar y aplicar un plan de Igualdad a desarrollar en convenio colectivo o acuerdo de condiciones de trabajo de personal funcionario que sea aplicable, en los términos previstos en el mismo.
 2. El plan será objeto de negociación, y en su caso acuerdo, con la representación legal de las empleadas y empleados públicos en la forma que se determine en la legislación sobre negociación colectiva en la Administración Pública y su cumplimiento será evaluado anualmente por el Consejo de Gobierno, al que cor-

responderá su aprobación a propuesta de las Conserjerías competentes en materia de función pública y de políticas de igualdad.

5 Discusión-Conclusión

La violencia contra la mujer se está convirtiendo en uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país con una importantísima repercusión social. La legislación es fundamental para la erradicación de la violencia de género y la lucha para la igualdad entre mujeres y hombres, a través de políticas que fomenten la igualdad, como la formación de profesionales, el empleo de lenguaje no sexista y la integración del concepto en la educación y en la sociedad en general. Por otra parte, legislar es básico para conseguir la igualdad en el empleo público y privado.

Es importante la figura del profesional sanitario ya que puede ser la única persona fuera de la familia a la que una mujer le pida ayuda; estos profesionales tienen una oportunidad única y la responsabilidad de intervenir.

6 Bibliografía

1. Portal de Salud del Principado de Asturias [Internet]. Asturias. 26 Abr 2017. AsturSalud. [Consultado el 1 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/violencia-de-gene-9>.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. 2012. [consultado 30 Nov 2021]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>

Capítulo 559

REPERCUSIONES DEL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

LUCIA PRESA FERNANDEZ

1 Introducción

El acoso laboral sanitario cada día es considerado uno de los problemas psicosociales a nivel mundial más relevante, y cada día más reconocido su alcance en el ámbito del trabajo, así como la gravedad y multitud de sus consecuencias. No solamente afecta al trabajador considerado como víctima, sino también a toda la organización laboral y repercute en otros espacios.

El acoso laboral o mobbing es aquella acción en la que un acosador trata de producir miedo, terror, desprecio o desánimo en el trabajador. La persona acosada se encuentra sometida bajo una violencia psicológica injustificada a través de actos negativos por parte de su compañero/s o subalterno/s. Este acto se produce a lo largo del tiempo dando lugar a semanas, meses, años, y puede aparecer en cualquier momento afectando por igual a hombres y mujeres y sin entender de jerarquías laborales.

Existe también otra forma de definirlo, y diríamos que se trata de un proceso mediante el cual un trabajador o grupo de trabajadores ejercen una violencia psicológica, de manera sistemática y de forma prolongada sobre otro trabajador o trabajadores en el lugar de trabajo, con el fin de perjudicar o deteriorar su estatus profesional, personal o expulsarle de la organización.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las causas, consecuencias y repercusiones del acoso laboral sanitario
- Objetivos secundarios:
- Establecer aquellas medidas estratégicas para la prevención y contención del acoso laboral.
 - Proteger al personal sanitario ante este tipo de acoso.
 - Concienciar a los trabajadores sanitarios de que el acoso laboral es un problema frecuente y al que se le debe de dar importancia, para intentar una detección rápida que impida que las consecuencias sean demasiado graves.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado un estudio de investigación a través de una revisión bibliográfica sobre el acoso laboral en el ámbito sanitario en diferentes libros y artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, habiendo seleccionado aquellos artículos científicos de publicaciones académica revisadas. las palabras claves utilizadas han sido: acoso laboral, mobbing, personal sanitario, profesional sanitario, etc...

4 Resultados

Algunas de las variables que pueden originar el acoso son: la organización del trabajo, dirección, tareas, género, entre otras; y entre sus síntomas se encuentra la dificultad en la comunicación, aislamiento social, desprestigio ante el resto de trabajadores, desprestigio laboral, salud física y psíquica,...

Las consecuencias negativas más relevantes del acoso laboral o mobbing en trabajadores sanitarios han sido analizadas en diversos estudios en los que se demuestran una elevada tasa de ansiedad, depresión, apatía, autoestima baja, nerviosismo, pensamientos suicidas, trastornos del sueño, irritabilidad, trastornos psicósomáticos o pensamientos obsesivos, siendo muy probable que en algunos casos se llegue a experimentar un trastorno de estrés postraumático. A toda esta sintomatología, hay que añadir que también se acompaña un incremento en el consumo de medicamentos psicotrópicas, con esas consecuencias que de ellos derivan para la salud física y mental de las víctimas del acoso.

Además del impacto negativo que supone la constante tensión del mobbing o acoso laboral para la víctima en la salud y el bienestar, no se debe olvidar que este problema también pasa factura a la organización en la que se lleva a cabo, haciendo que la capacidad del profesional se vea seriamente comprometida en

el desempeño de su trabajo ocasionando un mal clima laboral, mala imagen, descenso de la productividad, bajas médicas, etc.

En el estudio de los factores relacionados con el acoso entre el personal sanitario, es importante señalar las diferencias por género, ya que las diferentes formas de acoso varían según el tipo de género, pudiendo afirmar por norma general, que las mujeres son víctimas de agresiones relacionadas con valores interpersonales y aspectos emocionales, y, en cambio, los hombres son atacados respecto a su rendimiento en el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Debido al incremento de los casos de acoso, la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo ha elaborado una serie de recomendaciones para prevenir el acoso laboral, mejorando la vida laboral y así evitar un entorno de trabajo destructivo. Entre las indicaciones estaría el aumentar la información sobre los objetivos del trabajo, el ofrecer a cada trabajador la posibilidad de elegir el modo de realizar sus tareas, reducir el volumen de trabajos repetitivos y monótonos, evitar especificaciones poco claras de funciones y tareas, y desarrollar un estilo democrático de dirección.

Las víctimas desarrollan una sintomatología heterogénea, dando lugar a reacciones desde fisiológicas hasta la progresiva instauración de psicopatologías. Por esto mismo, es esencial el uso de acciones preventivas y de esta manera alcanzar la detección rápida del problema, denunciar y evitar que se vuelva a repetir este tipo de acciones.

6 Bibliografía

- 1- El acoso laboral en el ámbito sanitario [Internet]. 2020 [citado 6 diciembre 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/acoso-laboral-ambito-sanitario-2/>
- 2- Acoso laboral y factores asociados en trabajadores sanitarios [Internet]. 2020 [citado 6 diciembre 2021]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/scielo.PHP>
- 3- Qué es el mobbing o acoso laboral: síntomas, modalidades y consecuencias [Internet]. 2018 [citado 6 diciembre 2021]. Disponible en: <https://asistenciasanitaria.com.ar/2018/10/12/que-es-el-mobbing-o-acoso-laboral-sintomas-modalidades-y-consecuencias/>

Capítulo 560

LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS DIGITALES. PRINCIPIOS DE PROTECCIÓN DE DATOS. DERECHOS DE LAS PERSONAS

GONZALO SARIEGO CABO

HECTOR SARIEGO PALACIOS

PABLO SARIEGO GARCÍA

YOLANDA GARCÍA GÓMEZ

LUCÍA VIJANDE VALENCIA

1 Introducción

El tratamiento de los datos personales, en caso de su mala utilización, puede tener graves consecuencias para las personas, ya que pueden verse afectadas en sus derechos y libertades.

Los vertiginosos avances tecnológicos influyen en muchos aspectos de los individuos, por eso es necesario más que nunca, que los Estados adopten medidas de protección de los datos personales, que garanticen las libertades y derechos fundamentales de las personas físicas, en especial su honor e intimidad personal y familiar.

Es necesario conocer la normativa aplicable en España y Europa, especialmente el Reglamento General de Protección de Datos de la UE vigente desde el 25 de mayo de 2016. En España, está en vigor la ley orgánica 3/2018 de 5 de Diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, que deroga casi en su totalidad la Ley Orgánica de Protección de Datos (15/1999).

Estudiar la normativa de protección de datos es básico para conseguir una cultura de privacidad en nuestras empresas, para proteger eficazmente los datos personales de todos los europeos; ya que afecta a todas las empresas que tratan datos de carácter personal, situadas en España o cualquier otro estado miembro y fuera de la UE, siempre que traten datos de ciudadanos europeos al ofrecerles bienes y servicios.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar la legislación vigente sobre protección de datos personales.

Objetivos secundarios:

- Definir los conceptos fundamentales de la legislación.
- Resaltar la importancia de proteger los datos para proteger las libertades y derechos fundamentales de las personas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para comenzar, definiremos los conceptos básicos relacionados con la protección de datos:

1. Datos de carácter personal: es cualquier dato concerniente a personas físicas identificadas o identificables.

2. Fichero: es todo conjunto organizado de datos de carácter personal, cualquiera que fuere la forma o modalidad de su creación, almacenamiento, organización y acceso.
3. Tratamiento de datos: son las operaciones y procedimientos técnicos de carácter automatizado o no, que permitan la recogida, grabación, conservación, modificación, bloqueo y cancelación, así como las cesiones de datos que resulten de comunicaciones, consultas, interconexiones y transferencias.
4. Responsable del fichero o tratamiento: es la persona física o jurídica, de naturaleza pública o privada, u órgano administrativo que decida sobre la finalidad, contenido y uso del tratamiento.
5. Encargado del tratamiento: es la persona física o jurídica, autoridad pública, servicio o cualquier otro organismo que sólo, o conjuntamente con otros, trate datos personales por cuenta del responsable del tratamiento.
6. Afectado o interesado: es la persona física titular de los datos que sean objeto de tratamiento.
7. Consentimiento del interesado: es toda manifestación de voluntad libre, inequívoca, específica e informada mediante la que el interesado consienta el tratamiento de datos personales que le conciernen.

El derecho a la protección de datos personales deriva directamente del derecho fundamental a la intimidad, que se recoge en el Título I (De los derechos y deberes fundamentales), Capítulo segundo (derechos y libertades), Sección 1ª (De los derechos fundamentales y de las libertades públicas), artículo 18.4 de la Constitución Española; en el cual se establece que “4. 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”.

Asimismo, este derecho es reconocido por el Tribunal Constitucional en la STC 292/2000.

En el fundamento jurídico quinto de la sentencia se confirma la interpretación conforme a la cual el artículo 18.4 de la Constitución Española, incorpora un nuevo derecho fundamental a la protección de datos: Este derecho fundamental a la protección de datos, a diferencia del derecho a la intimidad del artículo 18.4 de la Constitución Española, con quien comparte el objetivo de ofrecer una eficaz protección constitucional de la vida privada personal y familiar, atribuye a su titular un haz de facultades que consiste en su mayor parte en el poder jurídico de imponer a terceros la realización u omisión de determinados comportamientos.

Los principios de protección de datos son:

1. Exactitud de los datos: Los datos serán exactos y actualizados.

2. Deber de confidencialidad.
3. Tratamiento de los datos basado en el consentimiento del afectado.
4. Consentimiento de los menores de edad, únicamente puede fundarse cuando sea mayor de 14 años.
5. Tratamiento de los datos por obligación legal, interés público o ejercicio de poderes públicos.

Respecto a los derechos de las personas, se ha de proporcionar transparencia e información al afectado, al menos, la identidad del responsable del tratamiento, la finalidad del tratamiento y la posibilidad de ejercer los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento 2016/679 de la UE.

Los ciudadanos, pueden ejercer sus derechos directamente o por medio de representante legal o voluntario. El derecho de acceso del afectado se ejercitará de acuerdo con lo establecido en el art 15 del Reglamento 2016/679 de la UE. El derecho de rectificación puede ejercerse indicando en una solicitud a qué datos se refiere y la corrección a realizar.

5 Discusión-Conclusión

El derecho a la protección de datos personales deriva directamente del derecho fundamental a la intimidad, art.18.4 de la Constitución Española, el que establece que 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.

Todo sistema constitucional debe proteger la libertad siempre y cuando no afecte a terceros. La protección de datos personales confronta estas libertades y derechos, como la libertad de expresión, el derecho a la información, el derecho de acceso a la información pública, el derecho a la vida privada o el derecho a la intimidad. Este último se ha visto en peligro debido al avance tecnológico, por eso era necesario crear leyes y políticas que protegieran la información personal.

6 Bibliografía

1. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE 294, de 6 de diciembre de 2018, páginas 119788 a 119857.
2. Europea. Comisión Europea [Internet]. [Citado 7 Dic 2021]. Recuperado a partir de: https://ec.europa.eu/info/law/law-topic/data-protection/eu-data-protection-rules_es.

Capítulo 561

RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

CARIDAD FERNÁNDEZ BARNETO

ROSALIA OLIVENZA LOPEZ

MARIA CONCEPCION ESPINA VELA

ELÍAS VALLEDOR VILLAR

CHRISTIAN ÁLVAREZ ANIEVAS

1 Introducción

Los riesgos ergonómicos son trastornos musculoesqueléticos (TME) y están asociados a las alteraciones de diversas estructuras como músculos, tendones, nervios, articulaciones, ligamentos, huesos e incluso sistema circulatorio. Las zonas en las que más aparecen son la espalda, el cuello, los hombros, los codos y las muñecas. El padecimiento se manifiesta mediante el dolor, la inflamación o incluso la reducción en la capacidad de movimiento de la zona afectada y por tanto dando lugar a:

Principalmente en la espalda las lumbalgias, en el cuello tortícolis, en los hombros tendinitis del manguito de los rotadores, en miembros superiores como los codos epicondilitis, y tendinitis en manos y muñecas, aunque también derivan en trastornos de los miembros inferiores como bursitis prepatelar.

La causa de estas lesiones pueden ser los grandes esfuerzos debido al trabajo o el entorno donde se desarrolla. En el caso de los centros sanitarios puede ir

asociado a la manipulación y soporte de pacientes como a la acumulación de pequeños sobreesfuerzos por los mismos motivos. Son las posturas inadecuadas, las forzadas en relación a movimientos repetitivos los que pueden desembocar en este tipo de dolencia.

Este padecimiento no es único en sanidad sino que se extiende a todos aquellos trabajos donde no se regula de manera correcta el levantamiento de pesos por parte de los empleados. Son ejemplos de esto las empresas de paquetería y reparto, empresas de mudanzas, servicios de limpieza u operaciones de estiba en puertos marítimos comerciales.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa los riesgos ergonómicos en el ámbito sanitario y cuales son sus conceptos mas fundamentales.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha realizado una metodología bibliográfica a partir de una cuidadosa búsqueda en diversas fuentes. Fuentes como la Unión Sindical Obrera, la página oficial de INSST, lectura en la legislación vigente en riesgos laborales, revistas científico sanitarias de carácter académico. Siendo necesario aclarar que dicha lectura comienza con una visión crítica acompañada de una detallada pesquisa y comparación de diversas fuentes de distintos campos, pues hablamos de unas dolencias que surgen en más sectores como se comentó en la Introducción.

4 Resultados

Es de suma importancia analizar estos riesgos, pues según el sistema de comunicación de enfermedades profesionales CEPROSS, reportado a la Seguridad Social en 2018, el 82,3% de las enfermedades profesionales, fueron declaradas como causadas por agentes físicos, entre las que se encuentran las causadas por ruidos, vibraciones o posturas forzadas que dan lugar a trastornos musculo esqueléticos (TME).

El riesgo ergonómico se incluye en la evaluación general de riesgos, en el lugar de trabajo. En el campo de la ergonomía, las mediciones se pueden realizar en el

lugar de la ocupación, como en el caso de distancias y alturas, o determinar la superficie libre para cada trabajador en su puesto de trabajo (2 m² por ley).

En cuanto a posturas forzadas y manipulación manual de cargas, se han desarrollado métodos para determinar si los trabajadores están expuestos a condiciones laborales intolerables, como el REBA (método de evaluación de posturas de cuerpo entero) o el método del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), esta última teniendo en cuenta el movimiento de la carga, la preparación de la carga, la frecuencia de tratamiento de las jornadas laborales, etc.

Los factores que repercuten en los riesgos ergonómicos en el ámbito sanitario influyen en los trabajadores a la hora de realizar su trabajo diario de forma negativa produciendo lesiones. Afecciones que no solo afectan a las personas en sus puestos de trabajo, sino también en su vida personal, haciendo más difícil una conciliación entre trabajo y vida, pues no es necesario que ocurra una lesión para no poder disfrutar de una vida privada plena a causa de los excesos de fuerza derivados de la actividad laboral. Existe un gran riesgo basado en la evidencia de hacer que estas personas desarrollen dichos trastornos como crónicos.

Se debe realizar una adecuada valoración de los riesgos laborales cuando se presenten estas situaciones:

Movimientos repetitivos por manipulación de excesiva carga.

Manipulación de herramientas donde la fuerza aplicada es constante.

El lugar o espacios de trabajo limitados donde los trabajadores deban ponerse o forzar posturas menos ergonómicas para el desempeño de sus obligaciones.

Puestos de trabajo donde el trabajador se somete a diversas vibraciones que pueden ser “Mano-Brazo” (VMB) o de “Cuerpo Completo” (VCC) y derivar en enfermedades profesionales osteoarticulares o angioneuróticas provocadas.

Los lugares donde los trabajadores pueden estar sujetos a calor extremo pueden provocar estrés por calor debido al calor o al frío. En este caso, se debe tener cuidado para garantizar que los trabajadores no estén expuestos a corrientes de aire irritantes, cambios bruscos de temperatura u olores desagradables.

Por eso es de vital importancia la identificación de estos riesgos en las unidades de hospitalización donde se realizan esfuerzos mayores además de repetitivos, son más considerables las posibilidades de que se produzcan lesiones al hacer cambios posturales, al vestir a enfermos encamados, ponerlos en sillas de ruedas, lavarlos en la cama, empujar la cama para llevarlos a hacer distintas pruebas.

En las zonas de cirugía donde se realizan traslados de los pacientes a quirófano se crea un esfuerzo que repercute al trabajador, sobre todo en la espalda y en los brazos, una vez en el quirófano hay que pasar al enfermo a la camilla, realizando

otro sobreesfuerzo.

En urgencias lugar donde se produce un gran número de movimientos de enfermos en sillas de ruedas, con una carga añadida de estrés derivado de las situaciones mismas tanto de los pacientes como del espacio en general.

La sanidad debe tener en cuenta este problema físico y mental de sus trabajadores. Hablamos también de un problema mental por el desarrollo de posibles afecciones psicológicas. La carga mental es un tema de investigación que cubre la Asociación Internacional de Ergonomía (IEA) en el área de la ergonomía cognitiva. La carga de trabajo tiene su propio conjunto de requisitos. El carácter de estos requisitos puede ser de naturaleza material o mental, ambas están presentes en el trabajo, dependiendo también de cuál sea la labor a desempeñar.

5 Discusión-Conclusión

Con los resultados de las evaluaciones específicas de riesgos ergonómicos es posible dirigir los esfuerzos a combatir los problemas de una manera eficiente, que en la mayoría de los casos no requiere una gran inversión monetaria por parte del sistema hospitalario sino una revisión de la plantilla, partiendo de su aumento o la comprobación de los horarios de trabajo.

Es necesario que nos paremos a pensar en cómo podemos cuidar más y mejor a los trabajadores de la sanidad, pues son ellos los que están en la primera fila de una atención de calidad. Cuidar a los sanitarios para que puedan cuidar en condiciones dignas de trabajo. Por eso, es de vital importancia el desarrollo de nuevas aplicaciones para revisar cómo emplean su fuerza, revisando si existe la posibilidad de incrementar plantilla para que los grandes esfuerzos no los desarrolle una persona sola. Además de la posibilidad de introducir en plantas ayudas mecánicas para mover a pacientes de movilidad limitada o reducida.

Las primeras acciones dedicadas a invertir en la salud de los trabajadores pueden ser sencillas como la revisión de las alturas de las camas, el acceso mismo a ellas, materiales de los suelos si resalan a o no; revisar en qué condiciones están las sillas de ruedas, si son realmente fáciles de manejar, que en todos los pasillos existan barras/manillas en las que sostenerse. Todos estos factores ayudan o dificultan el porteo de una persona.

6 Bibliografía

1. Riesgos ergonómicos de carga física en el personal sanitario. Revista científica Ocronos. Visible en: <https://revistamedica.com/riesgos-ergonomicos-carga>

física/.

2. Riesgos ergonómicos. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Visible en: <https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-ergonomicos>.

Capítulo 562

LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE ATENDIENDO A LA DIVERSIDAD CULTURAL EN EL ENTORNO SANITARIO

PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS

1 Introducción

En los últimos años hemos observado la presencia de población migrante que ha llegado a modificar los hábitos hasta ahora consolidados de convivencia en nuestras ciudades y pueblos, y hemos avanzado de forma imparable hacia la pluriculturalidad. Debido a ello, han ido en aumento los grupos de culturas diferentes que necesitan atención.

El ámbito sanitario no ha sentido la demanda de sus servicios a estos grupos de culturas diferentes hasta hace muy poco tiempo, pero en la actualidad no es ajeno a ellos, por lo que también tiene que adaptar su estructura a la transformación por la que está pasando nuestra sociedad. Toda persona, pertenezca a la cultura que pertenezca, tiene sus derechos inalienables.

En primer lugar, los derechos fundamentales de cualquier miembro de la especie humana obligan universalmente, y de manera especial a las instituciones de todos los países que han firmado la Declaración de los Derechos Humanos.

En el sector de la Sanidad, tanto en el ámbito sanitario como en el no sanitario/administrativo, debemos atender a las personas sin tener en cuenta la amplia diversidad cultural que puedan presentar, esto significa que debemos poseer

una visión intercultural amplia, comprender cómo influyen las diferencias culturales en la interrelación de las personas y, de esta forma, mejorar la calidad asistencial.

Los profesionales sanitarios y no sanitarios debemos tener muy presente las explicaciones que hay que darles a los pacientes teniendo en cuenta su origen cultural. En el momento en que se consiga esta integración mejoraremos, sin lugar a dudas, la comunicación con nuestros pacientes.

El sector sanitario aún necesita trabajar en profundidad la respuesta que ofrecen los pacientes y sus familiares a la utilización de los servicios sanitarios ante la diversidad cultural. Hemos comprobado que algunos de los estudios realizados al respecto nos presentan la existencia de dificultades para la comprensión del lenguaje e incluso para asimilar la organización de los servicios sanitarios. Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud ha elaborado un acuerdo que lleve a la consecución de la ‘competencia cultural’ definida por la Asociación Americana de Enfermería como: adquirir conocimiento, entendimiento y habilidad respecto a los diversos grupos culturales que faciliten a los profesionales de la salud a administrar un cuidado cultural digno.

Tenemos claro que el objetivo principal es que el profesional sanitario y no sanitario ofrezca una asistencia óptima a un paciente cuyo origen cultural es distinto del propio, y para conseguir esto es necesario poner en marcha una comunicación intercultural efectiva.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa la comunicación con el paciente atendiendo a la diversidad cultural en el entorno sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Lograr una comunicación intercultural traerá consigo poder garantizar la subsistencia de los diferentes grupos humanos, ya que cada cultura aporta al lenguaje una connotación diferente.

Debemos tener en cuenta que en España, según datos del INE, hemos pasado del 1,37% de personas de origen extranjero en 1996 al 12% en 2009. Y aunque es cierto que desde 2012 el número de ciudadanos de origen extranjero se ha estabilizado, la presencia de personas de origen cultural distinto es irrefutable. Esta realidad representa (en este caso concreto) para nuestra Sanidad un importante reto para que las administraciones sanitarias estén preparadas para recibir a la población inmigrada.

Nuestro sistema sanitario no puede aceptar que los pacientes que pertenezcan a grupos étnicos diferentes disfruten de una asistencia de inferior calidad. Por ello, es prioritario aplicar las medidas necesarias que aseguren una atención igualitaria.

Podemos asegurar, sin lugar a dudas, que nuestro sistema sanitario cada vez otorga más importancia a la competencia intercultural, aunque, también es cierto, en este sentido queda un largo camino por recorrer.

La doctora Josepha Campinha-Bacote, presidenta y fundadora de Transcultural CARE Associates, ofrece una interesante formación orientada a los profesionales de la Salud. Afirma que la competencia cultural consta de diferentes etapas a las que enumera en la:

Tabla de componentes de la competencia cultural:

- Deseo cultural: es el proceso deliberado y cognoscitivo de ser sensible a los puntos de vista de pacientes de otras culturas.

El Deseo cultural ayuda a la comprensión y al ejercicio de la reciprocidad entre las personas de diferentes culturas.

- Conocimiento cultural: los profesionales de la salud profundizan en el conocimiento de las culturas de sus pacientes y desarrollan estrategias.

Se trata de entender la visión del mundo del paciente.

- Habilidad cultural: es la pericia de obtener los datos culturales pertinentes de los/as pacientes.

El conocimiento evita la ceguera cultural ante las diferentes etnias.

- Encuentro cultural: los/as profesionales de la Salud se comprometen en las interacciones transculturales.

El encuentro facilita la relación y el logro de objetivos comunes.

Estas etapas elevan el nivel del servicio que ofrece el profesional de la Salud.

Lo hasta aquí expuesto nos lleva a poder asegurar que la preparación intercultural es la base para derribar las barreras de comunicación existentes; de ahí que la comunicación intercultural, según la socióloga cultural, Margalit Cohen-Emerique, ayuda a mejorar la escucha activa, la asertividad y la empatía, lo que quiere decir que el profesional de la Sanidad debe ‘integrarse’ en el mundo cultural del paciente para poder comprender y respetar sus elementos culturales. Serán muchas las ocasiones en las que los profesionales de la Sanidad (personal sanitario y no sanitario/administrativo) necesite la ayuda de un Medidor Intercultural, sobre todo en situaciones de gran dificultad de comunicación entre ciudadanos inmigrantes y autóctonos. Es entonces cuando la labor del Mediador Sociosanitario Intercultural tiene la misión de acercar posturas y hacer posible la comunicación entre las dos partes.

Consecución del Mediador intercultural:

- Superar la barrera lingüística.
- Favorecer la interpretación.
- Reducir la distancia y la posible hostilidad entre las partes.
- Ayudar a entender las necesidades del paciente de origen cultural diferente.

5 Discusión-Conclusión

- El principal objetivo de la diversidad cultural en el ámbito sanitario y no sanitario/administrativo es que la atención se adapte a las necesidades de los pacientes, sea cual sea su origen cultural, y que la calidad de esta sea igualitaria.
- La atención sanitaria de calidad, tiene su principio en acoger adecuadamente a los pacientes, independientemente de su religión y cultura. Si el idioma llega a erigirse como un gran obstáculo, debemos acudir a la ayuda del Mediador Intercultural.
- Las instituciones tienen que preparar al personal sanitario y no sanitario/administrativo para que sepan interpretar a los pacientes que pertenezcan a grupos culturales diferentes.
- Se deberá reconocer la figura del Mediador Intercultural.
- Se deberán crear ‘pasillos de comunicación’ entre la Administración sanitaria y los diferentes grupos étnicos que formen parte de esa Área sanitaria.

- Tratar de recibir de manera afectuosa, incluso empleando su propias expresiones culturales, a los pacientes de etnias diferentes.

6 Bibliografía

1. 'Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud' Comitè Consultiu Bioètica Catalunya.
2. 'Guía de Gestión de la diversidad cultural en los centros de salud' Fundación La Merced Migraciones.
3. 'Comunicación intercultural como medio para favorecer el cuidado culturalmente aceptable' Enfermería Universitaria.
4. 'Aportes para la Comunicación en Salud Intercultural' Revista de Comunicación y Salud.
5. '¿Qué puede aportar la mediación intercultural al ámbito sanitario?' Janet Delgado Rodríguez y Alberto Expósito Barbuzano.

Capítulo 563

ERGONOMÍA PARTICIPATIVA: UN ENFOQUE DIFERENTE EN LA GESTIÓN DEL RIESGO ERGONÓMICO

LUCÍA VIJANDE VALENCIA

YOLANDA GARCÍA GÓMEZ

HECTOR SARIEGO PALACIOS

PABLO SARIEGO GARCÍA

GONZALO SARIEGO CABO

1 Introducción

La ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) contiene un capítulo completo en el que aclara que la consulta y participación de los trabajadores es un aspecto clave en cualquier sistema preventivo, pero está muy extendido en las organizaciones promover la participación en materia preventiva como una actividad independiente y estanca al resto del sistema de gestión, fruto exclusivamente de la obligación legal, sin aprovechar las ventajas que se pueden obtener de esta actividad.

Hay que partir de la premisa de que el trabajador es quien mejor conoce su puesto de trabajo. Si a este trabajador se le proporciona formación específica y concreta, apoyo de la organización y un apoyo especializado que pueda asesorarle en de-

terminadas cuestiones, este trabajador se convierte en un gran valor y recurso para afrontar con éxito la mejora de las condiciones de trabajo.

Aunque no hay una sola definición de lo que supone la ergonomía participativa, la de Wilson (1995) es probablemente de las más citadas en la literatura (Estrategia para implicar a las personas en la planificación y control de una parte significativa de su trabajo, con el suficiente conocimiento y poder para influir en los procesos y sus resultados con el fin de alcanzar objetivos deseables» “Wilson, 1995”).

2 Objetivos

Dar a conocer herramientas para promover un cambio en la manera de hacer participar a los trabajadores (y sus representantes) y de implicar activamente a la dirección de la empresa, de forma que se optimice la participación en la integración dentro del sistema de gestión de riesgos laborales de cada organización. En este caso concreto, relacionado con la gestión de los riesgos ergonómicos. Divulgar la existencia de estrategias para implicar a las personas en la planificación y control de una parte significativa de su trabajo, involucrando a todos los participantes necesarios.

3 Metodología

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

Palabras clave empleadas en la búsqueda:

- Ergonomía participativa.
- Prevención de los trastornos musculoesqueléticos (TME).
- Riesgo ergonómico.

4 Resultados

El éxito de un programa de ergonomía participativa es emplear un enfoque basado en la evidencia. Las condiciones de éxito más destacables en la literatura

son:

- Lograr el apoyo y aceptación de los participantes (dirección, jefes/supervisores/mandos intermedios, trabajadores y trabajadores de subcontratas).
- Nombrar un comité asesor o directivo con miembros de varios departamentos y niveles dentro de la organización que guiará el proceso.
- La dirección de la empresa proporcionará los recursos necesarios (económicos, refuerzo de personal y disponibilidad de tiempo).
- Configurar pequeños equipos de trabajo con las personas adecuadas para dirigir la experiencia, incluyendo un (ergónomo) para iniciar y facilitar el proceso, además del supervisor y los trabajadores.
- Proporcionar al equipo los conocimientos organizativos sobre cómo hacer las cosas dentro de la empresa y su cultura empresarial, además de la formación ergonómica específica y adecuada.
- Establecer responsabilidades y funciones claras. Las tareas de los trabajadores incluirán (la identificación de situaciones de riesgo, la elaboración de propuestas de soluciones o la ejecución de medidas preventivas).
- Fomentar la comunicación activa entre todos los miembros del equipo durante toda la experiencia participativa y la consulta grupal. El grupo (trabajadores y alta dirección “no solo especialistas”) debe participar en el análisis de los riesgos y la propuesta de soluciones para tomar decisiones consensuadas porque estas siempre serán mejor aceptadas.
- Hacer partícipes de la experiencia a la representación legal de los trabajadores, si se da esta situación. Esta inclusión, creará los mecanismos de comunicación necesarios que garanticen el derecho de información, consulta, participación y propuesta de los trabajadores.
- Realizar el seguimiento de las medidas preventivas adoptadas. El control y la evaluación de la eficacia de las medidas es fundamental. Valorar el coste-beneficio de la acción, tanto en términos monetarios como en resultados cualitativos que repercuten en la plantilla.

Existen diferentes métodos para implantar la ergonomía participativa en las organizaciones, estas difieren en donde se pone más énfasis, si en desarrollar más la fase de identificación y análisis, concretando la formación específica del grupo de trabajo o en priorizar un contexto de éxito de la experiencia y el diseño de actuaciones para la mejora continua. Ejemplos:

- El IRSST de Québec (Canadá) parte de la idea de que la prevención de los trastornos musculoesqueléticos se complica cuando el trabajador desarrolla tar-

eas variadas, por lo que desarrolla herramientas específicas para el análisis de puestos de trabajo con tareas repetitivas o ciclos cortos («Les Groupes ERGO: un outil pour prévenir les LATR») y para tareas variadas o ciclos largos («Work involving varied tasks: An ergonomic analysis process for MSD prevention»).

- El procedimiento «Blueprint» desarrollado por el IWH de Ontario (Canadá) que crea un ciclo reactivo que facilita la adopción de soluciones mediante la identificación, análisis y propuesta grupal de medidas preventivas, y un ciclo proactivo que utiliza los canales de comunicación creados en la empresa para incorporar las buenas prácticas y los principios preventivos en la toma de decisiones que afectan al diseño de nuevos equipos y nuevos puestos de trabajo, con la finalidad de evitar la exposición en origen y facilitar la mejora continua.

- El Método ERGOPAR, desarrollado por ISTAS (<http://ergopar.istas.net/>) centra su ámbito de intervención en empresas con representación legal de los trabajadores, aunque no exclusivamente, ya que especifica las particularidades y garantías de participación a considerar también en empresas sin representación legal.

A través de experiencias desarrolladas internacionalmente, se puede verificar que la ergonomía participativa:

- Potencia la integración de la prevención en la empresa y la cultura preventiva.
- Mejora la sensibilidad y el conocimiento de los trabajadores en relación al riesgo ergonómico, aumentando su capacidad para proponer medidas preventivas eficaces.
- Reduce la exposición a factores de riesgo mediante la ejecución de medidas preventivas consensuadas.
- Mejora la comunicación y las relaciones laborales entre los trabajadores y la dirección.
- Permite el desarrollo de nuevos procesos y nuevos diseños en entornos de trabajo y actividades, adoptando un enfoque participativo, ágil, dinámico e integrado en la política de gestión de riesgos laborales de la empresa, incorporando dicha gestión en cualquier actividad y departamento de la empresa.
- Aumenta la productividad con la mejora de las condiciones ergonómicas del puesto de trabajo y la motivación de los implicados.
- En un buen número de ocasiones facilita la adopción de medidas de bajo coste económico, efectivas frente al riesgo ergonómico y bien aceptadas por los trabajadores.

En definitiva, esta nueva fórmula permite optimizar la inversión económica,

mejorar la productividad, satisfacción y motivación laboral, así como conseguir su objetivo fundamental que es evitar los TME de forma más eficaz y eficiente.

5 Discusión-Conclusión

El compromiso de la dirección de las empresas es imprescindible y decisivo en la integración de la prevención de riesgos laborales, junto con los trabajadores y sus representantes.

Un procedimiento estructurado y sistemático de ergonomía participativa facilita la mejora continua y la creación de una buena y sólida cultura preventiva permitiendo integrarlo en otras áreas y disciplinas (higiene industrial, seguridad laboral, psicología aplicada al trabajo y medicina del trabajo), así como en otras prácticas y enfoques del sistema de gestión general de la empresa, como el medio ambiente y la calidad.

Se debe partir de la convicción de que se hace voluntariamente porque se quiere mejorar (no como una obligación legal).

Difícilmente una persona puede ser partícipe de algo, si no recibe la información adecuada, no se le consulta previamente a la toma de decisiones, no se le ofrece la posibilidad de proponer o no se valoran sus propuestas. Así, vino a expresarlo Benjamín Franklin ya en el siglo XVIII: “Dime y lo olvido, enséñame y lo recuerdo, involúcrame y lo aprendo”.

6 Bibliografía

1. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo (INSHT). “Guía técnica para la integración de la prevención de riesgos laborales en el sistema general de gestión de la empresa” [en línea]. Madrid: INSHT, 2008. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Normativa/GuiasTecnicas/Ficheros/gu%C3%ADa_t%C3%A9cnica_integraci%C3%B3n.pdf [Consultado: 02 diciembre de 2021].
2. Instituto sindical de trabajo, ambiente y salud (ISTAS-CCOO). “Manual del Método ERGOPAR Versión 2.0. Un procedimiento de ergonomía participativa para la prevención del riesgo ergonómico de origen laboral” [en línea]. Valencia: ISTAS-CCOO, 2014. Disponible en: <http://ergopar.istas.net/ficheros/documentos/v2/Manual%20del%20M%C3%A9todo%20ERGOPAR%20V2.0.pdf>

[Consultado: 02 diciembre de 2021].

3. Tompa, E., Dolinschi, R. And Natale, J. "Economic evaluation of a participatory ergonomics intervention in a textile plant" [en línea] *Applied Ergonomics*, May 2013, vol. 44(3), p. 480-487. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003687012001779>

[Consultado: 02 diciembre de 2021].

4. Bestratén M, Moreno N Y Vega S. "La participación de los trabajadores en prevención de riesgos laborales" [en línea]. *Revista Seguridad y Salud en el Trabajo*, febrero 2014, vol. 76, p. 38-49. INSHT. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/publicaciones%20periodicas/rev_insht/2014/76/sST_76_enlaces.pdf

[Consultado: 02 diciembre de 2021].

5. García AM, Gadea R, Sevilla MJ, Genís S, Ronda E. "Ergonomía participativa: empoderamiento de los trabajadores para la prevención de trastornos musculoesqueléticos" [en línea]. *Revista Española de Salud Pública*. Julio-Agosto 2009, vol. 83, N.º 4, p. 509-518. Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol83/vol83_4/RS834C_509.pdf

[Consultado: 02 diciembre de 2021]

6. Boix , P.; Vogel, L. "Participación de los trabajadores" [en línea]. En: Benavides, F.G. et al. *Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. 3ª edición. Ed. Masson. 2007. Disponible en: <http://www.istas.ccoo.es/descargas/ipar03.pdf>

[Consulta: 02 diciembre de 2021].

7. Van Eerd, D., Cole, D., Irvin, E., Mahood, Q., Keown, K., Theberge, N., Village, J., ST Vincent, M., And Cullen, K. "Process and implementation of participatory ergonomic interventions: a systematic review" [en línea]. *Ergonomics*, octubre 2010, vol. 53(10), p. 1153-1166. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00140139.2010.513452?scroll=top&needAccess=true>

[Consultado: 02 diciembre de 2021].

8. Yazdani A, Neumann WP, Imbeau D, Bigelow P, Pagell M, ThebergeN, Hilbrecht M, Wells R. "How compatible are participatory ergonomics programs with occupational health and safety management systems?" [en línea]. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, marzo 2015, vol. 41(2), p. 111-23.

Disponible en: http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3467
[Consultado: 02 diciembre de 2021].

9. Wilson JR. "Ergonomics and participation. In evaluation of human work: A Practical Ergonomics Methodology".Ed.2, edited by JR. Wilson & Corlett, p. 1071-1096. London: Taylor & Francis, 1995.

Capítulo 564

EL ACOSO LABORAL COMO FUENTE DE RIESGO PSICOSOCIAL

YAIZA GUEIMONDE ROBLEDO

JONATHAN IGLESIAS GARCIA

1 Introducción

¿Qué es acoso laboral?: El acoso laboral lo causa una persona hostigadora la cual amenaza, hace sentirse mal a la otras personas o pretende molestar. Es aquella persona que quiere producir miedo, desprecio, en el trabajador que está afectado en su confort laboral. Este tipo de personas está recibiendo un maltrato psicológico injustamente al recibir actos, echos negativos y violentos.

La violencia se produce de una forma ordenada y durante un tiempo prolongado ya puede ser semanas, años, meses etc. En ocasiones más graves pueden sufrir un maltrato físico. En una situación de un largo tiempo sufriendo este acoso laboral aparte de poder diagnosticar una enfermedad psicológica, puede terminar en que la persona perjudicada llegue a realizar su propio suicidio.

Con este hostigamiento se puede conseguir que esa persona que se ve perjudicada abandone su puesto de trabajo.

El número de casos entre la población en el acoso laboral en 2003 se hizo una cuenta sobre el 10-15% de un total de todos los trabajadores en activo.

Generalmente, el acoso laboral se ejerce sin que haya testigos, aprovechando encuentros personales para verter amenazas o insultar, difundiendo falsos rumores, menospreciando el trabajo realizado por la víctima, sobrecargándola de trabajo o asignándola tareas intrascendentes alejadas de su capacidad profesional,

sometiéndola a medidas disciplinarias por hechos inexistentes o banales, aislándola de sus compañeros, obstaculizando su vida familiar con horarios abusivos o negándola permisos y vacaciones en fechas adecuadas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Examinar la importancia del acoso laboral como fuente de riesgo psicosocial.

Objetivos secundarios:

- Proponer soluciones para evitar ese estrés laboral

- Indicar las consecuencias que tiene el acoso laboral como fuente de riesgo psicosocial

3 Metodología

Para la realización del capítulo hemos realizado una revisión bibliográfica de la materia como buscadores de información científica Dialnet, Pubmed, y Google Académico. Como variables de búsqueda hemos utilizado acoso, prevención en el acoso laboral como fuente de riesgo psicosocial y consecuencias del acoso laboral como fuente de riesgo psicosocial.

4 Resultados

Los riesgos psicosociales son derivados por la mala gestión y organización del trabajo, así como del entorno del trabajo, ya que ellos pueden dar un diagnóstico psicológicos, físicos y sociales, por ejemplo como el estrés, una depresión, cansancio. Seguidamente, podemos citar como algunas de las condiciones de trabajo que causan el acoso y estrés laboral:

*. Cargas de trabajo excesivas.

*. La falta de claridad de las funciones a realizar en el puesto de trabajo.

*. La falta de participación y escoger sobre la toma de decisiones que afectan al trabajador.

*. Gestión ineficiente y la falta de apoyo por la dirección o compañeros.

*. Acoso psicológico y sexual, violencia ejercida por terceros.

LAS FORMAS MÁS COMUNES DE EJERCER EL ACOSO:

Las formas más comunes de realizar el acoso psicológico en el trabajo se puede exponer de maneras muy diferentes y variadas. Son las siguientes:

MEDIDAS ORGANIZATIVAS:

- El superior no deja a la persona las posibilidades de poder comunicarse.
- Cambiarle la zona de trabajo de una persona para separarla de sus compañeros/as con el fin de hacer daño.
- Prohibir la comunicación los compañeros con una persona determinada.
- Dar la obligación a alguien de realizar tareas humillantes o ultrajante, para que sean muy por encima o muy por debajo de la capacidad de esa persona.
- Obligar a esa persona a que realice tareas que le hagan estar en contra de las normas y valores profesionales.
- Debatir las decisiones de una persona.
- Fijar una carga de trabajo excesiva a una persona para causarle presión innecesaria y establecerle plazos imposibles de cumplir con el trabajo.
- Cambiar de puesto de trabajo sin haber dado una orden de aviso a esa persona.
- Retirar cargos de responsabilidad sin tener ninguna explicación o motivo negativo.

AISLAMIENTO SOCIAL:

- Le disminuye o le prohíbe a sus compañeros/as la posibilidad de relacionarse con una persona.
- No dejar dirigirle la palabra.
- No dejar tener relación mediante gestos o cruce de miradas.
- Darle un trato de indiferencia a la persona como si no existiera.

ATAQUES A LA VIDA PRIVADA DE LA VÍCTIMA:

- Criticar permanentemente su vida privada.
- Hacerle ver parecer a una persona torpe o estúpida.
- Darle ver a esa persona que tiene psicológicamente problemas.
- Mofarse de las discapacidades de una persona.
- Atacando y burlándose de su vida privada.
- Imitando sus gestos o su voz con el fin de ridiculizarla.
- Reírse o burlarse de la vida privada de esa persona.
- Asedio telefónicamente o por mensajes de redes sociales.

VIOLENCIA FÍSICA:

- Uso de una menor violencia hacia la víctima.
- Hacerle sufrir maltrato físico al individuo.

ATAQUES A LAS ACTITUDES DE LA VÍCTIMA:

- Ataques a las actitudes y creencias políticas y religiosas.
- Reírse o burlarse de la nacionalidad de la víctima.

AGRESIONES VERBALES:

- Dar voces o insultar al individuo afectado.

- Criticar permanentemente el trabajo realizado por esa persona.
- Amenazarle verbalmente a esa víctima.

RUMORES:

- Hablar mal de la persona a su espalda hacia sus superiores o compañeros/as.
- Difundir rumores hacia los compañeros/as.

También hay otro tipo de conductas que son las conductas no constitutivas de acoso:

¿QUÉ SON LAS CONDUCTAS NO CONSTITUTIVAS?

Son aquellas que sus actos ejercen poder disciplinario que por ley les pertenece a los superiores, en la que exigen una fidelidad en el trabajo o una fidelidad institucional o empresarial. Por ejemplo unos de sus actos de mucho son los siguientes:

- Modificar sustancialmente las condiciones de trabajo sin causa ninguna y sin seguir un procedimiento legalmente establecido por la ley.
- Actos discriminativos puntuales.
- Realizar presión en exceso para aumentar la jornada laboral o realizar algunos determinados trabajos
- Conductas injustas dirigidas con distinción a varios trabajadores/as.

Después existen 3 tipos de acoso que son los siguientes;

1-Vertical ascendente: No es muy común y suele suceder cuando la víctima acosada tiene un puesto superior al del acosador/es.

2-Vertical descendente: Es la más habitual. Viene realizado por el empresario/a o superiores del trabajador/a y la víctima tiene una condición de inferioridad respecto al de el hostigador/a. Es el de acoso mas perjudicable y mayor daño para la salud psicológica, porque la persona no sabría como responder a esa situación.

3-Horizontal: Es realizado por compañeros/as de trabajo en el mismo nivel del puesto laboral. Suele ser causado por envidias, discriminaciones (sexual, racial, creencias...), enemistades etc.

En las relaciones entre los compañeros/as lo mas normal es que aparezca conflictos interpersonales. El trabajador/a que se sienta afectado/a informa a la empresa de esta situación y el problema termina mediante el diálogo. Por el contrario, otras veces, la empresa no se hace cargo de las medidas preventivas oportunas, por los motivos que fueran (desconocimiento del problema o conflicto, omisión de ello etc.), y el problema va a mas en el tiempo y no se toma ninguna solución, por lo que puede ser el principio de un problema más completo y con mas profundidad, y es aquí donde podemos hablar, estrictamente, del mobbing o el acoso laboral.

No es fácil decretar el momento con exactitud del principio del acoso laboral, de los motivos del mismo , ya que no es un hecho puntual. Se trata de un proceso que

su desarrollo es temporal, en la cual no podemos implantar una sucesión como los comportamientos que pararan en el acoso laboral debido a que hay que examinar diferentes peculiaridades y algunas variables que en cada caso presentan las víctimas, los acosadores/as, el ambiente en el que se forma el conflicto, así como la organización de la empresa, que es la más importante. Habitualmente comienza con determinados comportamientos desfavorables o injustos, un trabajador/a o un grupo de ellos comienzan a ejercer sobre otro/a. Se habla para modificar las condiciones de trabajo de la persona víctima que recibe como reglas normales, aunque se sienta molesta la víctima, el acosador/a aprovecha para poner en práctica su estrategia de hostigamiento durante un tiempo, y suelen buscar un apoyo entre la plantilla para avasallar, afectar a la víctima. La víctima ya es consciente de la situación que esta pasando, pero ella se siente culpable porque no llega a entender qué es lo que ha realizado mal.

Este estado de ánimo se ve reforzado, con frecuencia, por la indiferencia del resto de compañeros/as y, en situaciones más graves, por el rechazo, normalmente realizado por el propio/a acosador/a.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que en los últimos años el mobbing ha cobrado mucha importancia al descubrirse como una de las principales causas de depresión, de ansiedad y de desórdenes de estrés postraumático. Todo esto provoca unas grandes cifras de absentismo, con los consiguientes costes tanto directos como indirectos para el sistema. No solo es el problema el absentismo sino también los abandonos del puesto de trabajo, incremento de accidentes de trabajo, disminución de la cantidad y de la calidad del trabajo, etc., lo que produce elevados costes en la sociedad industrializada y en la víctima de mobbing que ve amenazada su carrera o profesión, su situación social y financiera, e incluso su salud .

6 Bibliografía

El acoso en el trabajo (mobbing); análisis sobre la limitada respuesta jurídica a un antiguo problema de reciente estudio y futura solución (legal)", Estudios financieros, Revista de Trabajo y SS 233-234

Capítulo 565

LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL HOSPITALARIO

BÁRBARA ROBERT BALAGUER

NATALIA NAREDO RUBIO

TANIA MUÑIZ DÍAZ

TERESA ÁLVAREZ BERDASCO

ANA SUÁREZ GARRIDO

1 Introducción

El personal del hospital se compone tanto de personal sanitario como médicos, residentes, estudiantes, especialistas, odontólogos, dietistas, enfermeras/os, auxiliares de enfermería, etc., como de personal no sanitario como celadores, cocineros, personal de lavandería y planchado, administrativos, limpiadoras/es, seguridad, trabajadores sociales, defensor del paciente, técnicos de mantenimiento, etc.

Todas las categorías son importantes y se complementan para realizar el trabajo, pues un cirujano sin el personal de limpieza no podría tener el quirófano limpio y aséptico, la enfermera sin la ayuda de la auxiliar de enfermería no tendría su carro de curas con el material repuesto. Sin el celador no habría nadie que transportara a los pacientes a hacerse alguna prueba en el hospital o a llevar material al quirófano por poner un ejemplo. También el papel de los administrativos es

importante pues son los que gestionan las citas de los pacientes, realizan los expedientes de los pacientes, etc.

En definitiva todo el personal que trabaja en un hospital esta conectado entre si para el buen funcionamiento de este y ya vemos que esta compuesto por muchos profesionales que atenderán al paciente de forma adecuada aunque estos no vean ni a la mitad de todo el equipo que esta dedicado a su atención.

2 Objetivos

Demostrar la importancia que tienen todas las categorías tanto sanitarias como no sanitarias que trabajan en un hospital para el buen funcionamiento de este.

3 Metodología

Para la realización de esta investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica por diferentes paginas como revistas medicas, manuales, temario de oposiciones y artículos relacionados con el tema a tratar, de los cuales he recopilado toda la información necesaria para elaborar este trabajo.

4 Resultados

Cuando un paciente tiene que ser atendido por su medico en su centro de salud, la primera persona que le atiende es un auxiliar administrativo, el cual le coge los datos y su numero de historia. A partir de ahí le gestiona una cita para su medico de cabecera y/o enfermera asignado en su centro de salud.

Una vez que es atendido por su medico este le deriva al hospital si precisa al medico especialista y de nuevo es atendido por un auxiliar administrativo para gestionarle la cita. Una vez en el hospital el medico especialista le pide pruebas y análisis, ahí ya ve a la enfermera puede que también a técnicos en radiología diagnostica dependiendo de las pruebas solicitadas.

Si un paciente tiene que ser ingresado, el administrativo y la enfermera le gestionan el ingreso en planta. El celador es el que lleva al paciente hasta la habitación designada ya sea en silla de ruedas o en cama.

Una vez que ya esta en su habitación la enfermera le toma las constantes vitales, se encarga de informar al paciente sobre horarios de comida, de visitas, de donde esta el timbre del funcionamiento de la cama y de la tele. Se encarga de abrirle

una hoja de registro donde aparece el numero de planta, de habitación y de cama donde anotará todo lo que le realice.

También vera a la auxiliar de enfermería que es la persona que le aseara en el caso de que no pueda hacerlo solo o simplemente le ayudara a asearse, le llevara el desayuno, la comida, la merienda y la cena y en el caso de no poder hacerlo solo será la persona que lo alimente, la que le hará la cama, la que le ayudara a ir al baño si puede levantarse o le llevara una cuña o botella para hacer sus necesidades en caso de no poder levantarse. Y todos los días vera a la limpiadora limpiar su habitación y el baño y cuando se marche a casa será ella la que limpiara y desinfectara su cama, su sillón y su mesita.

5 Discusión-Conclusión

Como he podido comprobar en mi investigación todos los trabajadores de un hospital son importantes y en el caso de que cualquiera del personal hospitalario falle el buen funcionamiento del hospital se vería comprometido.

El servicio de limpieza no es la categoría mas alta del hospital como pueden ser los médicos, pero son muy importantes para mantener una buena limpieza y desinfección del hospital.

Si me he imaginado el hospital sin el servicio de limpieza, también me lo puedo hacer sin los administrativos, sin los auxiliares de enfermería o las enfermeras y médicos y al final el que pagaría por todo seria el paciente.

Por eso es tan importante el papel de un medico como el de una limpiadora y no por ser de categoría inferior hay que menospreciar su trabajo.

Es de suma importancia que todo el personal del hospital trabaje en equipo, en perfecta armonía y de forma coordinada para que los pacientes reciban la atención sanitaria que se merecen y que tengan una estancia, dentro de lo que cabe, lo mas agradable posible.

6 Bibliografía

1. <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/temas-especiales/atenci%C3%B3n-hospitalaria/personal-del-hospital>
<https://revistamedica.com/auxiliares-administrativos-trabajo-hospital/#::text=Los%20Auxiliares%20Administrativos%20desarrollan%20unas,tramitan%20los%20expedientes%2C%20gestionan%20las>
2. <https://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/profesional-sanitario/>

3. <https://www.hospitaluvrociio.es/memoria17/responsabilidadsocial/sostenibilidad-social/profesionales/empleo/158-distribucion-de-los-profesionales-por-categorias>
 4. <https://www.educaweb.com/profesion/celador-125/>
 5. <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/04/15/ingreso-hospitalario-protocolo/>
- Editorial MAD. Lavandero/a y Planchador/a Parte específica

Capítulo 566

UNA APROXIMACION A LA ARTICULACIÓN DE CADERA PARA PERSONAL SANITARIO

CRISTINA FERRER GUTIERREZ

LIDIA SANCHEZ PINILLA

JAVIER FERRER GUTIERREZ

1 Introducción

La articulación de la cadera o coxofemoral es una de las articulaciones más grandes del cuerpo humano y, como su nombre indica, relaciona el hueso coxal con el fémur, es decir, une el tronco con la extremidad inferior. Su función principal, junto con la musculatura que la rodea, es soportar el peso del cuerpo en posturas tanto estáticas como dinámicas.

La cadera es la articulación donde se une el hueso del muslo (fémur) con el de la pelvis. Tiene dos partes principales: Una bola en el extremo del fémur, que se encaja en la cavidad de la pelvis. Su cadera es conocida como una articulación esférica, esto es porque tiene una bola al final del fémur que calza dentro de la cavidad de la pelvis. Esto hace que las caderas sean muy estables y permiten un amplio rango de movimiento. Cuando están sanas, es necesaria mucha fuerza para lastimarlas. Sin embargo, algunas veces hacer deportes, correr, el uso excesivo o las caídas pueden llevar a lesiones en las caderas como:

- Distensiones.
- Bursitis.

- Dislocaciones.
- Fracturas (huesos rotos).

Algunas enfermedades también pueden conducir a lesiones o problemas con las caderas. La osteoartritis puede causar dolor y limitar los movimientos. La osteoporosis en la cadera causa que se debiliten los huesos y se rompan fácilmente. Ambos son comunes en personas mayores.

Otro problema es la displasia de cadera, donde la bola al final del fémur está suelta en la cavidad de la cadera. Puede causar dislocación de cadera. Los bebés que tienen displasia de cadera generalmente nacen con ella, pero a veces la desarrollan más tarde.

El tratamiento de los problemas de las caderas puede incluir reposo, medicinas, fisioterapia o cirugía, incluyendo reemplazo de cadera.

2 Objetivos

Describir brevemente desde la perspectiva anatómica la articulación de cadera, siendo esto dirigido a todas las categorías de personal sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

Palabras clave: "prótesis de cadera" y "anatomía de la cadera".

4 Resultados

Esta articulación tiene dos partes principales: el acetábulo y la cabeza del fémur. El acetábulo, es una superficie cóncava que forma parte del hueso coxal, donde se articula la cabeza del fémur, la cual tiene forma convexa. La superposición de estas dos estructuras casi esféricas dota a la articulación de la cadera de una gran estabilidad y movilidad, permitiéndole realizar los siguientes movimientos:

Flexión: consiste en aproximar la cara anterior del muslo hacia la parte anterior del tronco, es decir, mover la extremidad hacia arriba y adelante.

Extensión: es el movimiento contrario a la flexión, dirige el miembro inferior hacia atrás, es decir, llevando el talón hacia el glúteo.

Abducción: movimiento lateral que lleva el miembro inferior hacia afuera, alejándolo del eje de simetría del cuerpo.

Aducción: movimiento lateral de fuera hacia adentro, acercando el miembro al eje de simetría.

Rotación interna y externa: la rotación externa es el movimiento que dirige la punta del pie hacia fuera; mientras que la rotación interna dirige la punta del pie hacia dentro.

Además de la estructura ósea, una cadera sana está también constituida por: cartílago liso, éste recubre los extremos de los huesos y hace que la cabeza del fémur se deslice fácilmente y sin dolor dentro del acetábulo; a su vez, está formada por músculos y ligamentos que aportan una gran resistencia a esta articulación. Por tanto, en un individuo sano es necesaria mucha fuerza para dañarla. No obstante, algunas veces, al realizar algún deporte o al sufrir una caída, se producen importantes traumatismos en la cadera, entre los que destacan las fracturas.

Es importante el conocimiento de los movimientos que se producen en la articulación para entender las posibles lesiones que puedan surgir.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que no solamente las caídas pueden lesionar en la cadera también nos podemos encontrar algunas enfermedades también pueden conducir a lesiones o problemas en esta articulación. La osteoartritis y artrosis que provocan el desgaste del cartílago que cubre el hueso, causando dolor y limitando los movimientos. La osteoporosis disminuye la densidad ósea. Estas patologías además de ir lesionando progresivamente la articulación aumentan considerablemente el riesgo de fractura ósea si bien en la mayoría de los casos nos encontraremos con fracturas de cadera producidas por caída, jugando en ese caso un papel importante ciertos factores como pueden ser la edad o medicaciones previas.

6 Bibliografía

- Díaz Estrella A, Vaz Rodríguez JA. Recomendaciones para pacientes intervenidos de prótesis de cadera. Rev enferm Cy. 2015; 7(2): 3-5.
- Girbes Ruiz I, González Sánchez E, Soriano Martínez ML, Campos Rubio F, Andrés González E. Prótesis total de cadera sin complicaciones. EnfermeríaIntegral. 2011;96: 8-13.

Capítulo 567

DIETA HOSPITALARIA

ISABEL BELÉN SEVILLA CHICA

1 Introducción

Los primeros seres humanos que habitaron el planeta necesitaban como el resto de seres vivos alimentarse para obtener energía suficiente para sobrevivir. Para ello se convirtieron en cazadores y recolectores, cazaban todo tipo de animales y recolectaban verduras, frutas, raíces, frutos secos, etc.

Estos seres humanos también habían desarrollado la capacidad de pescar, con lo cual su alimentación era variada y les permitió ir evolucionando en la dieta.

Eran capaces de fabricar utensilios para la caza y la pesca, fabricaban puntas de piedra para poder despellejar los animales, también comenzaron a aprovechar las pieles de dichos animales para protegerse del frío.

Pero sin lugar a dudas la gran evolución en la dieta del ser humano llega con el descubrimiento del fuego, no se sabe a ciencia cierta como ocurrió tal hecho, probablemente fuera de forma casual debido a una tormenta que llegara a prender matorrales, el momento más importante llega cuando se aprende a controlar dicho fuego, pasando a cocinar los alimentos.

Tras un largo recorrido a través de los siglos llegamos a la cocina hospitalaria, la cual ha experimentado un cambio radical desde sus primeros comienzos. La evolución ha sido magnífica desde principios del siglo pasado hasta nuestros días. Hoy en día existen unos equipos destinados a trabajar conjuntamente para el desarrollo de las diferentes dietas hospitalarias, comenzando por los médicos, los dietistas y los cocineros.

Los dietistas son los encargados de calcular la calidad nutricional de los alimentos, y la creación de cada dieta adecuada a las necesidades de cada enfermo. También

se encargan de atender las preferencias personales e incluso las religiosas. Dentro de un hospital existen una gran variedad de dietas.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes dietas hospitalarias disponibles y adecuadas para cada tipo de dolencia.
- Desarrollar brevemente las características de cada una de ellas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en Internet de artículos y publicaciones sobre el tema.

Se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo.

Palabras clave “Dieta”, “Hospitalaria”, “Ayudante de servicios”

4 Resultados

Como hemos dicho anteriormente, hay una gran variedad de dietas dependiendo de la enfermedad de cada paciente.

- Dieta líquida 1.
- Dieta líquida 2.
- Basal.
- Hipolipemiente.
- 1100 calorías.
- 1400 calorías.
- 1800 calorías.
- 2200 calorías.
- Protección gástrica.
- Astringente.
- Blanda.
- Hipocalórica.
- Absoluta.
- Laxante.

- La dieta líquida 1 como se puede entender es aquella destinada a pacientes después de una cirugía, también se pueden prescribir a pacientes con problemas gastrointestinales. En la dieta líquida se pueden beber líquidos, normalmente caldos libres de grasa.
 - La dieta líquida 2 es aquella en la que el paciente puede ingerir además de líquidos un postre, puede ser una compota, yogur o manzana asada.
 - La dieta basal es una dieta en la que el paciente no necesita una alimentación especial, puede comer de todo dentro de lo que es una dieta sana y equilibrada.
 - La dieta hipolipemiante se prescribe a aquellos enfermos cuyos niveles de colesterol están altos. Los pacientes deben comer carnes magras, a ser posible de ave. Pescados, frutas, verduras.
- Estas cuatro dietas son todas para pacientes con diabetes, cada una de ellas se prepara con unos valores energéticos adecuados para cada nivel de diabetes.
- 1100 calorías.
 - 1400 calorías.
 - 1800 calorías.
 - 2200 calorías.
 - La dieta de protección gástrica es aquella que afecta pacientes con enfermedades del aparato digestivo, ayuda a facilitar la digestión.
 - La dieta astringente se basa en dar al paciente alimentos que estriñen para cortar las diarreas. La dieta consiste en comer arroz cocido, pasta, patatas cocidas.
 - La dieta blanda requiere la ingesta de alimentos suaves y con poca fibra, no deben comer alimentos fritos ni picantes. Se suele dar a pacientes con problemas digestivos.
 - La dieta hipocalórica es baja en calorías, los alimentos son bajos en calorías compuestos de vegetales y frutas al vapor, al horno y a la plancha.
 - La dieta absoluta es para pacientes normalmente recién operados.
 - La dieta laxante está indicada para pacientes que necesiten tomar alimentos que contengan mucha fibra.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos relatado con anterioridad el ser humano desde su aparición ha realizado un largo camino para sobrevivir a todos los niveles, en concreto en cuanto a la alimentación que es una de las claves importantes para dicho logro.

Hemos visto como pasó de alimentarse de vegetales, carnes y pescados crudos hasta la aparición del fuego que cambió radicalmente las características de su alimentación. Los alimentos comenzaron a cocinarse y es ahí cuando se puede

decir que el ser humano comienza una largo trayecto que le llevará a conocer las dietas.

A lo largo de los siglos el hombre ha ido experimentando con los alimentos y los ha perfeccionado desde la prueba-error hasta llegar a nuestros días. Con toda esa sabiduría se llegó a los centros hospitalarios, creando cocinas destinadas a alimentar a los pacientes, formando equipos profesionales en los que se incluyen médicos, dietistas y cocineros. Todos ellos cumplen una gran labor habiendo desarrollado las distintas dietas para cada tipo de enfermo y enfermedad, ha sido un gran avance que favorece y contribuye a la mejora del paciente, ya que la dieta prescrita resulta tan eficiente como los propios medicamentos.

6 Bibliografía

- Artículos sobre dietética hospitalaria y gastronomía saludable.
- Documentos del INSALUD sobre comida hospitalaria.

Capítulo 568

EL AYUDANTE DE SERVICIOS Y LAS NORMAS DE HIGIENE EN LA COCINA HOSPITALARIA

ISABEL BELÉN SEVILLA CHICA

1 Introducción

Desde el momento en que surgen los hospitales aparece la necesidad de gestionar desde ellos la alimentación de los pacientes ingresados en ellos, siempre ha sido un aspecto de vital importancia que ha ido, lógicamente, evolucionando al mismo tiempo que la prestación sanitaria.

Es un hecho comprobado que la alimentación influye de forma notable en la recuperación y evolución de los pacientes, de ahí la importancia que tiene en la actualidad el servicio de cocina de un hospital, donde un nutrido grupo de profesionales, desde el dietista, bromatólogo y cocinero hasta los ayudantes de servicios se afanan en proporcionar cada día un servicio eficiente, eficaz y que cumpla con los altos estándares de calidad fijados hoy día y exigibles en todos los servicios y ámbitos del centro hospitalario, que incluye, obviamente, el servicio de cocina.

Dentro de esos parámetros de calidad ocupa un papel fundamental todo lo referente a normas de higiene en la cocina hospitalaria; normas de higiene que se ocupan de todos los aspectos presentes en la cocina hospitalaria, desde los locales y equipamientos hasta los alimentos desde el momento en que llegan como materia prima hasta que son emplatados y distribuidos a los pacientes, pasando por las normas de higiene del propio personal ayudante de servicios tanto referido a su higiene personal como a las prácticas de su trabajo.

Es importantes señalar, en otro orden de cosas, la proliferación en los últimos tiempos de una serie de normas higiénico sanitarias aplicables a la cocina hospitalaria, debido entre otras cosas a la incorporación de nuevos países a la Unión Europea, lo que ha planteado como objetivo la creación de lo que se considera un marco seguro de normas higiénico sanitarias, para no descuidar este aspecto tan importante dentro del contexto hospitalario.

2 Objetivos

- Conocer las normas de higiene que deben aplicarse en la cocina hospitalaria.
- Destacar el papel del ayudante de servicios en el cumplimiento de las normas higiénicas en la cocina hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en Internet de artículos y publicaciones sobre el tema.

Se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo.

Palabras clave: “Ayudante de servicios”, “Cocina hospitalaria”, “Higiene”.

4 Resultados

Como se ha comentado en la introducción, las normas higiénicas en la cocina hospitalaria abarcan todos los campos y procesos, es decir, equipamiento, materias primas e higiene personal. A continuación se describirán con carácter general las más importantes aplicables a cada uno de esos ámbitos.

En lo que se refiere al local y equipamiento la cocina hospitalaria ha de estar realizada en materiales inocuos, resistentes no porosos, lisos y que permitan una limpieza fácil y eficaz, que se realizará siempre con agua potable, teniendo en cuenta que si existe suministro de agua no potable deberá realizarse a través de tuberías diferentes, los suelos deben ser antideslizantes y con cierto grado de inclinación para facilitar el secado y evitar que se acumule agua. Debe contar con una adecuada ventilación a través de la que quede garantizado que el flujo de aire se produzca siempre de la zona limpia a la zona sucia de la cocina.

Es también muy importante en el tema de equipamiento la realización de revisiones periódicas para verificar que todo esté sin desperfectos y cumpliendo las mencionadas normas higiénico sanitarias.

Por lo que se refiere al segundo punto, la materia prima, es decir los alimentos, las normas higiénico sanitarias se aplican en todo el proceso de la cadena alimentaria en cada una de las etapas.

En primer lugar se verificará a la recepción de la mercancía en la cocina que cuenta con todos los certificados exigidos tanto en el correspondiente proceso productivo como en el transporte, y que está en el momento preciso de esa recepción en perfecto estado.

Una vez recepcionada deberá conservarse la cadena de frío que corresponda a cada tipo de alimento, siendo por ello muy importante el almacenamiento en el lugar adecuado y controlando que las temperaturas requeridas por los distintos tipos de alimentos sea la correcta.

A la hora de cocinar y preparar cada alimento es igualmente importante hacerlo de forma correcta para que conserve lo mejor posible sus propiedades, prestando siempre mucha atención a las temperaturas y a la higiene a la hora de preparar, emplatar y distribuir los diferentes menús que han de ser consumidos por los pacientes.

En lo referente a la higiene personal exigida al ayudante de servicios no cabe duda de que se exige, en este caso, un “plus”, que se concreta en una serie de puntos como los siguientes: llevar el pelo recogido y cubierto con un gorro, llevar las uñas cortas, limpias y sin esmaltes, y no llevar accesorios que puedan caer o interferir en el proceso de la cocina, tales como anillos, pendientes, collares, reloj... todo ello sumado, sin duda, a la higiene correcta exigible a cualquier trabajador en su puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En base a todo lo expuesto anteriormente no queda ninguna duda de que en el tema de la cocina hospitalaria y su estrecha relación con el beneficio y salud de los pacientes, la cuestión higiénico sanitaria ocupa un papel fundamental.

Es una de las materias más reguladas y con más controles de calidad, debido a la estrecha relación de la calidad de este servicio con la salud de los pacientes ingresados en un hospital.

Siendo, además, hoy día la alimentación un tema capital para toda la población, pues está suficientemente demostrada la relación entre una correcta alimentación y el estado de salud de la población, no podía este tema quedar descuidado en un

contexto tan importante como es el hospitalario.

Es importante, además, destacar el papel del ayudante de servicios, que por su labor está estrechamente ligado al cumplimiento y observancia de las citadas normas higiénicas en todos los ámbitos de la prestación de su actividad profesional, siendo, por ello, necesario, una constante formación periódica de refuerzo para no perder nunca de vista la obligatoriedad de ese tipo de normas que tanto repercuten en la salud de los pacientes.

6 Bibliografía

- Real Decreto 3484/2000, de 29 de Diciembre.
- Artículos sobre organización de cocina y alimentación en centros sanitarios.

Capítulo 569

TOXINFECCIÓN ALIMENTARIA

EULALIA NURIA FERNANDEZ PRIETO

1 Introducción

Las tox infecciones alimentarias son enfermedades de transmisión alimentaria, causadas por la ingestión de gérmenes patógenos o sus toxinas.

En este trabajo se estudiará la alteración microbiana en los alimentos, así como las medidas preventivas, tipos de microorganismos (endógenos y exógenos) y factores de los que depende (el medio nutritivo, humedad, temperatura, tiempo, PH y presencia de oxígeno). También se hará referencia a las medidas preventivas a la hora de manipular los alimentos, entendiendo por "manipulación de alimentos", todos los procesos a los que es sometido el alimento hasta que llega al consumidor (elaboración del alimento, almacenado, transporte, comercialización y consumo); se hará incapie en las normas de higiene personal, limpieza y desinfección, así como el control de plagas,

La OMS define las tox infecciones alimentarias como "aquellas que a la luz de los conocimientos actuales, pueden ser atribuidas a un alimento específico, a una sustancia que se le ha incorporado o bien en el proceso de preparación o distribución".

La tox infección alimentaria deriva de la alteración microbiana en los alimentos. Esta alteración se produce por microorganismos que se encuentran en el suelo, aire, agua, en los animales. Si los microorganismos están en la superficie del alimento, constituyen su flora y no suelen suponer riesgo para el individuo.

2 Objetivos

- Diferenciar los tipos de microorganismos que influyen en la toxinfeción alimentaria, así como los factores de los cuales depende.
- Enumerar las medidas preventivas para evitar las enfermedades de transmisión alimentaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

Palabras clave: toxinfeción alimentaria, enfermedades, microorganismos, medidas preventivas, factores.

4 Resultados

En cuanto a la toxinfeción alimentarias, se pueden diferenciar dos tipos de microorganismos que influyen en la misma:

- Microorganismos endógenos. Se encuentran en los alimentos, antes de ser elaborados
- Microorganismos exógenos. Debido a una mala manipulación en algún paso de la cadena alimentaria.

Estos microorganismos dependen de diversos factores, como pueden ser:

- 1- El medio nutritivo. Depende de la composición del alimento, porque los microorganismos necesitan sustancias para poder desarrollarse
- 2- Humedad. A mayor agua, mayor crecimiento
- 3- Temperatura. La mayoría de las bacterias proliferan a temperatura ambiente. Su crecimiento se dificulta por debajo de los 5 grados centígrados y por encima de 65 grados centígrados
- 4- Tiempo. La multiplicación de los microorganismos es muy rápida
- 5- PH. La acidez o alcalinidad de una sustancia determina el tipo de bacteria
- 6- Presencia de oxígenos. Unos microorganismos necesitan oxígeno para prosperar, otros ausencia.

Como medidas preventivas a la hora de manipular alimentos, se puede mencionar las normas de higiene personal (lavado de manos, secar con toalla de papel, cubrir

las heridas, uñas cortas, pelo limpio y cubierto con gorro); la limpieza y desinfección y control de plagas (desratización y desinsectación).

La AECOSAS (Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición), enumera los cuidados a seguir para evitar la toxinfección alimentaria, entre ellos, evitar la contaminación cruzada, consumir alimentos que hayan sido tratados higiénicamente, cocinarlos adecuadamente, consumirlos cuanto antes y calentarlos a máxima temperatura si se quiere aprovechar sobrante de una comida anterior.

Dentro de las enfermedades producidas por los alimentos, se puede destacar las diarreas infecciosas, en las cuales existe una considerable variedad de microorganismos donde cabe mencionar la *Salmonella*. La infección por salmonella, llamada salmonelosis, es una enfermedad bacteriana frecuente que afecta al aparato intestinal y se libera a través de las heces. Es frecuente en animales y humanos. Los humanos, además de infectarse a través de alimentos contaminados, también pueden infectarse a través del agua.

5 Discusión-Conclusión

Tras analizar los tipos de microorganismos que pueden influir en la toxinfección alimentaria (microorganismos endógenos y microorganismos exógenos), así como los factores de los que dependen dichos microorganismos en la alteración microbiana de los alimentos (medio nutritivo, humedad, temperatura, tiempo, PH y presencia de oxígeno), es imprescindible tener en cuenta las medidas preventivas a la hora de manipular alimentos, así como las recomendaciones aportadas por la AECOSAS (Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición), tales como evitarla contaminación cruzada, consumir alimentos que hayan sido tratados higiénicamente, cocinarlos adecuadamente consumirlos cuanto antes y calentarlos a máxima temperatura si se quiere aprovechar sobrante de una comida anterior.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 570

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN ALIMENTOS FUNCIONALES

EULALIA NURIA FERNANDEZ PRIETO

1 Introducción

Haciendo referencia a los conceptos de "alimentación" y "nutrición", se puede definir, por un lado la "alimentación", como el modo voluntario y consciente en que se proporcionan al organismo las sustancias necesarias para su mantenimiento y desarrollo.

Por otro lado, la "nutrición" es el conjunto de procesos a través de los cuales, el organismo utiliza, transforma e incorpora en sus estructuras, una serie de sustancias recibidas a través de la alimentación para obtener energía.

En este trabajo, se hará una clasificación de los alimentos en tres grandes grupos diferenciados: enérgicos, dentro de los cuales se encuentran los carbohidratos; plásticos o constructivos, es decir, las proteínas y minerales; y funcionales (AF), que son aquellos alimentos que contienen determinados componentes que actúan en funciones del organismo de forma específica y positiva, favoreciendo una alimentación equilibrada.

En este trabajo se hará especial hincapié en los alimentos funcionales, los cuales aportan al organismo un considerable favorecimiento de la salud y el bienestar. Se hará referencia a los alimentos "probióticos", "prebióticos", "simbióticos" y los alimentos ricos en ácidos grasos Omega 3, considerados como alimentos funcionales de notable importancia para el organismo. Los alimentos funcionales son alimentos enriquecidos que ayudan a prevenir ciertas enfermedades y desequilibrios alimentarios.

2 Objetivos

- Diferenciar los conceptos de "alimentación" y "nutrición", así como clasificar los alimentos en tres grupos: enérgicos, plásticos o constructivos y funcionales (AF), centrando el tema en estos últimos.
- Destacar la importancia de ciertos alimentos funcionales en el organismo, tales como los alimentos "probióticos", "prebióticos", "simbióticos" y los alimentos ricos en ácidos grasos Omega 3.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

Palabras clave: Alimentación, nutrición, alimentos funcionales, probióticos, prebióticos, simbióticos.

4 Resultados

Desde el punto de vista científico, se pueden diferenciar tres tipos de alimentos:

- 1- Enérgicos. Dentro de este grupo cabe mencionar los carbohidratos
- 2- Plásticos o constructivos, es decir, las proteínas y minerales
- 3- Funcionales, refiriéndose a aquellos que, además de aportar nutrientes, contienen determinados componentes que actúan en funciones del organismo de forma específica y positiva, mejorando la salud y el bienestar, previenen ciertas enfermedades y, en caso de que hubiera desequilibrios alimentarios, ayudan a contrarrestar estos desequilibrios. los alimentos funcionales, consumidos habitualmente y de manera razonada, aportan vitaminas, minerales y proteínas que ayudan a fortalecer el sistema inmunitario y a mejorar el funcionamiento del sistema nervioso.

Son considerados alimentos funcionales (AF), los alimentos enriquecidos. Se pueden citar como ejemplos, los zumos, a los que se han añadido vitaminas y minerales, leches enriquecidas con calcio o, también, cereales con fibra y minerales. Según la legislación española, el envase de los alimentos debe mostrar el aporte real del producto en el etiquetado nutricional.

Son de especial interés a la hora de abordar el tema de "alimentos funcionales", los alimentos "probióticos", "prebióticos", "simbióticos", así como alimentos ricos en ácidos grasos Omega 3.

El término "probiótico", hace referencia a especies bacterianas o especies de microorganismos vivos. Se encuentran en la composición de determinados alimentos, como los yogures.

Los alimentos "prebióticos", son un tipo de alimentos funcionales compuestos de fibra, que pasan sin digerirse a través de la parte superior del tracto gastrointestinal y estimulan a los "probióticos", mejorando la inmunidad frente a la invasión de patógenos.

En cuanto a los alimentos "simbióticos", éstos contienen una mezcla de probióticos y prebióticos, que contribuye a la instalación de una microflora bacteriana con efectos beneficiosos para la salud.

Los alimentos ricos en ácidos grasos Omega 3, ayudan a reducir el riesgos de enfermedades cardiovasculares, así como determinados tipos de cáncer.

5 Discusión-Conclusión

Tras analizar los diferentes grupos de alimentos desde el punto de vista científico, se llega a la conclusión de que una alimentación equilibrada es un claro ejemplo de la promoción de la salud, cuyo objetivo es conseguir que la población adopte estilos de vida saludables, no considerándose como un sacrificio, sino como un hábito adquirido, que permite al individuo sentirse mejor.

Con el fin de prevenir ciertas enfermedades, los expertos aconsejan llevar una dieta sana, variada y equilibrada. En caso de que hubiera desequilibrios alimentarios, se puede contrarrestar con los alimentos funcionales (AF), es decir, alimentos enriquecidos que actúan de forma positiva en el organismo, mejorando la salud y el bienestar.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 571

SALUD LABORAL. ESTRÉS EN EL ENTORNO LABORAL

JORGE PALACIO PRESA

JORGE VALDÉS MONTES

ALLENDE ZALVIDEA FERNANDEZ

1 Introducción

El estrés laboral es un fenómeno, cada vez más frecuente, que está abriéndose paso en nuestra sociedad, fundamentalmente porque los tipos de trabajo han ido cambiando en las últimas décadas.

El estrés afecta al bienestar físico y emocional del trabajador y puede deteriorar el entorno personal y laboral del mismo.

El estrés es la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea afectando anualmente a cuarenta millones de trabajadores y suponiendo para los países un importante incremento en el gasto sanitario y una gran pérdida en la productividad.

El sentimiento de estrés que nos invade puede venir causado por los horarios, sus compañeros de trabajo, fechas de entrega, posibles despidos, medidas preventivas contra el Covid-19, situación familiar, turnos rotatorios, recursos disponibles para afrontar los problemas que se presenten, desigualdad de la mujer, salario insuficiente, etc.

Dependiendo del nivel de estrés nuestro comportamiento puede variar de una manera u otra.

☒ Niveles bajos de estrés se relacionan con la desmotivación, conformismo y desinterés en el entorno.

☒ Niveles medios de estrés hace que respondamos satisfactoriamente a las necesidades y expectativas que se generen en nuestro entorno.

☒ Niveles altos de estrés puede generar disfunciones en la persona.

Los efectos negativos del estrés laboral no solo pueden perjudicar a la persona trabajadora, sino que también pueden producir un deterioro en el ámbito laboral influyendo negativamente tanto en las relaciones interpersonales como en el rendimiento y la productividad. También puede inducir a la enfermedad, las ausencias laborales, el incremento de los accidentes o incluso la incapacidad laboral.

El estrés induce a una pérdida de producción y puede crear un mal ambiente de trabajo. Los costes ocultos, como la ruptura de las relaciones humanas, los juicios erróneos en el entorno psicosocial, la caída de la productividad, el aumento de los cambios de puestos, la aminoración de la creatividad, el bajo rendimiento, la agresividad en el trabajo y el empeoramiento de la calidad de vida y del bienestar.

2 Objetivos

- Describir la problemática del estrés en el entorno laboral, llegar a un equilibrio entre el esfuerzo y la recompensa obtenida.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha realizado una búsqueda con el fin de seleccionar los datos más relevantes que traten el tema del estrés en el entorno laboral y la mejor manera de afrontarlo. Esta revisión se ha llevado a cabo en los buscadores Google. Palabras clave: estrés laboral, condiciones de trabajo, formas de combatir el estrés laboral.

También se han consultado artículos en las principales bases de datos: Cuiden, Dialnet, Scielo, seleccionando a su vez artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Como el origen del estrés laboral puede ser múltiple, también las medidas preventivas para eliminar o reducir el estrés laboral pueden ser múltiples, por tanto,

se intervendrá sobre el personal trabajador y sobre la organización en el ámbito empresarial.

En el ámbito empresarial las principales medidas que se pueden adoptar:

- ☒ Un adecuado diseño de los puestos de trabajo con una delimitación específica de las funciones del trabajador.

- ☒ Un correcto trato interpersonal que tenga en cuenta las necesidades y demandas de los trabajadores, que les ayude de progresar y afianzarse en el ámbito laboral, como pueden ser los cursos de formación.

Todas estas medidas que se pretenden adoptar en el ámbito empresarial, por supuesto, deberán adoptarse contando con la participación activa del personal empleado y de sus representantes, todo ello realizándose de una manera progresiva que permita evaluar su funcionamiento.

A través de distintas técnicas individuales se puede dotar al trabajador de recursos para que pueda gestionar el estrés laboral, cuando las medidas colectivas propuestas por la organización de la empresa no estén dando resultado.

Algunas de estas técnicas son:

- ☒ Técnicas generales: tener una dieta adecuada, procurar distraerse y realizar actividades que resulten divertidas.

- ☒ Técnicas cognitivo-conductuales: restauración cognitiva, desensibilización sistemática, inoculación de estrés, detención de pensamiento, entrenamiento asertivo, entrenamiento de habilidades sociales, entrenamiento en la resolución de problemas y técnicas de autocontrol.

- ☒ Técnicas de relajación: relajación muscular, relajación autógena y control de la respiración.

- ☒

La Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo aporta una serie de recomendaciones:

- ☒ Mejorar el contenido y organización del trabajo para evitar factores de riesgo psicosocial.

- ☒ Controlar los cambios de las condiciones de trabajo, en la salud de los trabajadores y su interrelación.

- ☒ Aumentar la sensibilización, informar, preparar y educar

- ☒ Ampliar los objetivos y estrategias de los servicios de salud laboral o prevención de riesgos.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar el estrés en el ámbito laboral la persona debe de adoptar una serie de conductas y hábitos de salud con el objetivo de mejorar así su calidad de vida laboral, personal y familiar.

En la actualidad, el control del estrés en los trabajadores es una parte cada vez más importante de las políticas organizativas de las empresas de las empresas. El impulso de este tipo de prácticas no solo contribuye a aumentar la satisfacción de los trabajadores y trabajadoras, sino es un factor que influye de forma decisiva en la imagen de la empresa de cara al exterior.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000884.htm>
" Superar el estrés laboral" .
2. <https://www.fundaciondelcorazon.com/>
"Estrés laboral: no dejes que entre en tu vida".
3. <https://www.nascia.com/>
"Estrés laboral: causas y síntomas".
4. <https://www.insst.es/>.

Capítulo 572

ERGONOMÍA EN LOS CENTROS SANITARIOS: EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA CERVICALGIA

COVADONGA SUÁREZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

Los auxiliares administrativos pasan la mayor parte del tiempo de su jornada laboral con el ordenador, teléfono, documentación en papel; organizando y desarrollando su trabajo, muchas veces a contrarreloj, dependiendo de la urgencia de los profesionales sanitarios o de los usuarios.

Realizan múltiples tareas, como pueden ser:

-trabajo con ordenadores:

Uso frecuente, más de cuatro horas diarias: call center, recursos humanos, gestión de tiempos, informáticos, atención al paciente, citaciones...

Uso intermedio, de dos a cuatro horas: secretarias, consultas externas...

-trabajo con teléfonos: call center, secretarias, atención al paciente, al usuario, centralita, citaciones, auxiliares de los centros de salud...

-trabajo documental y logístico

Todo esto, en un posición estática, sedente, y realizando movimientos repetitivos con las extremidades superiores: Movimientos de cabeza y hombro para el teléfono, muñeca y antebrazo para el ratón, cabeza hacia abajo para manejar documentación en papel y leer y escribir, de frente para el ordenador, giros parciales, o una mezcla de varias de ellas que ya supone una postura forzada inadecuada.

Si realizamos dichos movimientos sin ser plenamente conscientes de nuestro cuerpo, podemos llegar a desarrollar, entre otros, trastornos músculoesqueléticos (TME) que en este caso se manifestarían por ejemplo, como contracturas musculares de cuello, lumbares, tendinitis o síndrome del túnel carpiano.

Además, es muy importante la carga postural. En la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y en el Reglamento de los Servicios de Prevención, informa de la importancia de evaluarla como factor a tener en cuenta en el estudio de las condiciones de trabajo.

Precisamente, la ergonomía se crea como disciplina científica para adaptar los equipos y herramientas de trabajo al profesional, de manera que el diseño de su entorno sea cómodo y seguro.

De esta manera, veremos las consecuencias de trabajar en esta posición durante un tiempo prolongado si no aplicamos estos conocimientos, reducimos riesgos y prevenimos lesiones.

La cervicalgia es una enfermedad muy generalizada, y las malas posturas sentados junto con la flexibilidad de la columna cervical hacen que se manifieste a través de dolor en el cuello y en las vértebras cervicales, que puede extenderse a cabeza, hombros, brazos y espalda. Comúnmente hablamos de rigidez.

Existen dos tipos:

La cervicalgia aguda que aparece de repente, con un dolor intenso y con dificultad para mover el cuello.

La cervicalgia crónica que es más persistente, con un dolor moderado causado por la contractura de los extensores del cuello.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades la cervicalgia está identificada como enfermedad M54.2 *Paniculitis* que afecta a regiones de cuello y espalda, región cervical.

2 Objetivos

Objetivo principal

Dar a conocer la cervicalgia como enfermedad laboral del auxiliar administrativo de los centros sanitarios.

Objetivos secundarios

Dar a conocer cómo prevenir la cervicalgia a través de la ergonomía y la higiene postural.

Identificar los síntomas para atajar a tiempo la enfermedad y que así, no se convierta en crónico.

Conocer cómo disminuir el dolor cervical y favorecer la relajación de los músculos de una forma sencilla.

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 LILACs, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Revisión sistemática también de legislación sobre Prevención de Riesgos Laborales, estadísticas nacionales y de diferentes páginas web sanitarias y del INSST.

4 Resultados

Los estudios revelan que entre un 40 y un 80% de la población española sufre o ha sufrido en algún momento de su vida esta enfermedad. Se considera también que son las mujeres las que tienen este tipo de patología por un tema de salud laboral. En nuestro caso, el tanto por ciento de mujeres administrativos del área sanitaria es mucho mayor, con diferencia, que el de hombres.

Los síntomas que pueden llegar a provocar pueden ser:

- dolor de cabeza
- dolor de espalda
- hormigueo y sensación de adormecimiento o entumecimiento en los hombros o las manos
- vértigo, mareo y náuseas
- acúfenos
- fiebre
- dificultad para ver
- movilidad del cuello limitada por la rigidez y/o el dolor
- cansancio

No deja de ser un TME derivado de posturas inadecuadas, forzadas o repetitivas desde una posición estática. Aquí es cuando resaltamos la importancia de la ergonomía y la higiene postural.

En general, la posición ideal para trabajar es la que no supone ningún sobreesfuerzo, con la que podemos realizar nuestro trabajo de forma natural. Unas recomendaciones serían:

- Para estar sentados: apoyar la espalda en el respaldo (mejor si es alto con curva lumbar), derecha, erguida y relajada, lo que supone que nuestra columna vertebral esté alineada. Los pies apoyados completamente en el suelo (o sobre un reposapiés), con las rodillas al mismo nivel o por encima de la cadera y dejando espacio entre el borde de ésta y las rodillas. El peso corporal deberá ser por igual con ambas caderas y éstas, estar lo más cerca del respaldo con nuestra zona lumbar más baja tocándolo.

- Para trabajar con el teclado, éste deberá estar a la altura del codo y no superar los 25 grados de angulación, de modo que los antebrazos estén apoyados sobre la mesa y así podamos manejar también el ratón. Éste lo cogeremos con la muñeca situada a la misma altura que el codo (brazo flexionado 90 grados o un poco más), intentando no arquearla.

Es muy importante evitar levantar los hombros mientras trabajamos con el ordenador y que los codos estén lo más cerca posible de nuestro cuerpo. Por eso se hace hincapié en la altura de la mesa. La cabeza y el cuello deberían estar en posición recta y los hombros relajados.

En cuanto a la pantalla del ordenador, el borde superior deberá estar al mismo nivel de los ojos o por debajo.

Se aconseja colocar en un radio de 75 cms cualquier otro material o herramienta que vayamos a utilizar con más frecuencia, como el teléfono.

- Para coger el teléfono. Primero, debemos tenerlo cerca del teclado, de manera que podamos descolgarlo fácilmente y no tengamos que inclinarnos o girar el cuerpo desde la cintura. En este último caso, daríamos el giro completo.

Si no disponemos de auriculares, cogeremos el teléfono con una mano y el ratón con otra. No es correcto colocarlo entre el hombro y el cuello, ya que subiríamos el hombro e inclinaríamos la cabeza, forzando las cervicales. Lo ideal sería un sistema, como los auriculares con micro, que nos permita tener las manos libres.

- Para trabajar escribiendo o leyendo, la mesa debería estar a la altura de los codos. Con un soporte de documentos, atril, evitaremos forzar el cuello y nuestra vista se cansará menos.

- Evitar posturas prolongadas en el tiempo.

El problema es que según vaya pasando el tiempo, vamos prestando más atención al trabajo que va surgiendo y menos a la postura que adoptamos. Y como no, ni se nos pasa por la cabeza hacer una pausa para hacer unos estiramientos fáciles y rápidos, o movernos para evitar estar estáticos.

Estos ejercicios llevan poco tiempo y podemos realizarlos sentados, aunque es recomendable levantarse para así activar la circulación de las piernas. Unos giros de cabeza a derecha e izquierda (rotación vertical), hacia delante y hacia atrás (flexión cervical) y hacia los lados (inclinación lateral)

También unos movimientos circulares de hombros hacia delante y hacia atrás, elevaciones y descensos y giros mirando hacia arriba, a un lado y a otro (rotación cervical ascendente); bastarán para relajar la musculatura de la zona.

Si además añadimos alguno para la espalda, como apoyar las manos en la mesa y flexionar la parte superior del cuerpo, formando un ángulo de 90 grados con las piernas, realizando respiraciones profundas, seguro que nos sentiríamos más aliviados.

Esta enfermedad supone un gran impacto sociosanitario no solo para los auxiliares, sino también para todo el sistema de salud. Provoca una alta tasa de absentismo laboral e incapacidad, y desmotivación, ya que trabajar con los síntomas antes descritos es muy difícil para la persona que lo acusa ya que pierde parte de su capacidad funcional.

Puede dar lugar a una incapacidad permanente parcial cuando se ve reflejada una disminución del rendimiento y le suponga mayor esfuerzo realizar sus labores con normalidad.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión sistemática de diferentes artículos y las búsquedas realizadas, queda evidenciado que la cervicalgia constituye un problema de salud laboral muy frecuente. Por ello, debemos comenzar a darle más importancia a su prevención a través de la ergonomía del puesto de trabajo y a la higiene postural del auxiliar administrativo. Existen programas de educación postural muy prácticos que nos pueden guiar a la hora de aplicarlos.

De ello depende su salud y su bienestar, la productividad y la buena marcha del área sanitaria sin que suponga un sobre coste para las arcas públicas.

A pesar de esto, todavía no estamos concienciados y tenemos que lidiar con irregularidades en el puesto de trabajo prácticamente a diario y lo peor es que sabemos que nos van a perjudicar en el tiempo.

Van surgiendo dolores en el cuello, dificultad para moverlo, dolor de cabeza, mareos...síntomas de la tensión con la que estamos trabajando, que no nos hace ver que debemos parar un momento a volver a adoptar la posición correcta.

En el caso de que no podamos adaptar nuestro entorno a nosotros, intentaremos dar utilidad a toda la información preventiva y organizar nuestro trabajo de manera que repartamos las tareas más estáticas con las que no lo son, evitando malas posturas y esos movimientos repetitivos tan perjudiciales para nuestras cervicales.

Se aconseja intercalar periodos de pequeños descansos aprovechando para estirarnos y relajarnos.

Según los últimos datos ofrecidos por la SEMERGEM (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria) las previsiones de padecer esta enfermedad son que vayan en aumento con el uso de las nuevas tecnologías y el aumento de trabajos sedentarios.

6 Bibliografía

1. edigraphic.com
2. revistamedica.com
3. revistasanitariadeinvestigacion.com
4. cnae.com
5. congresosicepa.com
6. <https://www.msbs.gob.es>
7. <https://saludlaboralydiscapacidad.org>
8. <https://icdcode.info>
9. <https://www.insst.es/>
10. Giménez BS, Martínez GF. Dolor en columna vertebral. España: Ed. Semergen; 2009. pp. 53-59.

Capítulo 573

IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

JAVIER GONZÁLEZ VAZQUEZ

1 Introducción

Los trabajadores sanitarios deben usar la comunicación en su práctica clínica diaria. Para desarrollar su actividad la comunicación es diaria y constante con pacientes, familiares y profesionales de otros ámbitos. Dicha comunicación se produce en un contexto de enfermedad, lo que provoca más complejidad a la misma y requiere un enfoque diferente profundizando en aspectos como son la empatía, la humanización, el estado indefenso del paciente y la necesidad de establecer una comunicación por parte del paciente para aliviar su enfermedad. Muchos pacientes se encuentran insatisfechos con la falta de comunicación con el personal del hospital y perciben el ambiente hospitalario como estresante. Además esta mala comunicación influye directamente sobre el paciente y su enfermedad.

Los trabajadores sanitarios deben tener unas habilidades de comunicación relacionadas sobre todo con la empatía para así poder escuchar activamente a los pacientes y ponerse en su lugar. La comunicación debe ser personalizada, dependiendo de con qué persona estemos hablando, para adaptar nuestro lenguaje al nivel de esa persona para que éste sea claro, comprensible y seamos capaces de transmitir la información necesaria.

Además de la información que transmitimos verbalmente es importante el lenguaje no verbal ya que ayuda a comunicar de forma clara el mensaje.

2 Objetivos

Describir la importancia de la comunicación en la relación con el paciente así como las habilidades necesarias para establecer una buena comunicación.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se han consultado páginas web y revistas relacionadas con el tema a través del buscador de internet Google académico y bases científicas como PubMed, Medline o Scielo entre otras. Además se han consultado recursos de apoyo a profesionales de la salud en la biblioteca virtual de Astursalud.

4 Resultados

Las relaciones interpersonales son la base del trabajo diario de los sanitarios, por lo que es imprescindible que posean unas buenas habilidades de comunicación. En este proceso de comunicación intervienen diversos elementos como son: emisor (el profesional sanitario que da la información), receptor (el paciente, familiar y/o profesional sanitario que recibe la información), mensaje (lo que se dice), canal (el medio por el que se transmite), código (signos y reglas para enviar el mensaje) y contexto (situación en la que se produce la comunicación). Para que la comunicación sea eficaz el paciente ha de ser capaz de entender la información que le queremos transmitir. Esto puede hacerse tanto por la comunicación verbal como por la no verbal. En la comunicación verbal interviene tanto las palabras que usamos como el tono empleado y en la comunicación no verbal el contacto visual, los gestos faciales que usamos, los movimientos que hacemos de las extremidades y la postura que adoptamos así como la distancia corporal.

La comunicación también se puede aprender de manera que hay diferentes habilidades que se puede practicar a la hora de establecer una buena comunicación:

- Escucha activa: Es la capacidad de saber escuchar a los pacientes, teniendo en cuenta sus sentimientos.
- Empatía: Es la capacidad de ponerse en el lugar del paciente para poder entender sus sentimientos y preocupaciones.
- Validación emocional: Es la capacidad de aceptar los pensamientos de la otra persona, aunque no estemos de acuerdo con ellos.
- Lenguaje no verbal.

- Resolución de conflictos y negociación: La habilidad de negociar con el paciente para llegar a una solución común.
- Lenguaje verbal.
- Leer y escribir.
- Respeto.
- Persuasión: Es la base para negociar.
- Credibilidad: Genera confianza hacia la persona que habla.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación es la base fundamental de la relación de los trabajadores sanitarios con el paciente, familiares y/o con otros compañeros del hospital. Es importante poseer unas buenas habilidades de comunicación, entre las que destaca la empatía y la escucha activa, para desarrollar una comunicación eficaz que sea capaz de transmitir correctamente la información deseada para que el receptor la pueda entender y asimilar. Con todo ello podremos crear un ambiente adecuado para que el paciente se sienta cómodo y sea capaz de expresar sus sentimientos de manera que esto intervenga de forma positiva en el proceso curativo de su enfermedad.

6 Bibliografía

<https://www.deustosalud.com/blog/gestion-sanitaria/importancia-buena-comunicacion-con-paciente>
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/la-importancia-de-la-comunicacion-en-la-relacion-medico-paciente/>
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-analisis-comunicacion-relacion-medico-paciente-15330>

Capítulo 574

MOBBING O ACOSO LABORAL

NURIA CASTAÑO ÁLVAREZ

FÁTIMA FERNÁNDEZ YÁÑEZ

1 Introducción

El científico sueco Heinz Leymann investigó el fenómeno en la década de 1980, y fue quien utilizó por primera vez el termino Mobbing para referirse a un problema que está muy presente en nuestra sociedad.

También conocido como acoso laboral, se trata de un fenómeno que ocurre en el lugar de trabajo y que consiste en un conjunto de acciones que se producen de manera continua y reiterada con la intención de atentar contra la integridad del trabajador.

Afecta por igual a hombres y mujeres, puede aparecer en cualquier instante y no entiende de jerarquías laborales.

Es necesario diferenciar entre discriminación laboral y acoso laboral. La discriminación laboral es la distinción en el trato a un empleado debido a diferencias físicas o culturales; se busca que el trabajador tenga peores condiciones laborales que el resto de empleados. Con el mobbing laboral cualquier persona puede convertirse en víctima.

Generalmente se basa en acciones de violencia verbal y psicológica injustificada que un hostigador u hostigadores ejercen con la intención de producir desprecio, desánimo, miedo o terror en la persona afectada hacia su trabajo. Se puede producir de muchas formas: burlas, agresiones verbales, amenazas, eliminación de funciones, acorralamiento...

En otros casos puede llegar al ámbito físico o incluso, al ámbito sexual.

En la mayoría de las ocasiones este acoso tiene como fin que el trabajador abandone su puesto de trabajo de manera definitiva, pero en otras la finalidad es conseguir que acepte ciertas condiciones laborales que no son beneficiosas para él.

2 Objetivos

- Conocer de qué forma afecta el mobbing al trabajador que lo padece.
- Determinar cuáles son los diferentes tipos de mobbing que existen.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 el acoso laboral se ejerce sin que haya testigos. Se aprovechan los encuentros para insultar, amenazar, sobrecargar de trabajo a la víctima, menospreciar el mismo, aislarla de sus compañeros, atribuirle tareas sin trascendencia, asignar horarios abusivos o medidas disciplinarias por hechos banales o sin mucha importancia.

Los ataques sufridos en el puesto de trabajo pueden llegar a causar problemas psicológicos como depresión, estrés, ansiedad, además de una gran desmotivación laboral. También se ve afectada la autoestima y se crea una gran inseguridad emocional que es llevada al terreno familiar y de las relaciones sociales acarreando conflictos. Una situación de acoso muy prolongada en el tiempo puede desembocar incluso en el suicidio de la víctima, en los casos más graves.

Conocer la existencia de un caso de Mobbing es fundamental para tratar cuanto antes al trabajador e impedir que los efectos del acoso tengan consecuencias graves.

Las empresas están obligadas a incluirlo en la evaluación de riesgos. De este modo se intentará prevenir, se podrán mejorar las relaciones laborales entre los empleados y hacer los cambios que sean necesarios.

El mobbing se puede clasificar en tres modalidades. Los diferentes tipos hacen que en ocasiones quede camuflado o se interprete como algo que encaja dentro de la normalidad.

Mobbing horizontal que es cuando el acoso es producido por uno o varios compañeros del mismo nivel jerárquico. Esta modalidad es bastante habitual en las empresas.

Mobbing ascendente es el que se produce cuando el acosador se encuentra en una categoría inferior a la víctima. El trabajador se ve acosado por uno o varios subordinados. Se calcula que es de un 4%.

Mobbing descendente es el que se da cuando el trabajador es acosado por un superior jerárquico. Suele ser el más habitual.

Uno de los elementos que intervienen en la producción del mobbing es el entorno laboral. Es este entorno el que en algunas ocasiones propicia el desarrollo de esta práctica abusiva.

Algunas veces puede acabar en enfermedad profesional ya que es una enfermedad que se deriva del trabajo.

Se debe denunciar por tanto esta situación en los tribunales de justicia.

Se trata de hechos que pueden constituir un delito que se encuentra regulado en el artículo 173 del Código Penal.

5 Discusión-Conclusión

Los efectos del mobbing laboral causan diversos daños sobre la salud, como ansiedad, depresión, trastornos tanto emocionales, conductuales y psicosomáticos. Estas situaciones hacen que se planteen el abandono de su puesto de trabajo.

Es importante que cuando la empresa o cualquier miembro de la misma detecte este tipo de conducta, se tomen medidas para tratar de erradicarlas. Se puede acudir a un psicólogo forense, que realizará un informe pericial en el que se ponga de manifiesto la existencia de síntomas compatibles con una situación de acoso que podrá ratificar ante el juez en caso de que sea necesario.

Las causas que producen el mobbing son muy variadas. Pueden ser causas empresariales, personales o profesionales del acosador y también por causas discriminatorias.

La prevención para este problema pasa por crear una normativa que persiga estas prácticas en las empresas, desarrollar un estilo democrático en la dirección, especificar las funciones y tareas de manera clara, establecer programas que contribuyan a valorar las capacidades de los empleados fomentando el trabajo en equipo y reduciendo de esta forma la competitividad entre compañeros de la

misma empresa. Se debe tomar conciencia del derecho a la dignidad en el trabajo, haciendo en todo momento una labor preventiva.

6 Bibliografía

1. <https://protecciondatos-lopd.com/empresas/mobbing-laboral/>.
2. <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/psicologia/acoso-laboral-que-es.html>.
3. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psicologicas/mobbing.html>.
4. <https://www.laboralix.com/acoso-laboral/>.

Capítulo 575

EL TRABAJO EN EQUIPO

NURIA CASTAÑO ÁLVAREZ

FÁTIMA FERNÁNDEZ YÁÑEZ

1 Introducción

Un equipo de trabajo es un grupo de personas que poseen habilidades complementarias, que se relacionan entre sí para que a partir de unas normas, conseguir unos objetivos comunes, y de esta forma obtener un beneficio para el equipo en su conjunto.

Para trabajar en equipo es necesario no pensar en el beneficio propio sino en el de todos, creer y confiar en el resto de compañeros y comunicarse y relacionarse de forma adecuada, fluida y sin reservas. Un equipo de trabajo ha de cumplir con el objetivo propuesto pero también con el mínimo tiempo y recursos disponibles. La diferencia entre grupo de trabajo y equipo de trabajo radica fundamentalmente en el objetivo final. El equipo de trabajo es un conjunto de personas que mediante esfuerzos individuales alcanzan un beneficio común, mientras que el grupo de trabajo comparte información y mantiene una relación para beneficio individual.

Hoy en días todas las organizaciones modernas aspiran a la forma de funcionamiento que representa el trabajo en equipo.

Tener los mejores recursos humanos y que estos persigan objetivos comunes mediante el trabajo coordinado del conjunto de sus miembros, son las mejores garantías del éxito de una organización. Para ello las empresas deben fomentar el espíritu de colaboración y la identificación con los objetivos que se persiguen.

2 Objetivos

- Determinar cuáles son las ventajas que se pueden obtener trabajando en equipo.
- Concretar las claves para que el equipo sea eficaz.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 trabajo en equipo aporta beneficios en muchos aspectos e introduce valores de solidaridad, apoyo mutuo, cooperación, confianza, consenso... posibilitando relaciones sociales coordinadas y estables. Rompe con rigideces y posibilita interacciones sociales estables y coordinadas desde el propio interés del individuo.

Lograr trabajar en equipo conlleva compartir metas e intereses, lo que crea una unión que disminuye los conflictos, y si surgen, se resuelven de manera positiva. Una buena comunicación es fundamental, además cada miembro participa en las decisiones a tomar.

Las ventajas serían:

- Se obtienen mejores resultados laborales.
- Se dan soluciones más creativas y mejores.
- Se incentiva la productividad.
- Se aprende de los demás integrantes.
- Se mejoran las relaciones sociales.
- Se realizan trabajos que una persona sola no podría llevar a cabo.
- Se mejora la empatía, la asertividad, la escucha activa y el respeto.
- Los miembros se sienten más relevantes, aumenta su motivación y se sienten más seguros.

Para que un equipo de trabajo sea eficaz se han de tener en cuenta las siguientes claves:

- Los objetivos deben ser claros, reales, bien determinados, medibles y ambiciosos. Han de ser específicos, detallados, concretos y delimitados en el tiempo.

- Los miembros deben ser heterogéneos (variedad de perfiles), que sientan pasión por lo que hacen y que haya buena relación entre las personas que lo forman. Cada uno desempeñará uno o varios roles.
- Las normas deben ser conocidas y aceptadas por todos los miembros y además deben estar claras.
- Las relaciones han de ser correctas y fluidas. En la mayoría de las ocasiones, son necesarias unas relaciones fuera de la empresa para que el equipo funcione.
- Es necesario que exista una comunicación fluida que permita el feedback de manera rápida, respetuosa y sincera. Ha de ser habitual la sinergia positiva.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo en equipo aporta una visión global tomada desde distintos puntos de vista, así como el aprovechamiento del talento colectivo que cada persona produce en su interacción con los demás. Permite resolver problemas que un individuo por sí mismo difícilmente lograría.

Es necesaria la intervención coordinada de todos sus miembros, todos se necesitan para poder actuar. Cuando está bien estructurado influye positivamente en sus componentes mediante el apoyo mutuo, el intercambio de conocimientos, el compañerismo y el alcance de objetivos significativos.

El hecho de que varias personas persigan un objetivo común aumenta el número de ideas, perspectivas y conocimientos; de esta forma las contribuciones resultarán más adecuadas. En este objetivo dependen unos de otros y cada uno aplica los conocimientos y habilidades de los demás.

El sentido de pertenencia, la solidaridad y la cohesión son factores importantes para el éxito del equipo.

6 Bibliografía

- 1.<https://economipedia.com/definiciones/trabajo-en-equipo.html>.
- 2.<https://questionpro.com/blog/es/trabajar-en-equipo/>.
- 3.<https://recursos-humanos.infojobs.net/importancia-trabajo-en-equipo>.

Capítulo 576

EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

JAVIER GONZÁLEZ VAZQUEZ

1 Introducción

Los equipos de protección individual o EPIs son los elementos que se utilizan para proteger al profesional de los riesgos derivados de su trabajo que puedan dañar su integridad física. En el medio hospitalario son fundamentales para evitar el contacto con fluidos contaminados provenientes de los pacientes y/o agentes químicos utilizados en el desempeño de las actividades diarias.

Dada la situación actual de pandemia por SARS-COV2 los equipos de protección individual cobran gran protagonismo siendo una medida fundamental para evitar el contagio y propagación de la enfermedad. Es por ello que a día de hoy están presentes en todos los ámbitos sanitarios. Antes de esto lo más utilizado eran los guantes, pero a día de hoy las mascarillas cobran gran importancia convirtiéndose en algo imprescindible para la vida diaria. Además, sobre todo en los hospitales, también se usan diariamente las batas y monos impermeables así como las calzas, gafas, pantallas de protección facial, etc.

Por todo ello las barreras más eficaces en seguridad en el ámbito sanitario son los equipos de protección individual, siempre y cuando se escojan adecuadamente en función de la tarea a realizar y se usen de forma adecuada. Para ello es necesario seguir las normas y protocolos de utilización dependiendo de la naturaleza del riesgo y de las características del trabajo que se tiene que desempeñar.

2 Objetivos

Exponer la importancia del uso de los equipos de protección individual.
Describir los componentes y características de los equipos de protección individual utilizados en el ambiente hospitalario.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se han consultado páginas web y revistas relacionadas con el tema a través del buscador de internet Google académico y bases científicas como PubMed, Medline o Scielo entre otras. Además se han consultado recursos de apoyo a profesionales de la salud en la biblioteca virtual de Astursalud.

4 Resultados

Los equipos de protección individual son muy importantes en todas las profesiones para minimizar los riesgos físicos, pero cobran gran importancia en la sanitaria sobre todo debido a la actual crisis por SARS-COV2.

Los equipos de protección individual tienen que cumplir unos requisitos en función del riesgo derivado de la actividad desarrollada. En el ámbito sanitario evitan la contaminación cruzada entre el paciente y el trabajador, de modo que protegen a ambos a la vez.

Los equipos de protección individual se componen de:

- Guantes: Deben ser de un solo uso y cambiarse cada vez que estén manchados o cuando se cambie de paciente. Tras retirarlos es necesario realizar una correcta higiene de manos.
- Mascarillas: Sirven para la protección respiratoria. Se usan diferentes mascarillas en función del riesgo inherente a cada actividad: mascarilla quirúrgica, FFP2, FFP3, etc.
- Pantallas faciales o gafas: Sirven para la protección ocular para evitar salpicaduras de fluidos.
- Batas o monos impermeables: Sirven para evitar que el cuerpo entre en contacto con fluidos corporales de un paciente infectado. Son de un único uso.
- Calzas.

Los equipos de protección individual deben cumplir una serie de requisitos en base a lo establecido en el Real Decreto 1407/1992. Deben estar homologados por la Unión Europea con el marcado CE de manera que garantiza las condiciones

de un estado óptimo y eficaz para su uso. Además cada equipo debe contener las instrucciones de uso.

Los equipos de protección individual pueden clasificarse en varias categorías:

- Categoría I: Son los que protegen frente a pequeños riesgos. Pertenecen a esta categoría los guantes de limpieza, batas, etc.
- Categoría II: Son los que protegen frente a riesgos intermedios. Pertenecen a esta categoría algún tipo de calzado.
- Categoría III: Son los que protegen frente a riesgos importantes. Pertenecen a esta categoría los equipos de protección individual que usamos contra la pandemia por SARS-COV2.

5 Discusión-Conclusión

Los equipos de protección individual forman una barrera importante para prevenir los riesgos laborales, sobre todo en materia de sanidad debido al contacto diario de sus trabajadores con fluidos contaminados y/o agentes químicos. Actualmente han cobrado aún mayor importancia debido a la pandemia por SARS-COV2.

Es necesario que todos los profesionales sanitarios conozcan los componentes de los equipos de protección individual y sepan seleccionarlos de manera correcta en función de la tarea que vayan a realizar. Para ello es muy importante la formación de todos los trabajadores sanitarios.

Los equipos de protección individual tienen que cumplir unos requisitos para garantizar las condiciones de un estado óptimo y eficaz para su uso.

6 Bibliografía

- <https://www.acprevencion.com/equipos-de-proteccion-individual-y-los-protocolos-sanitarios-de-actuacion/>
<https://blog.anade.com/que-son-los-epis-y-productos-sanitarios/>
<https://revistamedica.com/equipos-proteccion-individual-ambiente-sanitario/>

Capítulo 577

MEDIDAS DE PROTECCIÓN FRENTE AL COVID-19

PAULA MERINO GONZÁLEZ

1 Introducción

El coronavirus pertenece a una familia de virus que puede provocar enfermedad en humanos y animales. Produce enfermedades respiratorias que pueden ir desde un resfriado hasta cuadros más graves. En el 80% de los casos, la infección produce cuadros leves. La enfermedad respiratoria que provoca este virus se pasó a llamar Covid-19. A pesar de ser un virus poco conocido, la gran inversión para su investigación está provocando grandes y rápidos avances.

La covid-19 se propaga de las personas contagiadas a las sanas a través de gotas respiratorias al hablar o estornudar y también por medio de secreciones que contaminan las manos y éstas a su vez lo hacen con las superficies que tocamos. También se puede encontrar en la sangre y residuos fecales. Es poco probable que el contagio a través de gotas se produzca a distancias superiores a los 2 metros. Desde que se produce el contagio hasta que se tienen los primeros síntomas pueden pasar unos días.

Hay factores de riesgo que se deben tener en cuenta:

- Tener más de 60 años.
- Patologías previas
- Enfermedad hipertensiva, enfermedades pulmonares y cardiovasculares, diabetes...
- Personas mayores que viven en residencias, muy golpeadas por la pandemia.
- Personas ingresadas con cuadros respiratorios agudos.

2 Objetivos

- Distinguir bien la efectividad de las medidas de protección individual y protección colectiva.
- Hacer espacios idóneos para proteger a la población.
- Cuáles podrían ser medidas poblacionales.

3 Metodología

Se ha realizado una busca sistemática consultando artículos en internet seleccionando informaciones oficiales y artículos relacionados con el tema que estamos estudiando del que tanto se ha escrito desde el inicio de la pandemia mundial azotada en marzo de 2020.

4 Resultados

Dentro de las medidas de protección personal conocemos bien los distintos tipos de mascarilla cuyo uso será obligatorio:

- Las mascarillas higiénicas: son aquellas que se podrán comercializar sin normativa para fabricación y se destinarán a personas sin síntomas.
- Las mascarillas quirúrgicas: serán de uso médico y pueden prevenir la transmisión de un agente infeccioso desde personas infectadas a sanas.
- Las mascarillas filtrantes: incluyen un filtro de micropartículas que protegen al usuario frente a la inhalación de aerosoles y otras partículas. Pueden ser: o FFP1: no recomendable para covid-19. o FFP2: eficaz frente a virus, bacterias y esporas. o FFP3: para uso de profesionales médicos.
- Las mascarillas reutilizables: pueden lavarse y usarse posteriormente.
- Las mascarillas no reutilizables: desechables después de su uso.

Una vez conocidos los distintos tipos de mascarillas es necesario conocer que su eficacia depende del ajuste de la mascarilla a la cara. A mayor ajuste, mayor reducción de emisión y exposición.

Otra de las medidas preventivas que tendremos que aplicar será la distancia entre personas para minimizar la exposición de contacto.

Hay que tener en cuenta que la emisión de aerosoles dependerá también de la actitud que tengan las personas. Hablar o toser aumentará el riesgo frente a permanecer en silencio, guardar silencio en el transporte público o en sitios cerrados es una forma de reducir el riesgo.

Si tienes puesta la mascarilla podrá toser sobre ella y colocarse una limpia a la mayor brevedad posible y lavarse las manos. Si no la tiene puesta es recomendable cubrirse la boca con un pañuelo. En ambos casos lavarse las manos inmediatamente con agua y jabón o en su defecto con desinfectante que contenga 60% de alcohol.

El lavado de manos con agua y jabón es una medida muy eficaz. Es muy importante la duración de la fricción.

Limpiar superficies con alto contacto como teléfonos, llaves de luz.

Evitar tocarse la nariz y la boca con las manos para prevenir la transmisión.

Recibir la vacuna covid-19 es un método para protegernos y proteger a los demás.

Las medidas de espacio que tomaremos para proteger a la población:

- Extremar la desinfección y limpieza en los espacios donde hay enfermos de covid-19, tanto en el entorno hospitalario como domiciliario.

El uso adecuado de elementos de protección, los controles y medidas organizativas de personas, las políticas de desinfección y limpieza son importantes medidas preventivas, así como la utilización de equipos de protección individual (EPI) que deberán ser acordes y proporcionales al riesgo.

Reforzar las medidas de higiene personal en todos los ámbitos de trabajo.

- Ventilación natural o mecánica: parece evidente que el aire circulando en ausencia de filtros en una estancia con personas con infección y sin mascarilla implica un riesgo sobre las distintas personas presentes, tengan o no distancia entre ellas. Es, por tanto, necesario aumentar la ventilación, es decir, renovar el aire interior con aire limpio. Una forma de comprobar la renovación del aire es utilizando la tasa de ventilación por hora. La ventilación será por medios naturales mediante apertura de espacios o por medios artificiales mediante extracción forzada.
- Organización de espacios: reducir aforos separando asientos, usando mamparas, para garantizar la distancia interpersonal. También se han publicado estudios donde el cierre por sectores ha dado buenos resultados. Se ha analizado que los confinamientos domiciliarios, prohibición de reuniones entre personas, eventos públicos, cierre de lugares de trabajo, escuelas, reduce significativamente el contagio.

5 Discusión-Conclusión

Ninguna medida de protección es totalmente eficaz, por tanto, será importante combinar varias a la vez tanto a nivel individual como colectivo.

Tras la aplicación de medidas de desinfección el material genético del virus se detecta en pocas ocasiones, es decir que las medidas de limpieza resultan eficaces.

La exposición a aerosoles infectivos depende del tiempo y concentración y la ventilación reduce la concentración de partículas produciendo el efecto dilución. El uso de mascarilla, al filtrar el aire inhalado, reduce la exposición al virus, así como la emisión de aerosoles al toser, respirar o estornudar. El tipo de mascarilla y su ajuste reducen la emisión de virus.

6 Bibliografía

- 1-<https://www.juntandalucia.es/export/drupaljda/200320/procedimientold-coronavirusand.pdf>.
- 2-<https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/informacion-para-pacientes/enfermedad-por-coronavirus-2019-covid-19/>
- 3-<https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>

Capítulo 578

SALUD MENTAL FRENTE AL COVID-19

PAULA MERINO GONZÁLEZ

1 Introducción

- La pandemia covid-19 ha incrementado la demanda de salud mental y así hace constar en los últimos estudios de la OMS, destacando la necesidad de inversión en este servicio, cuya necesidad de hacerse visible es muy actual.
- Las medidas de Salud Pública frente al covid son necesarias, pero provocan en la sociedad estrés, ansiedad y aislamiento.
- De la pandemia está derivando una gran demanda de servicios de salud mental y se observa un aumento de síntomas como ansiedad, consumo de estupefacientes, alcohol, que pueden agravar a su vez la infección producida por el virus.
- Se estima que aquellos países que inviertan dinero en salud mental cosecharán beneficios de producción, ya que el dinero gastado en tratamientos contra la depresión genera un retorno hasta cinco veces superior al invertido.

Existe una necesidad muy urgente de investigación para abordar cómo mitigar las consecuencias sobre salud mental de los grupos vulnerables en condiciones de pandemia. Se debe actuar rápidamente para mitigar las crecientes amenazas a la salud mental.

La intervención temprana es una prioridad importante a la hora de proteger el suicidio y problemas emocionales por el aumento del desempleo y la inseguridad económica.

Es importante optimizar estrategias de cara al futuro para prevenir.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Hacer un acercamiento psicológico personalizado desde la población a los sanitarios.

Objetivos secundarios:

-Llegar a la población para gestionar de forma temprana sus necesidades.

-Identificar y evaluar cómo afecta en la población las medidas de la cuarentena (distanciamiento social, duelo, desempleo).

-Seguimiento de la soledad.

-Apoyo de la Administración.

3 Metodología

- Por parte de la Administración: o Para investigación sobre propuestas, programas, plataformas online y novedades, dedicada a la salud mental u Optimizar logística a los profesionales sanitarios y sociales. o Apoyar con recursos para asistencia en alimentos, pago de facturas y vivienda.

- Por parte de los profesionales: o Hacer un acercamiento psicológico personalizado desde los profesionales sanitarios haciendo llamadas telefónicas para acercarse a la población y así detectar señales de enfermedad mental, soledad, aislamiento. o Seguimiento con terapias confidenciales gratuitas y seguimiento de la soledad. o Monitorizar para participar activamente sobre porcentajes de personas con ansiedad, depresión, impulsos suicidas. o Dar alternativas saludables como formas de cuidar el cuerpo con ejercicios, meditación, y consejos sobre alimentación y cómo dormir bien.

4 Bibliografía

1-<https://www.portalfarma.com/profesionales/asesoramiento-salud-publica/infeccion-coronavirus-2019>

2-<https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention-html>.

3-Ministerio Sanidad- Secretaria de Estado- Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación- Información Científica- Técnica- Efectividad de las medidas preventivas para el control de la transmisión.

Capítulo 579

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

MANUELA VAZQUEZ LLANEZA

MERCEDES ALVAREZ SAL

MARÍA ANTONIA GONZÁLEZ FIDALGO

JUAN CARLOS BLANCO HUERTA

ANDREA MARQUÉS GARCÍA

1 Introducción

Los trastornos alimentarios son enfermedades graves de salud mental. Son un problema que va más allá de la comida. Son problemas serios sobre cómo se piensa sobre la comida y la conducta alimentaria. Se pueden ingerir muchos más o muchos menos alimentos de los que necesitamos.

Estos trastornos afectan a la capacidad del cuerpo para obtener una nutrición adecuada. Esto puede provocar problemas de salud tales como enfermedades renales, cardíacas o incluso la muerte. Sin embargo, hay tratamientos que pueden ayudar.

Las obsesiones con la comida y el peso pueden ser señales de un trastorno alimentario, son enfermedades médicas con una influencia biológica.

Suelen aparecer durante la adolescencia o la niñez, pero lo cierto es que pueden afectar a personas de todas las edades, independientemente del peso corporal, sexo u origen.

No se sabe su causa exacta, atienden a factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales.

Las personas que padecen trastornos de alimentación pueden parecer saludables y sin embargo estar enfermas.

Los trastornos alimentarios más comunes son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón. De estos tres la anorexia nerviosa es la que tiene una mayor tasa de mortalidad por causas médicas y por complicaciones asociadas a la inanición, si lo comparamos con los otros dos trastornos alimentarios cuya mayor causa de muerte es el suicidio.

En este capítulo desglosaremos estos y otros trastornos alimentarios menos conocidos.

2 Objetivos

- Conocer qué son los trastornos de alimentación.
- Analizar en profundidad cuáles son los tres tipos de trastornos de alimentación más comunes y que síntomas presentan cada uno de ellos.
- Exponer brevemente otros tipos de trastornos alimentarios menos comunes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los trastornos de alimentación o trastornos de la conducta alimentaria son afecciones graves, que engloban varias enfermedades crónicas y progresivas, se manifiestan a través de la alteración o distorsión de la auto-imagen corporal y la relación de quienes los padecen con la comida, el miedo a subir de peso en unos casos, o la ingesta excesiva de alimentos en otros casos.

Los trastornos en la conducta alimentaria se hacen más frecuentes en los últimos 30 años, sobre todo entre los adolescentes.

Varios estudios indican que entre el 1% y 2% de las mujeres padecen anorexia nerviosa, y entre el 1% y 3% padecen bulimia nerviosa, que son los trastornos

más comunes unidos al trastorno por atracón. Es mucho mayor el porcentaje de mujeres que lo sufre que el de hombres, en una proporción de 10 a 1.

Generalmente estos trastornos aparecen entre los 14 y 20 años, aunque pueden aparecer a cualquier edad.

A continuación vamos a detallarlos:

1. ANOREXIA

La anorexia o anorexia nerviosa es un trastorno de alimentación que consiste en el rechazo a los alimentos para mantener un peso bajo.

Provoca una delgadez extrema, insomnio, fatiga, baja densidad ósea, anemia, pérdida muscular y debilidad, cabello y uñas frágiles, crecimiento de vello fino por todo el cuerpo, estreñimiento, presión arterial baja, sensación de frío, debilidad y mareo, cansancio, infertilidad, en el caso de las mujeres desaparición de la menstruación, daño cerebral y en casos extremos incluso la muerte.

2. BULIMIA

La bulimia o bulimia nerviosa se caracteriza porque la persona que lo sufre alterna episodios de atracones para seguidamente provocarse purgas. Sienten deseos compulsivos de comer en exceso para evitar engordar se provocan vómitos o utilizan laxantes.

Provoca inflamación y dolor de garganta crónico, caries y dientes desgastados causados por los ácidos del estómago cada vez que vomitan, reflujo gastroesofágico, deshidratación grave, y un desequilibrio en los niveles de calcio, sodio, potasio y otros minerales que pueden desencadenar un derrame cerebral o un ataque cardíaco.

3. ATRACONES

Este trastorno se caracteriza por tener un apetito desenfrenado, comer sin tener hambre, quienes lo padecen manifiestan un sentimiento de culpa y baja autoestima. Suelen comer en secreto para evitar la vergüenza.

Genera grandes problemas de salud sobre todo cardiovasculares y metabólicos.

4. RUMIACIÓN

Es un trastorno muy infrecuente se caracteriza por la regurgitación de los alimentos tras ingerirlos, para luego volverlos a masticar e ingerirlos de nuevo o escupirlos.

Puede afectar a niños o a adultos se debe a factores psicológicos del sistema gástrico, y también a factores psicológicos.

Genera daños en la pared esofagagástrica, pérdida de peso y desnutrición.

5. CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADA

Este trastorno se manifiesta de manera especial, el paciente suele tener síntomas de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Se deben a la preocupación por la apari-

encia estética y el peso corporal. En ocasiones también manifiesta episodios de atracones pero de forma irregular.

6. ORTOREXIA

Quienes padecen este trastorno se obsesionan con la dieta controlando todos los componentes de los alimentos que consumen.

7. VIGOREXIA

Este trastorno está más asociado a los hombres, se caracteriza porque quieren lucir un físico musculado. Llegan a consumir suplementos alimenticios proteicos que pueden llegar a ser peligrosos.

8. POTOMANÍA

Es el consumo excesivo de agua para conseguir sensación de saciedad y evitar comer.

9. PICA

Suele darse en niños, se caracteriza por el deseo de consumir sustancias que no son alimentos, por ejemplo tiza, tierra, papel etc.

10. PERMANEXIA

Quienes sufren este trastorno creen que todo lo que comen engorda, esto les lleva a probar todo tipo de dietas.

11. PREGOREXIA

Se da en mujeres embarazadas debido a su preocupación por el aumento de peso, evitan comer y hacer ejercicio excesivo poniendo en riesgo su salud y la del bebé.

12. DRUNKOREXIA

Trastorno asociado a los jóvenes que para compensar el efecto calórico del alcohol que ingieren dejan de comer.

TRATAMIENTOS:

Los tratamientos para tratar trastornos alimentarios deben ser personalizados. Son multidisciplinarios en ellos deben estar implicados diferentes profesionales, tales como médicos, nutricionistas, enfermeras o terapeutas.

Los tratamientos suelen constar de :

Psicoterapia individual, grupal y familiar, la terapia individual va encaminada a identificar y cambiar pensamientos negativos, también ayuda a cambiar hábitos de comportamiento.

Atención médica que atiende las complicaciones que puedan derivarse de estos trastornos.

Asesoramiento nutricional, ayudan a comer de manera saludable.

Medicamentos, se tratan con antidepresivos, antipsicóticos o estabilizadores del estado de ánimo.

Los casos más graves pueden requerir hospitalización.

5 Discusión-Conclusión

Dada la gravedad que supone el padecer un trastorno alimentario ya que son desviaciones graves en los hábitos de alimentación, que suelen centrar toda la sintomatología en la apariencia física y el peso corporal, deben ser tratados de manera correcta en cada caso para poder prevenir daños que lleguen a ser irreversibles para la salud.

Es por ello que en los tratamientos se implican varios profesionales médicos de diferentes especialidades, ya que estas enfermedades afectan varios niveles del individuo, no sólo físico sino también psíquicos, también resulta muy conveniente la participación familiar del paciente para que pueda tener una correcta recuperación.

Son tratamientos largos pero si se adecuan al paciente muy efectivos.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 580

EQUIPO Y PROTOCOLO PARA ENTRAR EN LA HABITACION DE UN PACIENTE COVID-19

BEATRIZ MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

AIDA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Las medidas de protección de los trabajadores en caso de COVID-19 se establecen en función de la actividad laboral realizada en base a la evidencia disponible y con lo determinado en los protocolos oficiales que se actualizan de manera continua.

El virus SARS-CoV-2 se transmite de persona a persona por vía respiratoria a través de las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones de personas infectadas. La transmisión aérea por núcleo de gotitas o aerosoles no ha sido demostrada. Sin embargo, se cree que esta podría ocurrir durante la realización de procedimientos asistenciales sobre la vía aérea que generen aerosoles.

Por todo ello, al entrar en una habitación de un paciente infectado por el virus SARS-CoV-2 hay que seguir una serie de pasos para evitar su transmisión, ya seas TCAE y tengas que asistir a un paciente en el aseo, TSID y el paciente necesite realizar una radiografía, etc.

A continuación, vamos a detallar que equipo se necesita y que protocolo hay que seguir para entrar en una habitación de un paciente aislado por el virus antes

comentado, con el objetivo así de evitar la diseminación de este y el colapso hospitalario.

2 Objetivos

- Describir el uso del equipo de protección para prevenir la transmisión del virus SARS-CoV-2 y evitar así que se produzca el fallecimiento de pacientes y el colapso hospitalario, el cual provocaría que no todo el que lo necesite pueda ser atendido.
- Dar a conocer cual es el correcto protocolo para vestirse ante un paciente COVID-19.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han empleado como descriptores básicos la palabra clave “COVID-19”. Se ha realizado además una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Medidas generales:

- Ropa y calzado de uso hospitalario.
- Higiene de manos antes y después de atender al paciente y de la utilización de Equipos de Protección Individual (EPI).
- Retirada de objetos (anillos, pulseras, otros)
- Heridas cubiertas.
- Uñas y barba recortadas.
- Dispositivos de bioseguridad en objetos cortantes y punzantes. No reencapsular
- Eliminación adecuada de residuos.
- Cortantes y punzantes: contenedor amarillo: (clase III).
- Residuos sanitarios: Clase III (residuos biosanitarios).

Medidas de protección específica. EPIS:

- Para la atención sanitaria son necesarias precauciones adicionales para proteger y prevenir la transmisión del virus en el entorno sanitario.

- Los profesionales sanitarios aplicarán en la atención a estos pacientes, las precauciones estándar y las precauciones específicas indicadas que incluyen los equipos de protección individual.
- El número de profesionales que accedan a la habitación de aislamiento del paciente será el mínimo imprescindible para la atención y cuidado del paciente. Es recomendable la agrupación de actividades para reducir al mínimo el número de veces que se entra en la habitación.
- La protección individual será apropiada y proporcional al riesgo de la actividad laboral o profesional, que se desarrolla.
- Los equipos de protección individual se utilizarán siguiendo los protocolos de colocación, retirada, desinfección y eliminación de EPIs.
- En las plantas de cohortes de aislamiento se considera toda la planta área de contención, utilizando el mismo EPI, cambiando el guante entre cada paciente, excepto en los casos de contaminación o rotura de EPIS, en cuyo caso se cambiará el equipo completo inmediatamente.
- Realizar higiene de manos antes y después según precauciones estándar.
- Todos los trabajadores del hospital pueden utilizar como protección inversa mascarilla quirúrgica.

Protocolo en la colocación y retirada de equipos de protección personal:

BATA

- Colóquese la bata indicada antes de entrar en la habitación.
- En caso de que se prevea que se van a generar grandes cantidades de secreciones o fluidos se podrá utilizar una bata impermeable.
- Retírese la bata dentro de la habitación y eliminarla en un contenedor de residuos de residuos de clase III.

PROTECCIÓN RESPIRATORIA

- Utilice en la atención del paciente una protección respiratoria que este determinada en el procedimiento. La mascarilla quirúrgica o la FFP2 se colocará antes de entrar en la habitación.
- Compruebe que está bien ajustado y que no sale aire por las zonas laterales.
- En caso de que se vayan a generar aerosoles se podrá utilizar una protección respiratoria FFP2 o preferiblemente FFP3.
- Retírese la protección respiratoria fuera de la habitación y deséchela en un contenedor de residuos.
- Realice una adecuada higiene de manos

PROTECCIÓN OCULAR

- Antes de entrar en la habitación colóquese gafas de protección con montura integral o gafas anti-salpicadura según este protocolizado.
- En caso de que se vayan a generar aerosoles podrá utilizar un protector facial completo.
- Quítese la protección ocular antes de abandonar la habitación.

GUANTES

- Después de realizar la higiene de manos colóquese unos guantes limpios; no necesitan ser estériles si la técnica no lo requiere.
- Cámbiese de guantes si se rompen o están visiblemente sucios.
- Deseche los guantes antes de abandonar la habitación en un contenedor de residuos.
- Realice inmediatamente una adecuada higiene de manos.

5 Discusión-Conclusión

La transmisión del SARS-CoV-2 se produce mediante pequeñas gotas que se emiten al hablar, estornudar, toser o espirar, que al ser despedidas por un portador pasan directamente a otra persona mediante la inhalación, o quedan sobre los objetos y superficies que rodean al emisor, y luego, a través de las manos, que lo recogen del ambiente contaminado, toman contacto con las membranas mucosas orales, nasales y oculares, al tocarse la boca, la nariz o los ojos.

Por ello, hay que tener un cuidado excesivo y seguir el protocolo mencionado para entrar en la habitación de un paciente aislado por COVID-19. De esta manera se va a evitar que los casos de este virus tan contagioso sigan subiendo y provocando muertes.

6 Bibliografía

- 1.<https://oiss.org/wp-content/uploads/2020/05/EPIS-ESCENARIO.16.03.2020.-COVID-19.pdf>
- 2.<https://es.wikipedia.org/wiki/COVID-19>

Capítulo 581

EL TRATO AL PACIENTE POR PARTE DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

BEATRIZ MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

AIDA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

En algún momento de la vida a todos nos ha tocado tener contacto con un profesional de la salud. Y en muchos de esos casos hemos sido incluso el paciente. Este contacto siempre genera un poco de incertidumbre y hasta temor. Porque todo aquello que tenga que ver con la salud puede llegar a ser preocupante en mayor o menor medida.

No obstante, existe algo fundamental que ayuda a minimizar los temores y a sentirnos más confiados al visitar a un profesional de la salud. Y tiene que ver con el trato que reciben los pacientes.

Por definición paciente es cualquier persona que acuda a la consulta de un profesional de la salud, ya esté sano o enfermo.

La atención al paciente se refiere a la prevención, tratamiento y manejo de enfermedades y la preservación del bienestar físico y mental a través de los servicios ofrecidos por profesionales de la salud. La atención al paciente consiste en servicios prestados por profesionales de la salud para el beneficio de los pacientes.

Una buena experiencia profesional-paciente es clave para el éxito de la asistencia médica. Aunque muchos no lo crean, la experiencia que tiene el paciente durante

el primer contacto y los encuentros posteriores con el profesional de la salud tienen una influencia en su evolución y en la mejoría que pueden tener.

Por ello, es vital que el paciente reciba la atención adecuada desde el primer momento que ocurre la interacción.

2 Objetivos

- Dar a conocer a los demás profesionales de la salud la importancia de tratar a los pacientes de manera empática.
- Conocer cuales son algunos de los puntos para dar un buen trato a los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han empleado como descriptores básicos la palabra clave “trato al paciente”. Se ha realizado además una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El primer contacto:

En cualquier interacción humana la empatía es fundamental para que se dé una relación armoniosa entre dos personas. Y cuando se trata de pacientes esta condición es aún más importante.

Cuando los pacientes perciben que el profesional de la salud está interesado en comprender sus sentimientos y emociones, más allá de su problema en concreto, pueden crear una conexión que les permitirá sentirse más a gusto.

Teniendo en cuenta esto, se entiende la importancia que tiene el primer contacto con el paciente. Este puede darse de diferentes formas, ya sea cuando el paciente necesita que le digan donde está un lugar, cuando necesita hacer una radiografía, cuando necesita que le hagan el aseo en la más estrecha intimidad... Todos estos puntos de contacto deben cuidarse siempre para que el paciente se sienta bien atendido incluso si solo busca información.

El trato adecuado con el paciente:

Si en el primer contacto el paciente siente que es escuchado, comprendido y bien atendido, el profesional de la salud ya habrá ganado mucho. La conexión y la confianza que se genere en esta relación serán vitales para que ambas personas puedan tener una comunicación abierta.

Uno de los aspectos fundamentales para que el trato con el paciente sea el adecuado tiene que ver con la capacidad que tenga el profesional de la salud de mostrarse receptivo y sincero. Es esencial que el paciente perciba que el profesional sanitario le habla con la verdad.

Para ello, la gestualidad y lenguaje corporal es fundamental. Es importante mirar siempre a los ojos, colocar las manos en una posición visible y no cruzar los brazos. Estas acciones, aunque parecen detalles mínimos e imperceptibles, son captadas por el paciente incluso aunque no lo note de forma consciente.

El lenguaje corporal junto a la correcta elección de palabras hará que el paciente se sienta bien atendido por el profesional de la salud que ha elegido para cuidar de él. Por otro lado, hay que tener en cuenta que estas habilidades no solo deben ponerse en práctica con el paciente sino también con sus familiares.

La importancia de la relación:

Una relación negativa entre ambas partes no solo podría conducir a errores, sino que al mismo tiempo podría conducir a una retracción por parte del paciente o la negativa de este a recibir asistencia médica en un futuro.

Para lograr resultados ideales es necesario el respeto, la afectividad, el trato humanizado, el contacto visual y una serie de habilidades que permitan al especialista cumplir con las necesidades médicas de la persona y su familia.

Reglas básicas para mejorar la relación con el paciente

- Interésate por los problemas o asuntos que tus pacientes quieran comunicarte.
- Cuida que tu expresión facial siempre ofrezca una sonrisa natural.
- Recuerda el nombre de tu paciente y pronúncialo cada vez que te dirijas a él o ella.
- Escucha con respeto, sin interrumpir al paciente.
- No pierdas el tacto humano, utiliza la atención humana o empática.
- Respetar la confidencialidad.
- Es de vital importancia que les brindes respuestas concretas y directas a todas sus interrogantes.

- Cuando te equivoques, admítelo con humildad.

5 Discusión-Conclusión

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. Es de gran importancia que los pacientes reciban un trato empático y agradable cada vez que reciban atención por parte de los profesionales de la salud.

En el presente capítulo se ha hablado de lo importante que es prestar una buena atención sanitaria al paciente tanto para Técnicos Auxiliares de Enfermería, para Técnicos en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear como para cualquier otro sanitario, además de alguna medida a la hora de mejorar la relación con el paciente.

6 Bibliografía

- 1.<https://neumedic.mx/experiencia-paciente-la-importancia-2/>.
- 2.<https://www.saludiario.com/10-claves-basicas-para-mejorar-el-trato-con-tus-pacientes/>.
- 3.<https://clinic-cloud.com/blog/atencion-al-paciente-definicion/>.

Capítulo 582

EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO CON ATENCIÓN A LOS PSICOSOCIALES

ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA

AARÓN RODRÍGUEZ FOLGUERAS

ADRIÁN GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SERGIO CUERIA GUTIÉRREZ

1 Introducción

Los trabajadores que prestan sus servicios en el sector sanitario independientemente de su categoría profesional, funciones, tipo o lugar de trabajo y ya sea en hospitales o centros de salud, siempre están expuestos a diferentes riesgos laborales que se encontraran presentes, en mayor o menor grado en el entorno de trabajo.

Se denomina riesgo laboral a la posibilidad de que los trabajadores expuestos sufran cualquier tipo de daño en su salud, seguridad o bienestar derivado de su trabajo. Estos riesgos se deben valorar, cuantificar y calificar desde el punto de vista de su gravedad, donde se tiene en cuenta conjuntamente la probabilidad de que ocurra y las consecuencias de los mismos. De esta manera se establecen los diferentes niveles de riesgo (trivial, aceptable, moderado o intolerable según

el método del INSST) que determinan la prioridad de actuación preventiva para tratar de reducirlos y si es posible eliminarlos por completo.

Comúnmente se suele tender a tener más en cuenta los riesgos laborales de origen ambiental o físico, ya que presentan una mayor facilidad para su detección y cuantificación y el posible daño es más evidente dejando un poco olvidados los de origen psicosocial.

Sin embargo, en la actualidad existe un cambio de tendencia que se traduce en un crecimiento importante en los daños sufridos por los profesionales sanitarios y que ha evidenciado y agravado la situación de pandemia de COVID-19 que estamos sufriendo. Estos derivan de la exposición a diferentes factores de riesgo psicosocial presentes en el trabajo que están relacionados con el contenido y la organización del trabajo, además de las tareas y de las relaciones sociales.

2 Objetivos

- Definir y conocer qué se entiende por riesgo laboral, condición de trabajo, evaluación de riesgo y otros conceptos relacionados con la prevención de riesgos.
- Conocer qué son los riesgos psicosociales, y su origen en la exposición a factores de riesgo psicosocial.
- Informar sobre las consecuencias que provocan y sufren más habitualmente los trabajadores del ámbito sanitario y lograr una protección más eficaz.

3 Metodología

Para realizar el siguiente trabajo, primero se ha llevado a cabo una revisión e investigación bibliográfica de diferentes documentos y artículos científicos relacionados con la prevención de riesgos, concretamente los psicosociales. También se han consultado bases de datos como SciELO, la normativa vigente en prevención y webs oficiales como la del INSST. Finalmente, se han resumido las principales ideas relacionadas con los riesgos psicosociales así como las principales consecuencias para el personal de los centros sanitarios.

4 Resultados

La palabra psicosocial engloba tanto a aquellas condiciones del trabajo que tienen un origen psicológico, como las derivadas de las expectativas, la motivación o

la inseguridad contractual; así como las que tienen un origen social, donde se incluyen todas las relaciones que puedan darse en el ambiente de trabajo. Si hablamos de riesgo psicosocial estamos incluyendo aquellas condiciones que pueden lograr afectar a la salud del trabajador negativamente y se debe tener en cuenta la gran diversidad de factores psicosociales que existen y los originan.

Se entiende como condición de trabajo, desde el punto de vista de la prevención, cualquier característica de este que puede influir de manera significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores, por tanto están incluidos en la prevención.

En el presente trabajo nos centraremos en la exposición a los riesgos psicosociales y sus consecuencias en el ámbito sanitario y la importancia de que las evaluaciones de riesgos los contemplen. A partir de ahí se deben establecer medidas preventivas acordes a las necesidades o carencias detentadas en cada puesto, categoría profesional o lugar de trabajo.

Los daños que se puedan producir de origen psicosocial, además de ser preocupantes para los propios trabajadores porque pueden afectar a su salud laboral e incluso a la vida personal, deben ser un motivo de preocupación también para la administración y los responsables ya que su presencia repercutirá negativamente en el ambiente y el clima de trabajo, este se puede deteriorar y llegar a ser hostil. La principal consecuencia será la merma de la calidad asistencial a los pacientes y las relaciones, entre compañeros, superiores, familiares y el resto de personas del ambiente sanitario.

Entonces es importante conocer a tiempo que y cuáles son las diversas y diferentes situaciones presentes en el trabajo que los originan y para así poder instaurar medidas preventivas acordes y conseguir una mejora en las condiciones de trabajo para que los profesionales sanitarios tengan una mayor protección.

Las evaluaciones de riesgos psicosociales deben ser diferentes según el puesto, las tareas o el tipo de trabajo dentro de los centros sanitarios. Evidentemente los posibles factores psicosociales de un administrativo que puedan llegar a ocasionar un daño psicosocial, serán notablemente diferentes a los de un cardiólogo.

Los riesgos psicosociales pueden tener un origen diverso y es necesario tener en cuenta esa diversidad a la hora de realizar las evaluaciones de riesgo. Los factores de riesgo psicosociales tienen una relación directa con los factores tanto organizativos como individuales. Por ello es importante integrar la perspectiva

de género, ya que los factores individuales son importantes a la hora valorar el riesgo y debe ser tenido en cuenta.

Podemos clasificar los factores de riesgo dentro de su diversidad en las diferentes condiciones de trabajo que pueden repercutir negativamente relacionadas con: el tiempo, la carga, el tipo y el ritmo de trabajo o las tareas, la participación, las relaciones personales, la responsabilidad, las expectativas o el desarrollo personal entre otras.

Por ejemplo, el estrés laboral es la consecuencia más común de la exposición a condiciones psicosociales perjudiciales en el entorno de trabajo, todos los trabajadores pueden verse afectados por este problema y tiene consecuencias físicas y mentales. Puede producir nerviosismo, irritabilidad, falta de autoestima, ansiedad, fatiga física y mental y por consiguiente perjudicar el desarrollo óptimo del trabajo y llegar a afectar tanto a la persona como al resto de compañeros.

Entre otras consecuencias encontramos la violencia laboral, que puede ser tanto física (agresiones) o psicológica (mobbing) por parte de pacientes, superiores o compañeros.

También destaca entre el personal sanitario como consecuencia de la exposición a los factores de riesgo psicosocial el síndrome del burnout, traducido en una falta de motivación y el conflicto familia-trabajo llegando a afectar a la vida personal.

5 Discusión-Conclusión

La protección de los trabajadores y la prevención frente a los riesgos presentes en el trabajo es un derecho que tienen todos los trabajadores establecido por la normativa vigente en prevención de riesgos, Ley 31/1995 que establece su obligatoriedad. En ella se establecen los principios de acción preventiva que se deben seguir para lograr una protección eficaz. Su finalidad es eliminar o minimizar las situaciones relacionadas con el trabajo que pueden llegar a originar daños en la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y por tanto mermar su calidad de vida tanto personal como profesional.

Existen diferentes tipos de riesgos pero en el ambiente sanitario está en crecimiento los daños ocasionados por los riesgos psicosociales. Por tanto es sumamente importante que no sean olvidados a la hora de evaluar los puestos ya que si no son detectados a tiempo y eliminados o reducidos pueden producirán daños a corto, medio o largo plazo en la salud o bienestar de los trabajadores a nivel

físico, psíquico o social.

6 Bibliografía

1-Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

2- Moreno Jiménez B. Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. Medicina y Seguridad en el Trabajo 2011. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500002.

3-Riesgos Psicosociales www.Insst.es.

Disponible en: <https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-psicosociales>

4-OSALAN.Factores de riesgo psicosocial.2015 Disponible en: <https://www.osalan.euskadi.eus/informacion/psikopreben-factores-de-riesgo-psicosocial/s94-contpsik/es7>.

Capítulo 583

MOBBING UN RIESGO PSICOSOCIAL DE VIOLENCIA LABORAL Y SUS CONSECUENCIAS

MARIA ELISA RUESGAS BECERRIL

MARIA FERNANDA FERNANDEZ-TRESGUERRES
ALONSO

JOSE CASO GÓMEZ

MARÍA BELÉN LÓPEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Hoy en día el ámbito laboral es un lugar donde los profesionales pasan una gran cantidad de horas desempeñando diversas tareas encomendadas por sus superiores.

Ese lugar debería de ser un ámbito agradable y lo más confortable posible donde se desarrolle la vida laboral de los profesionales, pero frecuentemente ese ámbito laboral se ve alterado por diversos factores psicosociales que lo transforman en un ambiente hostil.

En los últimos años se han detectado problemas psicológicos relacionados con el acoso y la violencia laboral. Este fenómeno ha sido denominado “Mobbing” o acoso laboral. Aparece por el hostigamiento psicológico que se da en el ámbito laboral debido a conductas violentas ,dirigidas de manera sistemática por uno

o varios trabajadores contra otro , con una frecuencia de al menos una vez a la semana y durante un tiempo prolongado de más de seis meses.

Según los últimos estudios, el mobbing no es un problema puntual en el ámbito laboral sino que es un riesgo que aumenta cada vez más.

Para el psicólogo Iñaki y Zabala, uno de los especialistas más reconocidos ,el acoso laboral “consiste en el deliberado y continuo maltrato modal y verbal que recibe un trabajador, hasta entonces válido, adecuado o incluso excelente en su desempeño, por parte de uno o varios compañeros de trabajo, que buscan con ello desestabilizarlo y minarlo emocionalmente con vistas a deteriorar y hacer disminuir su capacidad laboral o empleabilidad y poder eliminarlo así más fácilmente del lugar y del trabajo que ocupa en la organización”.

En el presente capítulo se destaca la influencia de algunos factores psicosociales en la aparición del mobbing en el ámbito laboral, explicando tipos y fases de Mobbing, las diversas patologías y consecuencias tanto a nivel individual como empresarial.

2 Objetivos

Exponer el papel de los principales riesgos psicosociales en la aparición del Mobbing en el entorno laboral.

Explicar fases y tipos de Mobbing

Destacar patologías y consecuencias que produce el Mobbing

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han consultado artículos en las bases de datos: google y google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

El Mobbing o acoso laboral es un riesgo psicosocial, que ha experimentado un crecimiento notable en los últimos años.

Recientes estudios contra el Acoso Psicológico y Moral en el Trabajo, señalan que alrededor del 15% de los trabajadores en España ha sufrido acoso en el trabajo.

Hoy en día es una realidad y así lo destaca el informe emitido por EUROFOUND (2015), donde refleja que los trabajadores europeos víctimas de conductas sociales adversas (trato humillante, maltrato verbal, acoso sexual, acoso laboral) han experimentado un incremento del 33% entre los años 2005 y 2015.

En los últimos estudios realizados se observó la influencia que ejercen ciertos factores psicosociales en la aparición del Mobbing, los principales factores suelen ser:

Factores organizacionales

- Falta de coordinación entre departamentos
- Estilo de dirección inadecuado
- Falta de formación
- Falta de desarrollo profesional
- Falta de participación de los trabajadores

Factores laborales como concepción del puesto de trabajo

- Sobrecarga de trabajo
- Poca autonomía
- Exigencias emocionales
- Disfunción de rol
- Falta de apoyo social
- Bajos salarios
- Insatisfacción en el trabajo

Estos factores psicosociales que aparecen en el ámbito laboral, suelen actuar como estresores que desencadenan disputas y roces entre compañeros, subordinados y entre jefes que si perduran por largo tiempo pueden llegar a producir un riesgo laboral como el Mobbing.

La definición científica de “Mobbing”, se refiere a una interacción social a través de la cual un individuo es atacado por uno o más individuos casi diariamente y por periodos de muchos meses, llevando a la persona a una posición casi desamparada con un riesgo de expulsión potencialmente alto.

FASES Y TIPOS DEL MOBBING

En la aparición del Mobbing o acoso psicológico se distinguen las siguientes fases:

-Fase de conflicto

La existencia de problemas puntuales entre compañeros de trabajo o roces entre un jefe y sus subordinados, si no se ataja puede dar origen a un problema más

profundo si llega hacerse crónico.

-Fase Mobbing o Estigmatización.

El o los acosadores inician el proceso de hostigamiento hacia su víctima, por un tiempo prolongado mediante conductas cuya finalidad es ridiculizar y apartar socialmente a la víctima escogida.

-Fase de intervención desde la organización.

En esta etapa es cuando el problema trasciende hacia niveles superiores y se comunica a la organización para poder realizar una investigación del problema y tomar medidas pertinentes.

-Fase exclusión de la vida laboral

El trabajador decide cambiarse de trabajo y presenta la renuncia como solución al conflicto, ya que considera que la organización ha hecho poco por solucionar el problema.

Se distinguen tres tipos de Mobbing:

- M. Ascendente: Se produce cuando un profesional de nivel jerárquico superior es atacado por uno o varios trabajadores de nivel jerárquico inferior. Suele ocurrir cuando un profesional externo es contratado o un profesional de la misma organización asciende de categoría y no son aceptados por los compañeros. Se manifiesta desobedeciendo órdenes, desconociendo su autoridad y poniendo en tela de juicio su capacidad de mando.

- M. Horizontal: Se crea cuando un profesional es acosado por uno o varios compañeros que ocupan su mismo nivel jerárquico. Suele ocurrir cuando el grupo, como tal, decide rechazar por diversos motivos a otro profesional del mismo nivel jerárquico que ellos. Comúnmente en forma de burlas, desvalorizaciones o hasta maltrato físico solapado.

- M. Descendente: Se manifiesta generalmente cuando un profesional de nivel jerárquico superior actúa en contra de un profesional de nivel jerárquico inferior, o subordinado. Esta modalidad es la más habitual. Generalmente, se da como un abuso de autoridad de jefe contra subordinado y tiene por objetivo minar psicológicamente al profesional, bien por mantener su posición jerárquica o para que el profesional se retire de forma voluntaria sin que la organización incurra en costes económicos compensatorios. Se manifiesta por ejemplo descalificando su capacidad y tareas realizadas, impartiendo órdenes en forma autoritaria y desigual con respecto al resto del personal etc.

CONSECUENCIAS DEL MOBBING

Numerosas investigaciones han demostrado la importancia de los factores psicosociales como una de las causas de enfermedades que constituyen la principal causa de muerte en el mundo.

El Mobbing aparece debido a la frecuencia y larga duración de la hostilidad en las relaciones laborales. Este maltrato ocasiona un sufrimiento psicológico y social que si no se interviene a tiempo para atajarlo puede llegar a producir múltiples trastornos en la salud del profesional como pueden ser:

- Depresión
- Trastorno de ansiedad
- Trastornos de pánico
- Trastornos de somatización, migrañas, cansancio,
- Trastornos digestivos
- Trastornos dermatológicos
- Adicciones

La depresión es una de las consecuencias más graves que puede sufrir la persona acosada. La excesiva duración de la depresión puede dar lugar a situaciones más graves como el suicidio.

Este fenómeno conlleva unos comportamientos que afectan a la vida de la víctima y la de sus familiares, repercutiendo en su salud tanto física como psíquicamente. Para atajar este fenómeno es conveniente que las empresas apliquen algunas medidas como:

- Establecer unas normas de conducta internas claras, con un código ético basado en el respeto a los demás.
- Fomentar el compañerismo y el trabajo en grupo, eliminando puntos negros como la ambición malentendida.
- Realizar acciones formativas y de concienciación con los empleados de la empresa.

5 Discusión-Conclusión

El Mobbing cada vez se da más en diversos ámbitos laborales, va instalándose lentamente pero creciendo de una manera preocupante, convirtiéndose en un gran problema para todos.

El Mobbing repercute negativamente además de en el profesional también en la organización debido al aumento del ausentismo laboral, afectando a la produc-

tividad y repercutiendo también en la imagen de la empresa. Como consecuencia de todo esto se producen importantes gastos sociales y empresariales que al final nos afectan de alguna manera a todos.

Nadie está libre de que en algún momento de su vida laboral pueda sufrir Mobbing. Por todo ello es importante que las organizaciones se preocupen por la salud de sus profesionales y tomen medidas preventivas de lo contrario las consecuencias pueden ser nefastas tanto a nivel del profesional como a nivel empresarial. Con una buena gestión de Recursos humanos que aplique medidas preventivas adecuadas contando con la participación de los trabajadores y que intervenga a tiempo para atajar el Mobbing es posible crear un ámbito laboral agradable donde poder desarrollar mejor nuestro trabajo, mejorar el rendimiento de los profesionales y disminuir el ausentismo. Con la prevención se logra también algo muy importante mejorar la salud de los profesionales, con esta mejora de la salud por consiguiente se logra disminuir el elevado coste económico y personal que sufren hoy en día muchas empresas, consiguiendo por tanto importantes beneficios para todos tanto a nivel profesional como empresarial.

6 Bibliografía

1. <http://www.navarro.cl/historico/mobbing/DOCS/mobbing.pdf>
2. Moreno Jiménez, B. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2010.

Capítulo 584

EL BURNOUT O SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO, FACTOR DE RIESGO LABORAL Y SUS EFECTOS EN LA SALUD

MARIA ELISA RUESGAS BECERRIL

MARIA FERNANDA FERNANDEZ-TRESGUERRES
ALONSO

JOSE CASO GÓMEZ

MARÍA BELÉN LÓPEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

En la actualidad vivimos en una sociedad cada vez mas estresada, una sociedad que cada vez es más exigente y competitiva .Esto se ve reflejado en nuestras vidas tanto en aspectos laborales como particulares afectando a nuestra salud.

Una de las diversas consecuencias del estrés laboral es el síndrome de burnout o síndrome del trabajador quemado. El síndrome de burnout se produce en el ámbito laboral y se define como un sentimiento de agotamiento, desgaste o fatiga psíquica, producida por un sobre esfuerzo laboral que se manifiesta en severas pérdidas de energía y en un descenso de la calidad y cantidad de rendimiento. (Gil-Monte y Peiro 1997).

Se diferencia del estrés en sus mayores efectos por el agotamiento emocional, más que en el físico y en su pérdida de motivación laboral.

La OMS estableció como síntomas de este mal, el incremento en el agotamiento o debilidad, el aumento del aislamiento en el trabajo y un estado de tristeza y negatividad que en conjunto, llevan a la persona que los padece a sentirse triste, antisocial, ansiosa y a tener menos rendimiento laboral.

Actualmente se puede considerar como una patología producida por un estrés laboral que se va cronificando y al que está expuesto un trabajador de manera continuada.

En el presente capítulo se expondrán los diversos factores psicosociales que se producen en el ámbito laboral como causantes de la aparición del síndrome de burnout en los profesionales. Como afecta a su salud y las consecuencias directas que tiene para las organizaciones.

2 Objetivos

- Exponer determinados factores psicosociales que producen el desgaste del trabajador en el ámbito laboral.
- Destacar los trastornos en la salud producidos por el síndrome de burnout y sus consecuencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han consultado artículos en las bases de datos: google y google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El término burnout fue propuesto en 1974 por Freudenberger, psicólogo que trabajaba como voluntario en un centro para atención de adictos a las drogas en New York,

Donde observó ciertos comportamientos anómalos en los profesionales que allí trabajaban. Lo definía como “el fracaso o desgaste producido por las demandas

excesivas que recibe el profesional, las cuales sobrepasaban sus energías o recursos personales”. (Freudenberger 1974).

Aunque en un principio se relacionó al síndrome de burnout con profesiones relacionadas con el cuidado a los demás, en los últimos estudios realizados se ha observado que el síndrome de burnout se ha extendido a profesionales de todo ámbito laboral. El síndrome de burnout en la actualidad lo padecen desde un médico a un celador, desde un contable a una cajera, desde un jefe de departamento de ventas a un camarero etc.

Existen diversos factores psicosociales que influyen en la aparición del síndrome de burnout en el ámbito laboral:

Factores de las condiciones de trabajo

- Sobrecarga de trabajo, exigencias emocionales
- Falta de tiempo
- Disfunción de rol
- Falta de apoyo social
- Poca autonomía
- Bajos salarios
- Insatisfacción en el trabajo

Factores de Organización

- Estilo de dirección inadecuado
- Falta de participación de los trabajadores
- Falta de coordinación entre departamentos
- Falta de formación
- Falta de desarrollo profesional

Factores de las relaciones sociales

- Relaciones conflictivas con clientes
- Relaciones tensas y competitivas, con compañeros y con usuarios
- Falta de apoyo social
- Falta de colaboración entre compañeros

Factores individuales

- Elevada autoexigencia
- Baja autoestima
- Reducidas habilidades sociales

Factores Personales

- Muerte de familiares
- Matrimonios
- Divorcio

- Nacimiento de hijos
- La edad
- Género
- Personalidad

Cuando estos factores aparecen en el ámbito laboral y persisten durante largos periodos de tiempo sin adoptar ningún tipo de solución, se convierten en crónicos, apareciendo como respuesta de defensa entre los profesionales el llamado síndrome de burnout.

El síndrome de burnout se manifiesta por:

- Agotamiento emocional, cansancio físico y/o psicológico
- Despersonalización o conductas negativas hacia usuarios y compañeros
- Sentimientos de baja realización personal, estado de tristeza

Estos síntomas no se manifiestan de repente, si no de forma paulatina, cíclica, puede repetirse a lo largo del tiempo, con lo cual un profesional puede experimentarlo varias veces.

El burnout es un proceso en el que la persona va perdiendo energía, optimismo e ilusión en su trabajo. Se describen cuatro fases básicas:

1. Etapa de entusiasmo
2. Etapa de estancamiento
3. Etapa de frustración
4. Etapa de apatía

Consecuencias del burnout para la salud del profesional

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 puede llegar a producir múltiples trastornos en la salud cuando los problemas laborales se convierten en crónicos y no se abordan adecuadamente. Entre ellos se encuentran:

- Trastornos mentales y del comportamiento: cefaleas, dolor crónico
- Trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos del sueño
- Trastornos cardiovasculares: hipertensión, hipotensión, arritmias
- Trastornos musculoesqueléticos: tics, contracturas musculares, temblores
- Trastornos respiratorios: asma, sensación de ahogo
- Trastornos gastrointestinales: úlcera, colon irritable
- Trastornos intestinales: estreñimiento, diarrea

- Trastornos dermatológicos: sensación de picor, dermatitis, sudoración excesiva, alopecia
- Trastornos sexuales

Para afrontar el burnout es necesario que se adopten medidas preventivas que identifiquen y valoren las causas para poder aplicar soluciones.

Para que sean eficaces las estrategias de prevención es necesario adoptar medidas tanto desde la empresa como desde el profesional.

Medidas preventivas desde la empresa:

- Modificar la organización del trabajo, dando mayor autonomía, delegando responsabilidades, rotando tareas y puestos etc.
- Favorecer la participación de los trabajadores en la toma de decisiones
- Racionalizar el tiempo de trabajo con pausas y descansos adecuados
- Mejorar el medio ambiente de trabajo, temperatura, iluminación etc.
- Potenciar la comunicación asertiva en el entorno laboral
- Facilitar la comunicación formal e informal entre los trabajadores
- Establecer estrategias que permitan detectar casos a tiempo

Medidas preventivas para el profesional:

- Potenciar técnicas conductuales, entrenamiento asertivo, entrenamiento en Habilidades sociales
- Fomentar técnicas fisiológicas, relajación muscular, relajación autógena y control de la respiración
- Establecer un estilo de vida saludable, dieta adecuada, realizar ejercicio físico
- Fomentar la distracción, dedicar tiempo a hobbies y al buen humor
- Compartir tiempo con la familia y amistades

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos que produce el síndrome de burnout en la salud son muy diversos y variados, ocasionando patologías en los profesionales que en la mayoría de los casos influyen en el bajo rendimiento laboral, en servicios deficientes y en el ausentismo laboral, exponiendo a las empresas a importantes pérdidas económicas.

El burnout actualmente está adquiriendo una importante dimensión social a causa del elevado coste económico y personal que supone para las empresas. Por todo ello es importante adoptar estrategias de prevención para poder atajarlo.

Estas medidas preventivas son necesarias, ya que inciden en la organización del trabajo para poder conseguir la satisfacción de los profesionales y también actitudes de cooperación.

Aplicando la prevención en el burnout tanto a nivel individual, grupal y organizacional se consigue mejorar el ambiente laboral, el rendimiento de los profesionales y mejorar el trato al cliente. Además, con la prevención se logra algo muy importante, que es mejorar la salud de los profesionales. Con esta mejora, en definitiva, se consigue aumentar el rendimiento laboral, disminuir el ausentismo laboral y también disminuir el elevado coste económico y personal que sufren hoy en día las empresas, logrando, por tanto, importantes beneficios para todos tanto a nivel profesional como empresarial.

6 Bibliografía

1. Moreno Jiménez, B. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2010.
2. <https://www.insst.es/materias/riesgos-psicosociales>.
3. Pastorino, M.S. Factores psicosociales del trabajo y síndrome de burnout en trabajadores de la salud. Chile: Universidad de Chile. Facultad de Medicina; 2007.

Capítulo 585

PAUTAS A REALIZAR EN CASO DE INCENDIO EN CENTROS SANITARIOS

PATRICIA BERNARDO ÁLVAREZ

1 Introducción

Un incendio es aquel fuego grande que de forma no deseada, se propaga y destruye aquello que no está destinado a quemarse. Se puede dar de forma natural o provocado por descuido humano o por culpa de personas inescrupulosas. Puede afectar a seres vivos como a estructuras. En seres vivos, el incendio puede producir daños muy graves e incluso darse la muerte, bien por inhalación de humo, desvanecimiento o intoxicación y posteriormente por quemaduras graves.

La propagación del fuego en espacios cerrados tiende a ser de forma horizontal y vertical. Se sobrecalienta el ambiente y causa distantes focos de fuego. Los gases y humos se propagarán antes que las llamas a los pisos de arriba, donde los pasillos, espacios que no impiden su avance y las escaleras se obstruyen. Esto puede impedir la evacuación por las escaleras. En caso de incendio, los ascensores no se pueden utilizar porque el fuego puede inutilizarlos o abrirse las puertas automáticamente en plantas que son incendiadas.

El Plan de Seguridad del hospital incluirá protocolos de actuación ante cualquier desastre y evaluarán las vías de evacuación, el riesgo del ambiente, la estructura del edificio y su capacidad para proteger a las personas.

Para minimizar los riesgos en situaciones de emergencia ante un incendio, se debe de adoptar líneas de actuación. Para los centros sanitarios, el Plan de Actuación ante emergencias o llamado también “El Plan de Emergencia” es de carácter obligatorio en actividades sanitarias, docentes, residencial público o en otro tipo de actividades reguladas en el RD 393/2007.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Clasificar e identificar las emergencias. Conato de Emergencia, Emergencia parcial y Emergencia general.

Objetivo secundario:

-Saber proceder ante las emergencias en caso de un incendio dentro del Centro Sanitario. Normas generales de comportamiento y de pautas a seguir

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros como: “incendio” “plan de emergencia”, “conato de emergencia”, “emergencia parcial”, “emergencia general”. También se han consultado publicaciones científicas por diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

Ante un incendio hay que localizar el origen de la incidencia. Se ve la magnitud del incendio y se da parte al Jefe de Emergencia o de Primera Intervención a su sustituto, aportando la mayor cantidad de datos del siniestro. En caso de tener conocimiento sobre incendios, si el incendio lo requiriera y no fuera peligroso apagar el fuego se pueden apagar con los extintores que hay en la zona. Está prohibido siempre dar la espalda al fuego y la actuación ante él sería por parejas.

El personal deberá tener conocimiento del protocolo de actuación para en caso de incendio así como saber donde están los medios necesarios de protección y los equipos para que ante una situación de emergencia ante un incendio, sé de una repuesta rápida. Estos medios, entre otros son los extintores portátiles, las bocas de incendio y los ascensores de emergencia.

En caso de que el Hospital tenga la posibilidad de evacuar parcial o total un Pabellón o varios del Hospital, seguirá las siguientes pautas:

- Informar a todos compañeros de esta situación
- Que todas las visitas ocasionales salgan cuando no dificulten o no puedan colaborar en la evacuación.
- Prepara una lista de enfermos para que antes o después de la evacuación facilitar el recuento.

- Preparación de los enfermos para su evacuación (zapatillas, bata, útiles de aseo, etc).
- Recoger datos que se estimen necesarios para el Jefe de Planta o Servicio.
- Cierre de ventanas y bajar las persianas.
- Cierre de puertas de baño y ventanas de aireación
- Cierre de puertas de las habitaciones, despachos, almacenes, etc.
- Desconectar acondicionadores de aire independientes, aparatos eléctricos que no son imprescindibles como TV, neveras, etc.
- Quitar obstáculos existentes en los pasillos.
- Identificar a los pacientes con “pulseras madre”.
- Hacer acopio de medicación, a criterio del médico.
- Recoger la historia clínica.
- Para dar traslado a un lugar seguro, localizar y preparar líquidos inflamables.

5 Discusión-Conclusión

Tiene graves consecuencias la propagación de un incendio en un Hospital. Para evitarlo, existen unas pautas de comportamiento cotidiano donde todos debemos esforzarnos en cumplirlas.

El fumar es una acción de alto riesgo para producir incendios es por lo que bajo ningún concepto se permite fumar en zonas consideradas de alto riesgo.

Es de gran importancia evitar riesgos de incendio y si se produce, evitar que se vaya propagando más y más.

Era conveniente que todo el personal tuviera una formación tanto práctica como teórica de los Planes de Emergencia para tratar de evitar o reducir las posibilidades de un incendio.

6 Bibliografía

- 1-<https://es.wikipedia.org/wiki/Incendio>
- <https://static.cpau.org/ejercicio%20profesional/normativas/presentacioncpau.pdf>
- 2.https://www.seguridad-laboral.es/prl-por-sectores/sanitario/los-planes-de-emergencia-en-los-centros-sanitarios-son-imprescindibles-para-su-correcto-funcionamiento_20141125.html
- 3-<http://cuidados20.san.gva.es/documents/16554/24344/Plan+de+emergencias.pdf>

Capítulo 586

FUNCIONAMIENTO ELECTRÓNICO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PATRICIA BERNARDO ÁLVAREZ

1 Introducción

En la vida diaria, las Administraciones Públicas funcionan más con el uso de los medios electrónicos, a su paso con los años. . El sector público tiene que adaptarse a estos cambios de la era digital y para ello se redactó la Ley 40/2015 de 1 de octubre, del Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), donde en su título Preliminar, Capítulo V, se regula el funcionamiento electrónico del sector público

La LRJSP obliga a las Administraciones Públicas a relacionarse entre sí por medios electrónicos y a establecer operaciones entre ellas de sistemas y medios electrónicos, para que presten conjuntamente servicios a los ciudadanos.

La Ley 40/2015 de 1 de octubre, sufrió modificaciones con el Real Decreto 14/20219 de 31 de octubre. Para temas de administración digital, contratación de telecomunicaciones y del sector público se adoptan medidas que son urgentes por motivos de seguridad pública para temas de administración digital. Se añade a la LRJSP el artículo 45 bis, que regula la ubicación de los sistemas de comunicación e información para el registro de datos.

Se va a reforzar las actuaciones de las Administraciones Públicas y de los principios de funcionamiento, como de seguridad, responsabilidad, accesibilidad, servicios a las personas y neutralidad.

2 Objetivos

Exponer cómo funciona electrónicamente la Administración Pública para adaptarse a las nuevas necesidades que en la era digital se requiere.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros como: “Funcionamiento electrónico” “sector público”. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

¿Cómo funciona electrónicamente el sector público?

La Ley 40/2015 de octubre, define los términos de “portal de internet” y “sede electrónica”. Estos dos términos son fundamentales como base para el funcionamiento electrónico del sector público. La Sede electrónica es la dirección electrónica que la que los ciudadanos disponemos para realizar trámites de forma telemática, cuyo titular es la Administración Pública, o 1 ó 2 organismos públicos de Derecho Público para el ejercicio de sus competencias.

Esta sede electrónica tiene que mantener la veracidad, la integridad y actualización de la información siendo responsable el titular que estará debidamente identificado y garantizará a los ciudadanos el que puedan poner quejas y sugerencias cuando lo necesiten.

Atendiendo a los principios de seguridad, publicidad, disponibilidad, transparencia, accesibilidad, calidad, responsabilidad, neutralidad e interoperabilidad, cada Administración Pública pondrá los instrumentos y condiciones de elaboración de las sedes electrónicas.

El portal de internet permite mediante internet acceder a la sede electrónica que corresponda. La Administración también es titular.

Los interesados también pueden a través de medios electrónicos relacionarse con las Administraciones Públicas, considerándose válidos a efectos de firma:

- Sistema de firma electrónica reconocida o cualificada basado en certificados electrónicos reconocidos y cualificados de firma electrónica que son expedidos por prestadores incluidos en la “Lista de confianza de prestadores de servicios de certificación”.

- Sistema de sello electrónico reconocido o cualificado y de sello electrónico avanzado que se basa en certificados electrónicos reconocidos o cualificados de sello electrónico incluidos en la “Lista de confianza de prestadores de servicios de certificación”.

- Otros sistemas que las Administraciones Públicas crean válidos en los términos y condiciones que se establezcan.

El personal de las Administraciones Públicas, tiene que utilizar la firma electrónica, como lo hacen los ciudadanos. Es la Administración Pública quien determina los sistemas de firma electrónica que utilizará su personal, donde sólo figura el número de identificación del empleo público.

La Administración Pública utiliza los medios electrónicos sin intervención directa de un empleado público ante una actuación. A esto se le llama actuación administrativa automatizada (art. 41 LRJSP).

5 Discusión-Conclusión

Las leyes LRJSP y LPAC obliga a todas las Administraciones Públicas al archivo de la documentación de forma electrónica, garantizar un funcionamiento electrónico de forma interna, Poner las herramientas y recursos que se necesitan para garantizar a los ciudadanos la relación electrónica con la Administración, Tener garantía de tener información y de transparencia en la misma y trabajar con otras Administraciones de forma coordinada.

Los documentos electrónicos para ser válidos deben de cumplir unos requisitos:

- La información tiene que estar en soporte electrónico.
- Permitir la Individualización de los datos de identificación
- Que tenga una referencia temporal
- Meter sus correspondientes firmas electrónicas.

6 Bibliografía

- 1- https://www.adrformacion.com/knowledge/administracion-publica/la_firma_electronica_en_la_administracion_publica.html.
- 2- <https://www.daccapote.com/wp-content/uploads/2018/02/Esquema-Tema-5-OE.pdf>.
- 3- <https://www.iberley.es/temas/funcionamiento-electronico-sector-publico-61689>.

Capítulo 587

EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

ANDRÉS GARCIA RAMOS

1 Introducción

Los equipos de protección individual o EPIS son cualquier medio o dispositivo del que disponga un trabajador con el objetivo de que le proteja contra los riesgos que comprometan su salud o seguridad en el trabajo.

También vamos a considerar equipos de protección individual los componentes que se puedan intercambiar en un equipo de protección individual y que sean necesarios para su funcionamiento y sean de uso exclusivo para dicho equipo de protección individual, un dispositivo o medio protector solidario, de un equipo individual no protector del que una persona pueda disponer y tenga como objetivo de realizar una actividad, este podrá ser disociable o no disociable y el conjunto de varios dispositivos o medios que se hayan asociado a una persona contra los riesgos que puedan producirse de manera simultánea.

Los EPIS o equipos de protección individual para el personal dentro del ámbito hospitalario, son una barrera a utilizar frente a cualquier tipo de riesgo que pueda estar relacionado con la exposición a agentes biológicos, físicos o químicos. Estos son una de las herramientas que nos ayudan a garantizar la seguridad del personal.

Cuando no se puede instalar una protección colectiva eficaz ya sea por motivos económicos, técnicos etc..., lo más efectivo es la utilización del equipo de protección individual ante cualquier tipo de riesgo biológico.

2 Objetivos

- Obtener información acerca de la utilización de los equipos de protección individual frente al riesgo biológico en un centro sanitario.
- Reconocer y aprender a utilizar los equipos de protección individual básicos en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En el ámbito hospitalario, tanto el trabajador como el empresario, deben tener muy claro qué son los equipos de protección individual. Actualmente con la crisis de la COVID-19 este concepto toma aún más relevancia a la hora de desarrollar nuestro trabajo.

Estos equipos de protección individual deberán utilizarse siempre que nos podamos encontrar riesgos para la salud de los trabajadores y que se puedan evitar a través de métodos como la protección colectiva.

Los equipos de protección individual, han de reunir una serie de características que deberemos tener en cuenta a la hora de su utilización en función del riesgo al que vayamos a exponernos, así como otro tipo de condiciones como pueden ser las ambientales o las propias del paciente con el que vayamos a trabajar.

Entre estos equipos de protección individual, podremos encontrar las protecciones oculares y faciales (pantallas o gafas protectoras), guantes de protección, equipos de protección respiratoria (mascarillas) y batas de aislamiento, que se considerarán los básicos.

Estos equipos de protección individual están regulados en el Real Decreto 1407/1992 donde se establecen sus características a la hora del diseño así como de su fabricación.

Los equipos de protección individual también deberán ir acompañados de las instrucciones de uso y en ellas deberemos encontrar los datos del fabricante, el rendimiento del equipo, su fecha de caducidad...

Se clasificarán en:

Tipo I: para protección frente a riesgos mínimos, mandiles, batas, guantes de limpieza.

Tipo II: los que no se incluyan en los tipos I o III. Nos van a proteger de un riesgo medio y podríamos incluir el calzado de seguridad.’

Tipo III: su protección va orientada a un riesgo que ponga en peligro la vida o que pueda dañar gravemente nuestra salud, como los equipos de protección individual destinados a protegernos de la COVID-19.

5 Discusión-Conclusión

Los equipos de protección individual junto con los protocolos que se desarrollan en los centros sanitarios, nos ayudan creando una serie de barreras en materia de seguridad y salud, pero para que esto sea efectivo debemos procurar que la utilización de los equipos de protección individual y los protocolos se cumplan de forma adecuada.

Debemos conocer perfectamente el riesgo al que nos vamos a exponer así como las tareas a realizar y sus propias características, para poder escoger correctamente el material que se va a utilizar.

Es muy importante, que todo el personal se involucre en la formación y educación en cuanto a la prevención y que se examine lo importante que es reducir las prácticas de riesgo y así poder modificar las conductas inseguras.

6 Bibliografía

1. Diversos protocolos del HUCA.
2. Direcciones web de interés, Bibliografía relacionada y Webgrafía.
3. Loro, MM y Zeitoune, RC (2017).Estrategia colectiva de afrontamiento de riesgos laborales de un equipo de Enfermería.

Capítulo 588

LA CARGA DE TRABAJO MENTAL Y SUS CONSECUENCIAS: UN PROBLEMA CRECIENTE EN NUESTRO ÁMBITO LABORAL ACTUAL

MARIA FERNANDA FERNANDEZ-TRESGUERRES
ALONSO

JOSE CASO GÓMEZ

MARIA ELISA RUESGAS BECERRIL

MARÍA BELÉN LÓPEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Los cambios producidos en nuestra sociedad actual también afectan a las formas de organización de los trabajos en los que el aumento de la tecnología y de los avances informáticos en determinados sectores hace crecer el concepto de trabajo mental frente a los trabajos más tradicionales o más físicos.

Para determinar la carga de trabajo hay que tener en cuenta dos aspectos fundamentales como son la exigencia de la tarea encomendada y las características de la persona trabajadora ya que de ello va a depender la capacidad de respuesta y por lo tanto el esfuerzo que se tiene que emplear.

Dada la preeminencia de dicha actividad mental que conlleva una exigencia intelectual mayor, hay una tendencia a valorar de una forma arbitraria este tipo de actividad laboral.

Aparentemente hay determinados trabajos que parecen no estar sometidos a presiones de ningún tipo, ni a esfuerzos tanto por defecto como por exceso de nivel de carga y que se pueden considerar más "descansados" que aquellos con una mayor carga física o manual que es la que venía predominando hasta ahora. Nada más lejos de la realidad como vamos a comprobar en el presente estudio. Es necesario revisar y actualizar la visión que se tiene de las tareas más "mentales" y acercarse a la causística de la denominada carga de trabajo mental.

2 Objetivos

Analizar los principales factores de riesgo que explican la aparición de la carga mental y sus consecuencias.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio de revisión bibliográfica, se consultaron diferentes documentos y publicaciones en diversas páginas de Internet oficiales en las que se pudieron consultar artículos específicos y actualizados sobre la temática analizada. Asimismo se cotejaron con otras fuentes como el buscador de Google Académico.

4 Resultados

Todo trabajo en el que predomine una actividad más intelectual desarrolla un procesamiento de la información que conlleva a una respuesta determinada en la que el factor tiempo es esencial. El tiempo del que se dispone para dar esa respuesta y que marcaría el ritmo de trabajo y el que se necesita para fijar la atención y que da lugar a las pausas o descansos intermedios.

Las tensiones que la persona desarrolla por las exigencias del trabajo mental pueden derivar en la denominada carga mental.

Los factores que influyen en la aparición de la misma son muy diversos. Se pueden agrupar según procedan de las exigencias de la tarea, de las condiciones

del entorno de trabajo entre las que destacamos las medioambientales, las psicosociales y de organización del trabajo y las de diseño del propio puesto. Y por último la capacidad de la persona trabajadora que va a depender de sus propias cualidades y características.

Entre las exigencias podemos destacar: el contenido de la tarea que se puede convertir en multitarea, su duración, el grado de atención requerido y el nivel de peligrosidad.

Las condiciones del entorno aluden a la vigilancia ergonómica relativa al nivel de ruidos, vibraciones, control de temperatura e iluminación del espacio de trabajo. Estas medidas ayudan a mejorar el bienestar y potencian la concentración, evitando las distracciones.

No debemos olvidar que tan importantes son los factores relativos al tipo de organización existente que puede dar pie a crear un buen ambiente de trabajo donde prevalezca la cooperación y el apoyo, como la organización del tiempo de trabajo que viene determinado por el ritmo de trabajo, la duración de las tareas y la distribución de las pausas y descansos pertinentes.

Por último la adecuación ergonómica del puesto de trabajo a la persona no sólo hace referencia al asiento y al resto de elementos del diseño, sino también a la presentación de la información a través de interfaces “amigables”, la definición de las pantallas o la legibilidad de los documentos que se manejan en el día a día.

A todo ello hay que añadir las características personales de la persona trabajadora que también van a influir en la aparición o no de la carga de trabajo mental. Entre ellas destacamos las aptitudes y las habilidades, las necesidades personales, el estado de salud y el estilo de vida.

5 Discusión-Conclusión

Cada vez somos más conscientes de que en el mundo laboral actual van surgiendo y van ganando terreno las actividades centradas en el procesamiento y tratamiento de datos y van disminuyendo las tareas que implican un esfuerzo físico o manual.

Creemos necesario retomar la idea de la carga de trabajo mental para evitar falsos mitos y recordar uno de los principales efectos que provoca y que es la fatiga mental. En su versión fisiológica da lugar a pérdida de concentración, aparición

de errores y falta de motivación. Los síntomas más frecuentes son cansancio, sensación de sueño, movimientos torpes y falta de atención.

Debemos valorar de forma equitativa las diferentes actividades laborales y recordar que todas son necesarias y útiles para seguir construyendo nuestra sociedad.

6 Bibliografía

1. Arquer de, M.I. Carga mental de trabajo: factores. Madrid: Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1999.
2. Sebastián García, O. La carga mental de trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2002.
3. Lara Ruiz, A. Carga mental. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSST), O.A, M.P ; 2019.

Capítulo 589

PROTECTOR FACIAL Y GAFAS Y FORMAS DE USARLAS

ANDRÉS GARCIA RAMOS

1 Introducción

La protección ocular se utilizará siempre que haya riesgo de contaminación para los ojos a partir de gotas o salpicaduras como ejemplo podemos citar: sangre, fluidos corporales, esputos... También pantallas faciales frente a salpicaduras (ambos, campo de uso 3), se debe evaluar si el protector es el adecuado y su hermeticidad (en el caso de la gafa integral) o la zona de cobertura del mismo (en el caso de la pantalla facial).

Durante los procedimientos donde puedan generarse aerosoles, la protección ocular es recomendable. Cuando sea necesario el uso conjunto de más de un equipo de protección individual, debe asegurarse la compatibilidad entre ellos, esto es realmente importante en el momento de protegernos las vías respiratoria y ocular de forma simultánea, para que la hermeticidad de los mismos y por tanto su capacidad de proteger no se vea disminuida.

Este tipo de protección nos va a dar una serie de propiedades de resistencia frente a cualquier tipo de salpicaduras, pero también es igual de importante saber que además nos ofrece una protección contra nosotros mismos ya que impiden el contacto de nuestras propias manos con nuestros ojos, fosas nasales y boca, que son las principales vías de acceso a nuestro organismo de enfermedades como por ejemplo, el SARS-CoV-2.

2 Objetivos

- Orientar en la utilización de este tipo de equipos de protección individual exponiendo un caso clínico al respecto.
- Resaltar la compatibilidad con otros medios de protección.

3 Caso clínico

Un paciente de 50 años llama a su centro de salud de atención primaria, ya que 5 días antes ha tenido contacto directo sin mascarilla con una persona que ha resultado ser positivo en COVID-19.

El personal de administración del centro le comunica con su médico de atención primaria que le realiza la anamnesis correspondiente.

El paciente refiere una temperatura de 38.5°, tos, dolor de garganta, cefaleas intermitentes y pérdida de los sentidos del gusto y del olfato. Con esta clínica el médico le cita en el centro de salud de atención primaria para la realización de una prueba PCR que permita confirmar o descartar la enfermedad.

El paciente acude a su centro de salud para la realización de esta prueba y a su llegada, un trabajador del centro le indica la necesidad de realizar un cambio de mascarilla y utilizar una tipo FFP2 nueva para acceder al interior que le es entregada al momento.

El paciente accede a la consulta de "sucio" donde se le realizará la prueba y allí está una enfermera con el equipo de protección individual puesto. Este equipo de protección individual consta de:

- Gorro.
- Gafas protectoras.
- Mascarilla tipo FFP2.
- Bata.
- Guantes.
- Calzas.

La enfermera escoge las gafas de protección cerradas, ya que durante la prueba PCR que consiste en un exudado nasofaríngeo, el paciente se tiene que quitar la mascarilla y puede toser o incluso estornudar generando aerosoles o expectorando gotitas que podrían llegar a sus mucosas oculares. La enfermera realiza la prueba y le indica que se ponga de nuevo la mascarilla.

Da las indicaciones oportunas al paciente hasta que reciba el resultado de la prueba y guarda la prueba realizada hasta que se pueda procesar en el laboratorio.

Debe extremar la precaución tanto a la hora de retirar el equipo de protección individual así como a la hora de manipular la prueba realizada.

Las gafas de protección tendrán un contenedor propio para su posterior esterilización y así ser reutilizadas dada la importancia de las mismas en este tipo de pruebas.

4 Discusión-Conclusión

Para la Organización Mundial de la Salud queda demostrado que la principal vía de transmisión de la COVID-19 se produce por la expectoración de las personas enfermas generando gotitas que pueden permanecer en suspendidas en el aire durante un tiempo y también en algunas superficies.

También se han encontrado también casos donde la COVID-19 puede estar presente en la mucosa ocular y no solo en las secreciones respiratorias.

Por este motivo cobra gran importancia el uso de las gafas de protección, en este tipo de pruebas. combinándolas con la mascarilla para evitar no solo el contacto de las gotitas con ojos, sino también protegernos de nuestras propias manos.

5 Bibliografía

- Casos clínicos.
- https://www.mincotur.gob.es/es-es/Paginas/404.aspx?requestUrl=http://www.mincotur.gob.es/es-es/COVID19/GuiaFabricacionEPIs/Gafas%20de%20proteccion%20y%20pantallas%20faciales/11_gafas_proteccion_pantallas_faciales_v1.pdf

Capítulo 590

ACOSO LABORAL EN EL ENTORNO SANITARIO Y NO SANITARIO

IGNACIO AZPIAZU DEL RIO

1 Introducción

El Estatuto de los Trabajadores establece en su artículo 4 los siguientes derechos “respeto de su intimidad y a la consideración debida a su dignidad”, también nos habla de la no discriminación “ directa o indirectamente por razones de sexo, estado civil, edad, origen racial o étnico, condición social, religión o convicciones, ideas políticas, orientación sexual, afiliación o no a un sindicato, así como por razón de lengua, dentro del Estado español”

Pero desgraciadamente comprobamos que con demasiada frecuencia en el entorno laboral se producen conflictos que atentan contra estos derechos.

El acoso laboral, también conocido por “mobbing” consiste en la acción que una persona o grupo de personas ejercen contra otra de forma agresiva o amenazadora en el lugar de trabajo, con el propósito de producir miedo, terror, desprecio o desanimo a la persona hostigada. Suele ser una violencia psicológica sistemática y repetitiva durante un tiempo prolongado, incluso pudiendo llegar a agresiones físicas.

Con frecuencia esta situación afecta a la salud tanto física como psicológica de las víctimas que lo sufren, así como a su rendimiento en el trabajo, viéndose disminuida su productividad y teniendo graves consecuencias tanto para los individuos como para el centro de trabajo. Debido a esto, es recomendable la formación de los trabajadores en este ámbito.

2 Objetivos

Conocer los distintos tipos de conductas en el acoso laboral, así como identificar las fases que se dan en estos procesos y saber de los recursos disponibles para afrontarlo.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos realizado una revisión bibliográfica de la materia utilizando como buscadores de información "Google Academico" y "PudMed" Y como variables de búsqueda hemos usado "Acoso Laboral" "tipos de conflictos laborales" "mobbing" "derechos de los trabajadores" y "Estatuto de los trabajadores".

4 Resultados

Según el puesto jerárquico al que pertenezcan el acosador y el acosado, distinguimos 3 clases de acoso laboral:

1-Ascendente, el que se produce de empleado a empleador o de subordinado a jefe.

2-Horizontal, entre compañeros del mismo rango profesional.

3-Descendente, cuando el conflicto es entre un superior jerárquico y un trabajador, siendo el primero el hostigador.

Las conductas más habituales son:

- No permitir desarrollar el trabajo o limitar la información para poder facilitar el mismo.
- Aislamiento laboral.
- Encomendar tareas inferiores a las que el trabajador puede desarrollar.
- Sobrecarga de trabajo: presión, tareas excesivas o con tiempos cortos.
- Culpabilizar, criticar el trabajo realizado.
- Faltas de respeto e insultos, agresiones verbales o físicas.
- Difamación profesional y/o personal: insinuaciones o comentarios sobre la labor profesional o vida personal dentro y fuera del trabajo.

En la década de los 80 Heinz Leymann, un psicólogo y profesor alemán, inició una investigación sobre este tipo de comportamientos en el lugar de trabajo. A partir de sus experiencias desarrolló cuatro fases que se dan habitualmente en estos procesos:

- 1- Fase de conflicto, surge un primer conflicto que no se resuelve y tiende a agravarse, los motivos suelen ser envidias, celos, competitividad.
- 2- Fase de estigmatización, comienza el comportamiento hostigador, aquí el acosador buscará el apoyo del grupo bien por colaboración o por pasividad.
- 3- Fase de intervención desde la empresa, la institución tiene constancia del problema, buscando soluciones como arreglo amistoso, cambio de puesto, despedido, de no solucionarse la situación puede llegar a provocar el abandono del acosado.
- 4- Fase de marginación o exclusión de la vida laboral. En esta etapa el acosado sufre un importante deterioro físico y psicológico, ausentándose del trabajo, incluso produciéndose el abandono, llegando en los casos más extremos al suicidio. Otros autores señalan la fase de seducción como el primer paso. En esta primera etapa se busca sacarle información a la víctima para la posterior utilización en su contra.

Para poder hacer frente a esta situación, es necesario que la víctima conozca todos los recursos disponibles que tiene a su alcance.

- 1- Baja laboral.
- 2- Denunciar el acoso laboral en la empresa.
- 3- Denunciar ante la inspección de trabajo.
- 4- Denunciar por vía civil o penal ante los tribunales.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que sería importante concienciar a los trabajadores sobre los graves efectos negativos que el acoso laboral provoca en la personas que lo sufren, para que no sólo actúen cuando son acosados, si no también cuando son terceros observadores, con el propósito de intervenir y ayudar a la víctima.

Cada vez es mayor la importancia que los países dan a esta problemática, pero aún en la mayoría de ellos no existe una legislación específica propia sobre acoso laboral, como es el caso de España, donde la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, la Constitución y el Estatuto de los Trabajadores sirven como base para legislar estos conflictos.

6 Bibliografía

- Ministerio de Empleo y de Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
- Pagina web: revistamedica.com/acosolaboralambitosanitario.

-Apuntes del curso FNN. Acoso laboral en el entorno sanitario.

Capítulo 591

LA HISTORIA CLÍNICA Y SU ARCHIVO

NURIA RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

En este trabajo se explicará el origen e inicio de la historia clínica de los pacientes, sus funciones, contenidos, la propiedad de la misma, su conservación y archivo. Además, se abordará la privacidad y confidencialidad de la historia clínica en la relación entre médico y paciente, así como los derechos y obligaciones del paciente, los profesionales sanitarios y las Instituciones Sanitarias en relación con esta documentación clínica. Para que la historia clínica sea correcta, debe cumplir 4 características: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. En ella se guardarán datos imprescindibles para el conocimiento por parte del profesional sanitario de cualquier problema médico que haya tenido previamente el paciente, sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestarle asistencia. El incumplimiento o la no realización de la historia clínica puede tener repercusiones legales, defectos de gestión en los servicios clínicos, responsabilidad por prejuicios al paciente y riesgo medico legal objetivo. Además, se debe crear un sistema eficiente de gestión de esas historias y que guarden la confidencialidad de la información allí almacenada de cada paciente. También podremos ver los distintos “tipos” de historia clínica, los pasos o procesos a seguir para poder solicitar el visionado de una de estas historias, así como los distintos métodos de archivado y protección para no incumplir las numerosas leyes que protegen la información personal del paciente.

2 Objetivos

Describir la historia clínica y su archivo en los centros hospitalarios

3 Metodología

Se lleva a cabo una búsqueda en las siguientes bases de datos: Google, Google Académico, SciELO y Dialnet. Los descriptores usados fueron, “historia clínica”, “protección de datos”, “confidencialidad médico paciente”, “protección datos personales” y “derechos y obligaciones instituciones sanitarias”.

Las referencias seleccionadas se han analizado según la siguiente sistemática: lectura de la página web, del artículo y libro, reflexión sobre el contenido y la relación con nuestro tema de estudio, selección de datos relevantes y posterior decisión de inclusión en nuestro estudio.

4 Resultados

La historia clínica es el documento clínico por excelencia al ser el soporte de la información generada por el equipo sanitario en la práctica asistencial y actúa como vehículo de transmisión entre los diferentes miembros del equipo sanitario que intervienen en la asistencia, o para otros equipos que puedan prestar asistencia al paciente en otro lugar o tiempo. Debe cumplir la misión de ser instrumento de comunicación entre clínicos, investigadores, estudiantes, etc. que acuden a la misma en busca de información.

El elemento fundamental en la historia clínica es la persona o paciente. Se origina la historia clínica con el primer contacto que se establece con el sistema sanitario, bien sea por enfermedad o cualquier tipo de control o inicio de un proceso. El nacimiento de un niño marcaría el punto de inicio de la historia clínica de esa persona en el momento en el que contacta con su pediatra y que supondría una recogida de datos (sexo, peso, talla, valoración tras el parto, etc.) más una primera exploración, no hablando aún de paciente.

A nivel hospitalario la historia clínica se origina ante el estudio y atención del paciente por una determinada patología, como un traumatismo, una fiebre o un dolor, o el inicio del seguimiento de un proceso, como por ejemplo el embarazo, en ambos casos pudiendo causar ingreso hospitalario o no.

Desde el punto de vista histórico, se observa un giro desde los inicios de la historia clínica en el siglo XIX con la recogida de la vida del paciente como condi-

cionante de la patología, pasando por el inicio del siglo XX con la introducción de la historia clínica para cada paciente en el St. Mary's Hospital por los hermanos Mayo, hasta la extensión en los años 80 de este modelo de recogida y agrupamiento de información en atención primaria. En la actualidad, la historia clínica es el elemento fundamental de trabajo en la práctica clínica, y la historia clínica informatizada facilita de forma importante la labor asistencial.

Las funciones de la historia clínica son las siguientes:

1. Asistencial: recoger toda la información relevante
2. Docencia: se refleja el modo correcto de tratar cada caso clínico
3. Investigación clínica: mecanismos para localizar un determinado tratamiento o patología en las historias clínicas
4. Investigación epidemiológica: se conocen los denominadores poblacionales adecuados
5. Planificación y gestión de recursos asistenciales: evalúa la gestión de los recursos sanitarios y futuras inversiones
6. Jurídico legal: testimonio documental de la asistencia recibida
7. Control de calidad asistencial: evaluación de los objetivos científicos-técnicos

Toda la actividad asistencial gira en torno al paciente y esta actividad se refleja en la historia clínica, por ello debe optimizarse la gestión de ésta, para que su utilidad sea máxima. La historia clínica debe ser “única” por paciente, además de “acumulativa”, almacenando todo documento generado durante su asistencia, y “integrada” ya que debe contener los distintos episodios del paciente.

Cada paciente debe tener una historia clínica única por hospital, que contendrá toda la información generada en los sucesivos contactos con el mismo, bien sea en régimen de hospitalización, de consultas externas o de urgencias. a) EPISODIOS DE HOSPITALIZACIÓN. Documentos imprescindibles en la historia clínica de cualquier paciente hospitalizado: o Hoja estadístico-clínica o Informe de alta o Hoja de asistencia a urgencias (en caso de ingresar a través del Servicio de Urgencias) o Historia clínica (anamnesis, exploraciones) o Evolución clínica o Ordenes médicas o Hojas de interconsulta o Resultados e informes de exploraciones complementarias o Protocolos quirúrgicos o Protocolos de anestesia o Gráficas de constantes o Registros de enfermería o Hoja de aplicación terapéutica o Consentimientos informados b) EPISODIOS DE CONSULTAS EXTERNAS. La documentación generada en consulta externa, deberá tener entidad propia y diferenciada de la de hospitalización, además contará como mínimo de la siguiente información: o Identificación del paciente o Identificación de la especialidad de consulta o Anamnesis y exploración física del paciente o Evolución del episodio o Informes y resultados de las exploraciones complementarias o Informe resumen

del episodio asistencial c) EPISODIOS DE URGENCIAS. Los hechos aquí acontecidos requieren de un soporte ágil, ya que la presión a que se ven sometidos en estos servicios, no permite la creación de una sofisticada documentación. Por ello se plantea la existencia de una "hoja de asistencia de urgencias" que deberá contener la siguiente información: o Datos de identificación del paciente o Datos relativos a la asistencia prestada en el servicio de urgencias

La "Hoja de Asistencia de Urgencias deberá ser como mínimo doble y podrá ser autocopiativa. Una de ellas se entregará al paciente o representante legal, salvo en los casos en que la asistencia derive en hospitalización del paciente, en cuyo caso la Hoja de Asistencia original, formará parte de la Historia Clínica de Hospitalización.

El derecho de acceso a la documentación de la historia clínica: d) El paciente: El paciente tendrá derecho al informe de alta. Los familiares del paciente, allegados o terceras personas, tendrán derecho a copia del informe de alta, siempre y cuando, se acrediten adecuadamente y con el consentimiento escrito del paciente, dentro del marco legal establecido e) Facultativos del hospital: el acceso a la información será total, ya que estos facultativos quedarán igualmente obligados a la salvaguarda y protección de la intimidad del paciente, de acuerdo con los artículos 10 en sus apartados 1 y 3 del artículo 61 de la Ley General de Sanidad. f) Facultativos ajenos al hospital: los facultativos ajenos a la Institución podrán acceder a la información de acuerdo con las normas que establezca la Comisión de Historias Clínicas, o en su defecto, la Dirección Médica. g) Otros profesionales sanitarios: los profesionales sanitarios debidamente autorizados podrán acceder a la información de acuerdo con las normas que establezca la Comisión de Historias Clínicas, o en su defecto, la Dirección Médica.

La información contenida en la Historia clínica tiene carácter confidencial y es responsabilidad del Hospital garantizar dicha confidencialidad, por ello su acceso es restringido y en ningún caso debe salir del recinto hospitalario. A este fin se definen los siguientes niveles de custodia: h) Custodia Ordinaria: Es aquella que no requiere más cuidados que los descritos previamente. i) Custodia especial: Es aquella que somete al dossier a unas condiciones especiales, en casos de reclamaciones jurídicas, secreto profesional, sometidas a investigación especial, etc.

Las peticiones judiciales se harán a través de la Dirección Médica y/o Gerencia y en los demás casos a través del Responsable de Documentación Clínica. A la retirada de estas Historias del Archivo, se sustituirá su lugar físico por una ficha donde conste que está custodiada y permanecerá en dicho lugar hasta que regrese

al Dossier Clínico.

La conservación y accesibilidad de la documentación clínica es responsabilidad del Servicio Documentación Clínica, y para llevarlas a cabo propondrá a los Órganos de Gestión del Centro Hospitalario la adquisición de medios o implantación de nuevos sistemas organizativos tendentes a la mejora de sus funciones y optimización de las medidas de seguridad. La pérdida o deterioro de la Documentación clínica en préstamo es responsabilidad de la persona que solicitó dicha documentación al Archivo.

Existe un vacío legal para el establecimiento de plazos o duración del tiempo de custodia de la Documentación Clínica en los Hospitales, esto ocasiona un problema de espacio por el crecimiento continuo, que cada vez es más preocupante para los Centros Hospitalarios. Como posibles soluciones se plantean las siguientes: j) Traslado de la documentación con más de 30 años a archivos históricos especializados. k) Minimización de la Documentación Clínica. l) Fomentar los resúmenes de resultados de pruebas realizados en los Servicios Centrales de los Hospitales.

El archivo de las historias clínicas: m) En ATENCIÓN PRIMARIA: en todos los Centros de Salud de atención primaria existe un archivo que alberga las historias clínicas generadas de las consultas de los profesionales sanitarios. En todos los Centros de Salud existe una unidad de trabajo diferenciada con un archivo de historias clínicas, solamente en aquellos Centros de Salud que tienen un volumen de pacientes muy alto (a partir de 15.000 historias) cuentan generalmente con personal administrativo destinado exclusivamente a esta tarea, en los demás casos comparten esta actividad con el resto de las actividades de la cartera de servicios que en el centro se oferta n) En ATENCIÓN ESPECIALIZADA: el Archivo de Historias Clínicas es la unidad hospitalaria que tiene como misión la guarda y custodia de las Historias Clínicas generadas en el Hospital.

Sistemas de clasificación de historias clínicas en el ámbito sanitario

1- ARCHIVADO POR ACTIVIDAD a. Archivo activo

Este archivo contendrá aquellas historias clínicas con una vigencia de "X" años. Quiere esto decir que se guardarán en este archivo las que su último movimiento tenga menos de "X" años de antigüedad. El número "X" de años de antigüedad será mayor o menor dependiendo del espacio del que disponga la Institución para archivo activo, el número de historias clínicas nuevas que se abran cada año y la duración de los seguimientos b. Archivo pasivo

Este archivo contendrá aquellas historias clínicas de vigencia más antigua, rara-

mente consultadas c. Archivo histórico

Contiene historias clínicas que sólo utilizan con fines jurídicos docentes, de estudio e investigación o como fondo histórico. Forman parte de este grupo, las historias de pacientes que hayan sido exitus y las de los que, aunque no lo sean, hayan cumplido 100 años de edad el paciente. Las historias clínicas con vigencia agotada pasarán al archivo pasivo.

2- ARCHIVADO POR ORDEN NUMÉRICO a. Sistema de clasificación secuencial Consiste en archivar las historias clínicas siguiendo un orden numérico consecutivo. Este sistema permite un rápido aprendizaje en su manejo y es de utilidad en archivos clínicos con un número limitado de expedientes (5.000). b. Sistema de clasificación por dígito terminal

Los sistemas de clasificación por dígito terminal presentan diversas variantes: doble dígito terminal, triple dígito terminal o dígito terminal. Las historias clínicas se archivarán consecuentemente en cada sector atendiendo a los dos últimos dígitos que componen su número de historia. Este sistema permite llenar el Archivo al mismo tiempo en todos sus sectores y la depuración por falta de actividad afectará por igual a todos los sectores, no afectando, por tanto, a la organización del archivo.

5 Discusión-Conclusión

La historia clínica es el soporte de los datos asistenciales. Es un documento público y a la vez ético, en el que va a constar información privada e íntima de los pacientes. Como instrumento de trabajo permite al profesional sanitario una rápida visión y comprensión de los problemas del individuo que deben ser valorados por una actuación sanitaria. Por las competencias que corresponden al personal no sanitario en el manejo de las historias clínicas, se debe recordar la obligación de guardar el secreto de toda la información a la que se tenga acceso, ya que cualquier mínima exposición pública de cualquier dato acarrearía un incumplimiento de la ley con su consiguiente castigo o pena.

6 Bibliografía

01. Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril
02. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica y reguladora de la autonomía del paciente de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
03. Real Decreto 63/1995 (BOE 10-02-95)

04. La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal
05. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de información y documentación clínica
06. Martínez Hernández, Juan Historia clínica Cuadernos de Bioética, vol. XVII, núm. 1, enero-abril, 2006
07. Blanca Fernández Galiano. Artículo “Los límites al acceso a las historias clínicas”. ISSN-e 10088-1797, N°21. 2006
08. Ricardo de Lorenzo y Montero. Artículo “La propiedad de las historias clínicas”. ISSN-e 1405-6704, Vol. 11 n°7 2006
09. “Confidencialidad y propiedad de las historias clínicas”. ISSN 0212-1972 n°86, 1992
10. Real Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica.

Capítulo 592

MEJORA DE LA CALIDAD EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

NURIA RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

La Real Academia Española define calidad como la "propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie". EL concepto de calidad implica la idea de mejora continua., no se trata de alcanzar un nivel de calidad, sino de encontrar una fórmula para aumentarla.

La gestión de la calidad es la estrategia administrativa que busca de manera sistemática y con la participación de todos los miembros de una organización elevar la calidad de todos sus procesos, para satisfacer las necesidades y expectativas de quien recibe el producto o servicio.

En cuanto al ámbito sanitario, su objetivo es proveer a los pacientes de los servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud, en el nivel asistencial más adecuado y de la forma más eficiente posible. A fin de ofertar servicios de alta calidad, la asistencia sanitaria debe reunir las siguientes características: ser eficaz, eficiente, segura, adecuada a la demanda, disponible, accesible y tener una continuidad temporal y espacial.

La calidad tiene dos elementos esenciales, uno es de tipo científico, y consiste en diagnosticar de manera correcta al paciente y en aplicar la terapéutica conveniente; el otro es aparente, llamado calidad percibida o también de satisfacción, y se concreta en la sensación del enfermo y sus familiares de ser tratados con interés, deferencia y educación. En el ámbito sanitario, factores como la naturaleza de los recursos, las mayores posibilidades tecnológicas, la especialización de los

profesionales y el progresivo desplazamiento del enfermo hacia el eje del sistema, configuran la creciente importancia de la calidad en este sector de la sociedad del bienestar.

2 Objetivos

Aplicar el concepto de “calidad” al ámbito sanitario como una búsqueda continua de un método o proceso por el cual el beneficiario final de todo esto sea la mejora de la atención al paciente y usuario, sin olvidar a los profesionales implicados, su formación y mejora constante y una gestión más adecuada de los recursos económicos para la consecución de esta mejora en la calidad.

3 Metodología

Se lleva a cabo una búsqueda en las siguientes bases de datos: Google, Google Académico, SciELO y Dialnet. Los descriptores usados fueron, “calidad”, “gestión de la calidad”, “eficiencia”, “paciente”, “instituciones sanitarias” y “mejora de los sistemas de calidad”.

Las referencias seleccionadas se han analizado según la siguiente sistemática: lectura de la página web, del artículo y libro, reflexión sobre el contenido y la relación con nuestro tema de estudio, selección de datos relevantes y posterior decisión de inclusión en nuestro estudio.

4 Resultados

La calidad asistencial institucional ha sido definida como la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes, utilizando el menor consumo de recursos.

En el mundo sanitario nuestra idea de calidad tiene que ver, intuitivamente, con el curar, tratar o diagnosticar la enfermedad; también si nos paramos a pensar un poco más, incluiremos la satisfacción de los usuarios y que los procesos se hagan conforme a lo que debería ser. Queremos que la atención, cuando nos toca el papel de pacientes, sea de calidad; sabemos, también intuitivamente, cuándo no hay calidad y por ello no hay buena asistencia sanitaria. Además, pedimos que nos la presten en condiciones confortables, que no nos cueste mucho dinero, que nos atiendan en un espacio razonable y por supuesto, con respeto a nuestra

intimidad. Esos atributos: coste, confort y seguridad son muy importantes en una sanidad de calidad.

La calidad en abstracto no existe, se compone de distintos apartados, algunos con poca relación entre sí. Un paciente puede estar tremendamente satisfecho y sin embargo, el diagnóstico y tratamiento pueden haber sido nada efectivos. Son ejes independientes. La calidad no es la suma de cada uno. Las dimensiones sirven para dejar claro que hay que optar y que priorizar en muchas ocasiones alguna dimensión sobre otra. Un buen profesional hace lo que toca, con la utilización de los recursos correctamente, generando satisfacción y gestionando prioridades. Se identifican como dimensiones de la calidad:

1) Efectividad. Es la medida en que una práctica determinada mejora el estado de salud de la población que la recibe. Tiene que ver con la seguridad y la adecuación. Se entiende por la probabilidad de beneficio de una determinada tecnología en condiciones de uso normales; a diferencia de eficacia que sería la probabilidad de beneficio de una determinada tecnología en condiciones ideales de uso.

2) Eficiencia. Relación entre coste y producto (un máximo de efectividad o unidades de producto, dado un determinado coste o un mínimo coste dadas unas determinadas exigencias de efectividad o unidades de producto). Tiene que ver con el mejor aprovechamiento de los recursos. Medir eficiencia y efectividad es medir calidad de competencia profesional.

3) Accesibilidad. Relacionado con las demoras en la atención a los cuidados, la oportunidad de recibir lo que haga falta en el momento adecuado. Un criterio o indicador habitual en relación con la accesibilidad, es la cobertura; constituye la necesidad de cuantificar si la atención sanitaria llega o no a quien la necesita y cuando la necesita. También se puede aplicar el concepto de accesibilidad a la existencia o no de barreras organizativas, culturales o de otro tipo una vez se ha accedido al sistema de salud.

4) Equidad. Constituye un componente que responde a un acercamiento comunitario. Se basa no sólo en ofrecer cuidados científicos, óptimos y accesibles, sino también en que el sistema y sus profesionales estén en disposición de ofrecer mayor atención a quién más la precise, e igual atención a igual necesidad.

5) Aceptabilidad y puntualidad. Satisfacción es la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario. Pretende considerar la manera en que la atención es percibida por el usuario y sus reacciones como consecuencia de ello. Se confunde con el concepto más amplio de aceptabilidad.

6) Competencia profesional. Capacidades de hacer aquello para lo que se está facultado. Se refiere a la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado

y coherente nivel de conocimientos existente para abordar los problemas de salud. Incluye tanto los aspectos científico-técnicos, como el trato interpersonal. Cada una de estas dimensiones necesita de capacidades distintas. Así, buscar la satisfacción del usuario significa unas habilidades de relación, que no son las mismas que aquellas que buscan la mejor de las efectividades posibles. Un error común es valorar la calidad en base a las apariencias en lugar de datos objetivos e intentar juzgar la calidad general, global, de un determinado centro sanitario, en vez de la calidad de cada uno de los servicios concretos que ofrece.

El paciente como centro de una organización queda estupendamente en cualquier papel pero a la hora de plasmarlo tiene dificultades en la rutina diaria. La calidad no es gratuita y predicarla lleva a situaciones que a veces no se tienen en cuenta. No basta con esperar un tiempo razonable para la consulta externa en el hospital, es que, nos deben una explicación y en muchas ocasiones, una disculpa. La asistencia es pública, se dice como explicación, como si su régimen jurídico, nos llevara a hacer nuestros, problemas básicamente organizativos. Las políticas de calidad han de ser un compromiso de la Dirección, porque esa participación transmite un interés a los trabajadores. Son precisamente quienes están en contacto diario con las personas, los que deben participar en la resolución de los problemas, aportar sus soluciones, integrarlas y comunicarlas. La orientación al cliente es previa a la implantación de cualquier política de calidad; es necesario que todos, (sobre todo el directivo), entiendan que el cliente es importante, por ejemplo, para considerar prioritario no tener que repetir en el hospital o en el centro de salud los mismos datos, responder a las mismas preguntas con la impresión de empezar de cero.

La atención se debe prestar en el nivel adecuado y no por más intensidad de cuidados se garantiza más efectividad. En el mundo sanitario da la impresión que no tenemos que preguntarnos por cómo lo hacemos, sino por cuánto hacemos. Tampoco se estila preguntar a aquellos que queremos beneficiar, si son las mejoras que desean. Tener presente al cliente por parte de todos, lleva a una integración de niveles asistenciales, con sistemas de información comunes, compartiendo servicios, accediendo a mayores tasas de resolución desde el primer nivel, potenciando medios alternativos y más seguros para la atención a los pacientes. Buscar, por tanto, una respuesta integral del sistema y no la mejor de las respuestas por cada una de las partes se antoja como elemento clave de una organización sanitaria.

La calidad debe ser algo objetivable, definida y medida. Será más objetiva y mejorable cuanto más descendamos en el nivel de especificación del concepto. La calidad tiene que ser evaluada, necesita de formación, de comunicación y de

financiación. Una buena organización de la búsqueda de esa calidad debe definir los siguientes aspectos: a) Su política y sus líneas estratégicas, hacia dónde quiere caminar y cómo se hacen operativos los planes de acción para conseguir la misión que tiene definida. b) Cómo se gestionan las personas y se estructuran congruentemente con la misión de la organización c) Cómo se gestionan los procesos de apoyo necesarios para realizarla misión de la organización. d) Cómo se desarrollan los sistemas de información para alcanzar los objetivos; si son congruentes. e) Cómo se articula una política de calidad de verdad, con indicadores que midan unos resultados. f) Cómo se gestionan los conflictos; aspectos éticos individuales y de la organización. g) Cómo se organizan los procedimientos y procesos con una visión centrada en el usuario. h) Cómo se organiza la transversalidad de la atención sanitaria. i) Cómo se evalúan, qué información se obtiene y qué planes de mejora se implantan en relación de la gestión del riesgo sanitario.

Los profesionales de la salud basan su interés en la calidad apoyándose en tres cuestiones fundamentales, que constituyen un compromiso ético:

1ª) Responder a la confianza que los pacientes depositan en ellos

2ª) Coherencia con el compromiso científico inherente en la práctica clínica de las ciencias de la salud

3ª) Responsabilidad de mantener la competencia profesional

La satisfacción del profesional ha de ser considerada dentro del componente proveedor; forma parte de la calidad del sistema u organización, si bien, no constituye por sí mismo, un elemento de calidad del servicio, aunque pueda influir en él. Hoy en día no se entiende que la calidad pase por un control externo intensivo, sino por la incorporación, a los valores de las personas, de la importancia que tiene, para su propio trabajo, el interiorizar la calidad como elemento transversal.

5 Discusión-Conclusión

Concepto de “calidad” como búsqueda constante de una mejora asistencial al paciente o usuarios de los servicios hospitalarios o médicos. Con esa mejora constante de la calidad se busca la obtención de unos objetivos:

- Genéricos o Aumentar la satisfacción a través de la mejora de la información y de la agilidad del proceso asistencial o Garantizar la seguridad de todos los pacientes a través de una política de mejora continua o Facilitar la comunicación entre los profesionales, disminuir la variabilidad de la práctica clínica

- Clínicos o Mejorar la adecuación de la tasa de cesáreas o Mejorar la tasa de densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica o Mejorar la tasa de incidencia de infección de herida quirúrgica o Mejorar la tasa prevalencia de infección urinaria en pacientes sondados o Mejorar la mortalidad intrahospitalaria de pacientes oncológicos y sida o Mejorar el % reingresos en urgencias en 72 horas o Mejorar el % solicitudes duplicadas...

Sea de una u otra forma, se utilicen aquellos o éstos, se trata de marcar unos objetivos que repercutan en la atención al paciente, no que sean artificios gestores o clínicos. Objetivos que busquen una coordinación y una respuesta adecuada para los pacientes y tratan, en suma, de incrementar la fiabilidad de la asistencia.

6 Bibliografía

1. Artículo "La gestión de la calidad en las instituciones de salud". Facultad de ciencias médicas Cienfuegos. Cuba. Año 2009
2. "La interacción en el sistema sanitario: médicos y pacientes". Informe SESPAS, año 2002. Idoia Gaminde Inda
3. "Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia". Lorenzo S., Mira JJ, Sánchez E. Año 2000
4. "Sistemas y servicios sanitarios. Manuales de dirección médica y gestión clínica". JR Iñesta. Año 2006
5. "¿Qué sabemos acerca de la eficiencia de las organizaciones sanitarias en España? . Ponencia Jornadas de economía de la salud. Puig J. Año 2000
6. "Manual de estándares Instituciones Sanitarias". Agencia de calidad sanitaria de Andalucía. Consejería de salud. Año 2008
7. Libro "Gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias". Editorial "Díaz de Santos". Año 2014. Javier Cabo Salvador
8. Web del Ministerio de Sanidad Español. Portal estadístico del SNS. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>

Capítulo 593

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORABLES. LA ALTERACIÓN DE LOS CICLOS DEL RITMO CIRCADIANO DE LOS TRABAJADORES HOSPITALARIOS DEBIDO A LA TURNICIDAD

CRISTINA DÍAZ RODRÍGUEZ

MARÍA PATRICIA SOTO BASTIÁN

MARIA CARMEN RODRÍGUEZ LLANEZA

1 Introducción

La cronobiología es la disciplina de la biología que estudia los ritmos biológicos o fenómenos periódicos (ciclos) en los seres vivos. Se basa en la existencia de relojes biológicos endógenos en los organismos, llegando tanto desde el nivel molecular al nivel anatómico. Son capaces de hacer posible una actividad biológica en un espacio concreto de tiempo. Tiene mucho que ver con la endocrinología, la neurociencia, ciencia del sueño y el comportamiento de los organismos.

Los ritmos circadianos provienen de circa, del latín "aproximadamente" y diano "un día", es decir que tiene una periodicidad aproximada a las 24 horas

Los ritmos circadianos afectan a la mayoría de los seres vivos (animales, plantas, microbios), son cambios físicos, mentales y conductuales que se desarrollan

cíclicamente en un periodo de 24 horas. Son procesos naturales relacionados principalmente con la luz (día) y la oscuridad (noche). Sueño, vigilia.

En los mamíferos incluidos los seres humanos el reloj biológico se localiza en el núcleo supraquiasmático o NSQ, que está compuesto por aproximadamente unas 20000 neuronas. Se encuentra en el hipotálamo que es una parte del cerebro que recibe información directa de los ojos. Desde el cerebro se envía una señal que llega a todas las células del cuerpo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Exponer las actuaciones adecuadas para que la turnicidad en el trabajo no altere el ritmo circadiano.

Objetivo secundario:

- Explicar las causas que pueden originar en el organismo la alteración del ritmo circadiano y, por lo tanto, producir diferentes problemas en nuestro cuerpo entre los que se pueden encontrar, somnolencia, desorientación, etc.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han consultado varios documentos y también comentando con diferentes compañeros, al mismo tiempo se han consultado diferentes revisiones bibliográficas y distintos artículos de diferentes bases de datos entre las que se encuentran: Pubmed, Elsevier, Forte, Pharma, Dokhand, etc)

4 Resultados

En los ciclos circadianos participan varias hormonas entre las que se encuentran: (HC) que es la hormona del crecimiento, el cortisol, la melatonina (MLT) y la prolactina (PRL) que forman parte de los relojes biológicos.

Los investigadores Jeffrey C. Hall, Michael Rosbash y Michael W. Young fueron galardonados en 2017 con el prestigioso Premio Nobel en reconocimiento por su investigación sobre los ritmos circadianos. Estudiaron moscas de la fruta, cuya composición genética es muy parecida a la de los seres humanos y encontraron un gen que elabora una proteína que se acumula en las células durante la noche y que se descompone durante el día y ayuda a controlar el reloj del cuerpo. Este

proceso puede afectar el sueño, la agudeza del funcionamiento cerebral y más aspectos.

Los genes más importantes en los ritmos circadianos son el gen período y el gen criptocromo, los cuales codifican las proteínas que se acumulan en el núcleo de las células en la noche y que disminuyen en el día

Las mutaciones o los cambios en ciertos genes pueden afectar los relojes biológicos;

- el desajuste horario o el trabajo por turnos cambia el ciclo luz-oscuridad.
- la luz de los dispositivos electrónicos en la noche puede confundir los relojes biológicos.

Estos cambios pueden causar trastornos del sueño y producir otras afecciones médicas crónicas, como obesidad, diabetes, depresión, trastorno bipolar y trastorno afectivo estacional.

La producción de melatonina empieza a aumentar cuando se inicia la disminución de luz ambiental y alcanza un pico máximo entre las 2.00 y las 4.00 horas. Es lo que se denomina ritmo circadiano de la melatonina.

Con la disminución de la luz aumenta la producción de melatonina y alcanza su pico máximo entre las 2:00 y las 3:00 de la madrugada.

Hay diferentes cronotipos humanos que están en relación con la hora en que se produce el pico de melatonina:

- Cronotipo intermedio: En un horario nocturno entre las 00:00 y 08:00 horas. El pico de melatonina se da sobre las 3:00 horas. Dentro de este grupo está el 50 % de la población
- Cronotipo matutino: En un horario nocturno entre las 22:00 y las 6:00. El pico de melatonina se adelanta a la medianoche. Son personas que necesitan ir pronto a dormir y es a primeras horas de la mañana cuando están en su momento más activo. Dentro de este grupo está el 25% de la población.
- Cronotipo vespertino: Su horario de sueño es de las 3.00 a las 11.00 horas. El pico de melatonina se da a las 6.00 horas. Es aquella persona que rinde mejor por la noche, pero que durante la mañana duerme hasta tarde. El otro 25% de la población.

Ahora a través de cuestionarios muchas empresas de trabajo a turnos están conociendo el cronotipo de cada trabajador, para contratarlos dentro de su cronotipo específico y así rindan más, sean más efectivos y haya menos riesgo de accidente. El cambio de turno en el trabajo nos desajusta el reloj biológico que debería tener un orden tanto durante el día como durante la noche para que nuestro organismo funcione con regularidad

5 Discusión-Conclusión

Los turnos en el trabajo causan daños para la salud de los trabajadores y esto se ve incrementado cuando hay turno de noche. Por norma general los turnos de noche en los Hospitales abarcan de 10:00 de la noche a 8:00 de la mañana. Se suelen establecer turnos rotatorios entre los trabajadores para evitar minimizar los trastornos en la salud de los trabajadores. Pero aunque se vaya intercalando el horario de día con el de la noche los efectos nocivos para la salud siguen existiendo tanto a nivel físico como psicológico.

Los efectos que puede causar la turnicidad y sobre todo el horario de noches: Cansancio corporal y emocional, malestar, disminución de la capacidad de concentración y de la memoria, dolores musculares y articulares frecuentes dolores de cabeza, insomnio o sueño de poca calidad lo que nos hace sentir cansados, trastornos digestivos, problemas circulatorios estrés, depresión, agresividad, envejecimiento prematuro.

Por lo tanto, puede llegar a causar accidentes laborales y enfermedad profesional. Se deben hacer revisiones periódicas para intentar paliar los problemas de salud. En definitiva las personas estamos hechas para andar por el día y para dormir por la noche.

6 Bibliografía

- 1-<https://www.efesalud.com/melatonina-la-hormona-de-la-oscuridad/>
- 2-<https://www.nigms.nih.gov/education/fact-sheets/Pages/circadian-rhythms-spanish.aspx>
- 3-<https://www.google.com/search?channel=crow5&client=firefox-b-d&q=melatonina>
- 4-<https://www.revistamedica.com>

Capítulo 594

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ORGANIGRAMA DE LOS CENTROS DE SALUD

MONICA POZUECO ALVAREZ

1 Introducción

La Constitución española establece que las competencias en materia de sanidad son de las Comunidades Autónomas, aunque el Estado tiene alguna competencia exclusiva como por ejemplo la sanidad exterior, legislación sobre productos farmacéuticos entre otras.

Las Comunidades autónomas se organizan en servicios de salud que a su vez se va dividiendo en áreas de salud (Principado de Asturias) en otras comunidades autónomas se les denomina departamentos.

Las áreas de salud en Asturias agrupan un conjunto de centros de salud y consultorios que disponen todas ellas de un hospital de referencia.

El primer nivel asistencial que reciben los pacientes para la solución de sus problemas de salud se realiza en los centros de salud y consultorios, a esto se denomina atención primaria que se basa en cuatro acciones, la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Se prestan en los centros de salud y consultorios.

En mayor o menor medida, los centros de salud están compuestos por médicos de familia, pediatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, celadores. Así mismo, en algunos centros que forman la cabecera de las zonas básicas de salud nos encontramos con otros profesionales como, matronas, dentistas, trabajadores sociales, fisioterapeutas. El consultorio es una estructura más pequeña al asistir a núcleos con menor población.

En los centros de salud y consultorios los usuarios y pacientes son atendidos en primer lugar por el personal no sanitario bien presencialmente o por vía telefónica. El personal no sanitario estará formado por auxiliares administrativos o celadores dependiendo de las características del centro.

2 Objetivos

Exponer las distintas funciones que realiza el celador en los centros de atención primaria y valorar la importancia del trabajo realizado por los mismos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado búsqueda y análisis de artículos relacionados con la materia, procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los celadores realizan una serie de funciones en los centros de salud, estas son: Apertura del centro y encendido de las luces de todas las dependencias que de él dependen.

Vigilancia y seguridad, el celador velará que las instalaciones estén perfectamente limpias y en orden, prestará atención a que los enfermos y usuarios guarden silencio.

Información y atención al usuario, intentar solucionar todas las dudas que los pacientes tengan en todo lo referente a citas, horarios, situación de las consultas, papeleo, etc.

Traslado de pacientes con movilidad reducida tanto a las consultas o a la ambulancia, en cuanto un paciente con movilidad nula o reducida, el celador debe encargarse del traslado a la dependencia o consulta del centro al que el enfermo acuda.

Ayudar al personal sanitario en la realización de pequeñas curas, movilización y sujeción del paciente cuando fuera necesario, etc.

Reparto de documentación, procurar repartir y recoger las historias clínicas en cuanto el médico o la enfermera las precisen. También el celador se encargará de distribuir y recoger la correspondencia y todo tipo de documentación.

Archivo de las historias clínicas.

Reposición de materiales. El celador es el responsable de reponer el material que falta en las consultas y demás dependencias. También es tarea del celador el manejo de las fotocopadoras entre otros aparatos y dar aviso de las averías que pudieran producirse. Colocar el pedido.

En algunas ocasiones el celador realizar recados oficiales, dentro y fuera del centro de trabajo, correos, juzgados....

En los centros de salud que tengan servicio de urgencias las 24 horas, una función del celador es prestar sus servicios en horario nocturno, festivos, fines de semana, atención telefónica de urgencias, tomar datos a los pacientes que precisen una atención urgente.

Algunos celadores pueden prestar sus servicios para funciones administrativas, entrega de recetas, entrega de documentación a los pacientes e incluso en algunos consultorios dar citas y todo el trabajo administrativo necesario.

5 Discusión-Conclusión

El celador, en todos los ámbitos, pero particularmente en los centros de salud, tienen que tener una actitud frente a los pacientes y usuarios, colaborativa, empática, educada ya que es el primer profesional del centro sanitario que recibe a los pacientes que acuden al centro con patologías más o menos graves y con estas actitudes pueden ayudar a tranquilizar a las personas.

En lo referente a la información que los celadores dan a los pacientes, ésta NUNCA será sobre salud, tratamientos o cualquier información que atañe a otros pacientes.

Dentro del organigrama del personal en un centro de salud, el celador tiene una función esencial en todo lo que atañe a los pacientes y usuarios partiendo del recibimiento, los traslados, las tareas de información y creando un nexo de unión entre los distintos profesionales del centro para la realización del trabajo más provechosa y que afecte positivamente a todos los enfermos y usuarios que allí acuden.

6 Bibliografía

Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad
Celadoresonline.blogspot.com

Capítulo 595

RIESGO DE LESIONES EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

EVA MARÍA RIESCO MENÉNDEZ

CARLA BRAÑA SUAREZ

1 Introducción

Muchos profesionales que desempeñan sus funciones en el sector sanitario practican , como parte de sus tareas habituales , actividades como la movilización de pacientes o la manipulación de cargas.

La higiene , las prácticas diagnósticas y quirúrgicas o el propio bienestar de los usuarios del sistema de salud son los elementos que originan las movilizaciones de pacientes.

El concepto de movilización comprende aquellas prácticas destinadas a realizar cambios posturales o el transporte a través de las instalaciones hospitalarias . La correcta administración de estas técnicas es especialmente útil cuando se trata con pacientes dotados de escasa autonomía , incapaces de colaborar en las movilizaciones de un modo activo . Promover la aplicación correcta de estos procedimientos ayuda a evitar lesiones , principalmente musculo-esqueléticas y que en muchos casos afectan a la columna vertebral.

La manipulación manual de cargas , habitual y esencial en el medio sanitario , provee a los trabajadores de los mismos riesgos laborales.

Las posturas incorrectas , las cargas con pesos excesivos , así como las dificultades derivadas de la falta de espacio , ritmos de trabajo inadecuados, falta de planificación y previsión , así como también cabe destacar la ineficiente forma-

ción de los trabajadores implicados son motivos habituales de lesiones laborales y más frecuentes de lo que pensamos.

2 Objetivos

- Determinar las patologías más frecuentes derivadas de la movilización de pacientes.
- Enumerar los principios básicos de movilización de pacientes.
- Factores de riesgo a la hora de evaluar una unidad o servicio hospitalario en relación con dichas patologías
- Índice para cuantificar de forma numérica el nivel de riesgo (MAPO)

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente sobre lesiones en centros hospitalarios en relación con el manejo de pacientes.

Se ha consultado también la base de datos MEDLINE a través del motor de búsqueda PubMed y el Google académico con las palabras clave movilización, columna, espalda, esfuerzo músculo esquelético, prevención.

4 Resultados

Las lesiones más frecuentes que puede producir la manipulación manual de cargas en general y la movilización de pacientes en particular son las lumbalgias (dolor de espalda), alteraciones de los discos intervertebrales (hernias discales) y fracturas vertebrales por sobreesfuerzo.

La relación entre estas patologías y la movilización de pacientes está recogida en la literatura científica hasta el punto de que la prevalencia de la lumbalgia, por ejemplo, entre el personal que moviliza pacientes se sitúa entre el 5% y el 11%, mientras que en la población general es del orden del 3%

Para minimizar las probabilidades de padecer una de estas patologías hay que en primer lugar respetar unos principios básicos a la hora de movilizar personas.

- Pensar la forma correcta de realizar la maniobra,
- Comprobar que la cama, y/o la silla, esté frenada, antes de realizar cualquier movilización.
- Tener en cuenta las sondas, goteros, apósitos, etc, que pueda tener el paciente.

- Observar la reacción del paciente, en caso de dolor puede hacer movimientos bruscos o inesperados.
- Mantener la persona a movilizar cerca del cuerpo ya que cuanto más lejos más fuerza que se requiere para moverla.
- Siempre que se pueda mejor empujar que tirar.
- Intentar mantener la espalda recta y sobre todo no realizar giros con torsión de espalda (hay que girar moviendo los pies).
- Los pies se han de colocar separados y uno ligeramente más adelantado. Esto proporciona una mejor base de apoyo y la estabilidad.
- Utilizar el propio cuerpo como contrapeso para aumentar la fuerza aplicada y la inercia del cuerpo de la persona a movilizar.

A la hora de evaluar los factores de riesgo en una unidad o servicio hospitalario hay que tener en cuenta:

- Carga asistencial en número de pacientes no autónomos que hay que atender
- Tener en cuenta el número de trabajadores que realizan la movilización de pacientes por turno y el número de camas a atender.
- Grado de discapacidad motora de los pacientes.
- Características del entorno de trabajo que puedan hacer variar la frecuencia de movilizaciones y/o exigir posturas más forzadas al realizarlas. Especialmente las relacionadas con la accesibilidad en las habitaciones y en los baños.
- Disponibilidad y adecuación de los equipos de ayuda que permitan minimizar la carga biomecánica del trabajador que los utiliza (elevadores, grúas, camas y camillas regulables en altura mediante mecanismos eléctricos o hidráulicos, sábanas deslizantes, cinturones ergonómicos, etc.). Concretamente, las grúas de elevación se consideran adecuadas si al menos el 90% de maniobras de levantamiento total del paciente se pueden realizar de forma completamente auxiliada.
- La formación de los trabajadores para una correcta movilización de los pacientes. Es necesario desarrollar formación periódica teórico-práctica al personal sobre las técnicas para realizar movilizaciones minimizando la exigencia biomecánica y sobre el uso correcto de los equipos de ayuda.

Para identificar el nivel de riesgo de una unidad o servicio hospitalario de forma más precisa se pueden evaluar los factores anteriores y otros según la metodología MAPO (Movilización Asistencial de Pacientes Hospitalizados)

En función del valor de este índice el riesgo se puede considerar aceptable si el valor del índice MAPO está entre 0,01 y 1,5; para valores entre 1,51 y 5, el riesgo es moderado y para cifras superiores a 5, el grado de riesgo se considera elevado (en este caso habría que llevar a cabo una formación específica e implementar las medidas necesarias para reducir los factores de inseguridad)

El valor de este índice MAPO sirve de guía planificar medidas preventivas adecuadas, valorar las carencias de recurso y la recolocación de los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Las movilizaciones de pacientes requieren esfuerzos musculoesqueléticos que pueden dañar la columna y la espalda. En la formación del trabajador se debe incluir información teórico-práctica sobre los principios básicos de movilización de pacientes así como del manejo de todos los equipos de ayuda que disminuyen la carga

Periódicamente habrá que evaluar el riesgo de la unidad o servicio de la forma más precisa posible con una metodología adecuada para así detectar en cada momento las carencias. En función del resultado de dicha evaluación se tomarán las medidas oportunas para mejorar en relación al personal, los turnos, la formación necesaria tanto la básica como la del manejo de los medios mecánicos y otras ayudas disponibles.

6 Bibliografía

- 1.“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 <https://sanidad.castillalamancha.es/>
www.riesgos-laborales.com
<https://scholar.google.es/>.

Capítulo 596

PROCEDIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS

MARIA BELEN MENENDEZ GONZALEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe las técnicas de Higiene de manos con el objeto de que se tome conciencia de la importancia en la prevención de las infecciones que están relacionadas con la asistencia sanitaria. Las manos es el mecanismo principal de transmisión de infecciones.

Equipamiento necesario

- Jabón antiséptico y agua
- Toalla de papel desechable
- Solución hidroalcohólica

Se puede hacer la higiene de manos de dos formas diferentes:

1. Frotando las manos con una base hidroalcohólica
2. Lavando las manos con agua y jabón antiséptico

La forma más efectiva de asegurarnos una higiene de manos óptima es una fricción de manos con una base de solución hidroalcohólica que se usará para la antisepsia de las manos de forma rutinaria. Las ventajas que presenta d inmediato son estas:

- Elimina la mayoría de los gérmenes y virus
- Es necesario de 20 a 30 segundos
- Está disponible en el punto de atención al paciente el producto.
- Buena tolerancia a la piel.
- No necesita de agua, lavabo, toalla ni jabón.

El estar disponible en el punto de atención al paciente es porque confluyen paciente, profesional sanitario y tratamiento o asistencia y es una de las zonas donde mayor probabilidad hay de coger gérmenes o virus.

2 Objetivos

- Conocer las técnicas de higiene de manos correctas para no transmitir gérmenes o virus.
- Proceder de cómo desinfectarse y lavarse las manos paso a paso.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros como: “higiene” “manos” “lavado de manos”, También se han consultado en la Organización Mundial de la Salud.

4 Resultados

¿Cómo desinfectarse las manos?

Se desinfecta las manos por higiene. Las manos se lavarán sólo cuando la suciedad está visible.

El procedimiento completo durará de 20 a 30 segundos.

1- Depositar en la palma una dosis de suficiente producto para que toda la superficie se cubra.

2- Frótese entre sí las palmas de las manos.

3- Frotarse la palma de la mano derecha contra el dorso de la izquierda con los dedos entrelazados y viceversa.

4- Frotar las palmas entre sí con los dedos entrelazados

5- Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la opuesta. Los dedos agarrados.

6- Frotar con movimiento de rotación el pulgar izquierdo, agarrándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.

7- Los dedos de la mano derecha frotar la punta contra la palma de la izquierda haciendo movimiento rotatorio y viceversa.

8- Secar las manos y ya tenemos seguridad de que están limpias.

¿Cómo lavarse las manos?

- 1- Con agua, mojar las manos.
- 2- Echar jabón en la palma de la mano para cubrir toda la superficie de la mano.
- 3- Frotarse las palmas entre sí.
- 4- Con la palma de la mano derecha, frotarse el dorso de la izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
- 5- Frotar las palmas de la mano entre sí, con los dedos entrelazados.
- 6- Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la otra, agarrando los dedos.
- 7- Frotar la punta de los dedos de la derecha contra la palma de la izquierda haciendo movimiento de rotación.
- 8- Enjuagarse bien la manos.
- 9- Secarse con toallas desechables.
- 10- Coger una toalla para cerrar el grifo.
- 11- Ahora ya están seguras las manos.

5 Discusión-Conclusión

Las indicaciones para la higiene de manos son independientes de las que justifican el uso de guantes bien estériles como no. El uso de guantes se utiliza cuando pueda existir contacto de sangre, fluidos corporales, secreciones, etc por lo que no modifica la realización de la higiene de manos.

Si en una higiene de manos precede hacer una tarea que necesite el uso de guantes, se hará la higiene de manos después de quitárnoslos.

Cuando a una indicación de higiene de manos le sigue una tarea que necesita guantes, la higiene de manos será después de quitar los guantes.

Cuando se da una indicación de manos cuando el profesional lleva guantes, se quitarán para hacer la higiene de manos y cambiarlos.

Es bueno unas uñas bien cortadas y no usar postizas cuando se está en contacto con el paciente

6 Bibliografía

1.https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_medica/medicina_preventiva/poe_higiene_manos_v2_1.pdf.

Capítulo 597

SUMINISTROS HOSPITALARIOS. EL CELADOR EN EL ALMACÉN

MARIA BELEN MENENDEZ GONZALEZ

1 Introducción

Almacén: Local o edificio donde se depositan mercancías. Para diseñar un almacén hospitalario se va a mirar la optimización del espacio disponible. Un almacén recibe, prepara y guarda cualquier tipo de mercancía.

Las funciones que un Almacén desempeña en un centro Hospitalario son:

- Recepción de productos solicitados a proveedores externos.
- Control de calidad
- Sirve de depósito de mercancías
- Expedición de pedidos.

¿Cuál es el fin de un almacén en un Hospital?. Es garantizar el aprovisionamiento, custodia y distribución de materiales en las diferentes unidades y servicios a un coste razonable y en todo momento.

En un Hospital o Centro de Salud nos encontramos con dos almacenes como mínimo. Uno es el de farmacia y otro el de almacén general que a su vez se puede dividir en almacén de material de mantenimiento, almacén de material clínico fungible, almacén de material quirúrgico, almacén de papelería, almacén de lencería, almacén de aparataje, etc.

Hay almacenes según el tipo de material donde su uso puede estar relacionado con el paciente o con el funcionamiento del centro sanitario.

Si está relacionado con el paciente, puede haber los siguientes almacenes:

- Almacén de farmacia
- Almacén de material clínico fungible

- Almacén de material aparataje y quirúrgico
- Almacén de lencería

Si está relacionado con el funcionamiento del Centro Sanitario:

- Almacén de papelería
- Almacén de mantenimiento
- Almacén de lencería

2 Objetivos

- Exponer cuáles son las funciones del Celador en el almacén
- Hacer una descripción de las diferentes fases en la tarea de suministro.

3 Metodología

Revisión bibliográfica. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros así como en el buscador Google Académico. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas. Se ha introducido los términos de búsqueda combinados con filtros como: “almacén” “celador”. Consultado también en la Organización Mundial de la Salud.

4 Resultados

El papel del Celador encargado del almacén se contempla en el acuerdo del Consejo de Ministros 26/06/1990 que modifica el RD Ley 3/1987 de 11 de septiembre:

- Recibe mercancías haciendo comprobaciones que el número de bultos que el albarán indica sea correcto (se realiza el control de forma cuantitativa). Será el encargado de acertar o no los artículos.
- Revisa el material que recibe.
- Carga y descarga la mercancía
- Coloca los diferentes artículos en las diferentes estanterías del almacén.
- Comprueba que los vales de pedido están correctamente para poder dar el material solicitado. Deben estar firmados por el responsable.
- Hay que hacer un inventario diario del material de entradas y salidas.
- Hay que participar en el inventario general.

Es fundamental la rapidez y la efectividad como trabaje el Celador. Tiene que ser resolutivo , efectivo y seguro en la tarea a realizar.

Descripción de las fases en la tarea de suministro:

1. Previsión de aprovisionamiento
2. Planificación de adquisiciones
3. Procedimiento administrativo de contratación.
4. Petición del material
5. Recepción y revisión de la mercancía
6. Almacenar la mercancía
7. Mapa del almacén
8. Gestión de Stock

El objetivo y la finalidad última de los Almacenes es la distribución de pedidos. Se hará en un impreso normalizado la petición del material que se quiere (en un vale o en una hoja de pedido) y tiene que ser firmado por el responsable de servicio. Los celadores son los encargados del almacén quienes preparen el pedido.

Tiene que aparecer en el impreso el nombre del pedido, código y cantidad y la identificación del servicio, fecha y firma. Se entrega el material y se dará junto con el vale de pedido la copia de la relación de la mercancía servida.

Para agilizar y ser más eficaz es importante que se programen los pedidos adecuadamente y el plazo de servirse sea dentro del periodo establecido (diario, semanal, etc.). Cuando hay urgencias, la mercancía se entrega inmediatamente.

Los artículos tienen que estar identificados y se aplican para ello la tecnología. Cada uno lleva una grabación de un código de barras o va integrado un chip de RFI (identificador de radiofrecuencia para transmitir datos).

5 Discusión-Conclusión

El almacén en un Hospital o Centro Sanitario garantiza el aprovisionamiento de los diferentes servicios y unidades a coste razonable y en todo momento.

El Celador en este servicio de Almacén hace una labor importante porque está encargado de recibir, recepcionar y almacenar la mercancía de forma eficaz para luego distribuirlo por todas las Unidades o Áreas de las diferentes plantas o servicios del Hospital y tiene que ser de forma rápida, resolutive y eficientemente. Es importante que el Celador conozca todas las zonas del almacén, los stocks, que conozca cuáles son sus funciones para que el almacén funcione correctamente.

6 Bibliografía

<https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-26-el-celador-en-el-servicio-del.html>

Manual del Celador de Instituciones Sanitarias. MAD

Capítulo 598

PREGUNTAS Y RESPUESTAS FRECUENTES SOBRE LA PANDEMIA MUNDIAL CAUSADA POR EL COVID19

NURIA MARIA GARCÍA POZUECO

CAROLINA ANTUÑA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El covid-19 es una enfermedad de origen zoonótico que está causada por el virus SARS-CoV-2 más comúnmente conocido como coronavirus. Los coronavirus son una numerosa familia de virus, que inicialmente solo afectan a los animales pero que algunos han adquirido la capacidad de transmitirse a los humanos. La sintomatología que presentan, aunque es muy amplia, suele causar simplemente síntomas leves propios de una gripe estacional. Los síntomas más comunes son: tos, fiebre, dificultad para respirar, náuseas, vómitos e infecciones respiratorias. A pesar de que la mayoría de los síntomas son leves, pueden causar infecciones respiratorias graves como el síndrome respiratorio agudo severo o el síndrome respiratorio de oriente medio (MERS).

El SARS-CoV-2 se detectó por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad China de Wuhan. Desde entonces la pandemia ha evolucionado muy rápidamente, causando hasta la actualidad más de 257 millones de contagios y hasta 5,1 millones de muertes en todo el mundo. El virus se propaga normalmente a través de gotículas respiratorias o aerosoles entre personas que están en contacto. Las autoridades políticas y sanitarias de todos los países del mundo han diseñado

unas directrices y normas preventivas para frenar el contagio de la enfermedad. Sin embargo, el número de contagios sigue creciendo y son muchos los interrogantes que actualmente siguen presentes en la sociedad. Por ello, en el presente documento vamos a responder a algunas de las preguntas más frecuentes sobre el coronavirus.

2 Objetivos

- Resolver preguntas frecuentes sobre la enfermedad por coronavirus.
- Promocionar el uso de las mascarillas, vacunas y las normas de prevención.

3 Metodología

A la hora de elaborar este documento se ha realizado una revisión bibliográfica de documentos relacionados con el coronavirus, la actualidad de la pandemia y las campañas de vacunación. Todos los documentos estaban publicados en español e inglés desde 2020 a 2021. La base de datos empleada es el buscador Google Académico. Palabras clave: coronavirus, infección respiratoria, pandemia, vacunación.

4 Resultados

Dudas generales sobre el coronavirus:

1. ¿Cómo se transmite el coronavirus?

El coronavirus se transmite a través de gotículas respiratorias o pequeños aerosoles. Las gotículas respiratorias se generan a través de la tos o el estornudo. Las secreciones penetran por inhalación o ingestión. Por ello es importante llevar mascarilla especialmente en espacios cerrados, taparse la boca y la nariz a la hora de toser o estornudar y respetar la distancia interpersonal de 1,5m.

Según un informe de la OMS no se concluye que el virus se pueda transmitir a partir de superficies como mesas, teclados o pomos de puertas. De todas formas no se descarta que puedan alojar otro tipo de microorganismos o virus. Por ello, se insiste en la desinfección de superficies y en el lavado higiénico de manos.

2. ¿Cuánto dura el periodo de incubación?

Se ha estimado que el periodo de incubación dura de 5 a 7 días, pero puede llegar hasta 14.

3. ¿Quiénes forman parte de los grupos de riesgo?

Las personas que forman parte de los grupos de riesgo son aquellas que ya padecen patologías previas. La hipertensión, obesidad, edad avanzada, diabetes, enfermedades autoinmunes y problemas respiratorios aumentarían la probabilidad de que la enfermedad por coronavirus presente complicaciones.

Dudas generales sobre la vacunación:

1. ¿Es necesario realizarse una PCR o serología antes de la vacuna?

No, no es necesario y no se recomienda.

2. ¿Puedo elegir la vacuna que se me va a administrar?

No. La vacuna se administra en función de la eficacia y la indicación de los fabricantes para los distintos grupos de población.

3. ¿La vacuna es gratis?

Sí, en España la vacuna contra el coronavirus es totalmente gratuita.

4. ¿Por qué es importante vacunarse?

El objetivo principal de la vacunación es disminuir la gravedad del coronavirus especialmente para aquellas personas que se encuentren dentro de un grupo de riesgo. Además de proteger a la persona vacunada, la vacunación también protegerá al resto de población. Cuantas más personas estén inmunizadas menor será la probabilidad de contagio.

5. Después de vacunarme, ¿puedo hacer vida normal?

El resto de normas de prevención para el covid19 siguen vigentes tras la vacunación. Al aire libre no es necesario llevar mascarilla, pero en sitios cerrados debemos llevar mascarilla homologada, usar gel hidroalcohólico y respetar la distancia de seguridad.

6. ¿Si estás embarazada puedes ponerte la vacuna?

Sí, a las mujeres embarazadas y en lactancia se les administrará una vacuna con ARNm cuando le corresponda a su grupo de población. No se considera que las vacunas afecten a los periodos de lactancia.

7. ¿Qué se entiende por pauta completa de vacunación?

Dos dosis para Pfizer, Astrazeneca y Moderna. Una dosis para Janssen.

Otras preguntas frecuentes:

1. Tengo síntomas, ¿qué debo hacer?

Recordemos que los síntomas comunes del coronavirus son: tos, fiebre, dolor de garganta y pérdida del gusto o del olfato. En el caso de padecer alguno de estos síntomas deberá realizar aislamiento, llamar a su centro de salud y avisar a las personas con las que ha estado en contacto.

2. ¿Debo hacer cuarentena si soy contacto estrecho?

Si tienes la pauta completa de vacunación y no padeces síntomas no es necesario que hagas cuarentena.

Los equipos de rastreo de tu comunidad autónoma se pondrán en contacto contigo para realizar una prueba diagnóstica. De todas formas, deberás extremar el uso de mascarilla, gel hidroalcohólico y la distancia de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad causada por el SARS-CoV-2 se denomina covid19 y comenzó en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan (China). Desde entonces la enfermedad se ha propagado muy rápidamente por todo el mundo causando millones de muertes. La enfermedad se contagia por gotículas o aerosoles que se desprenden al toser, hablar o estornudar. No se ha demostrado que se pueda transmitir el virus a través de superficies artificiales pero de todas formas se recomienda la desinfección.

Son múltiples las medidas preventivas que en los últimos años se han implantado en los distintos países del mundo. Las más destacadas son: correcta higiene de manos, uso de mascarilla homologada, distancia de seguridad y la vacunación. La importancia de la vacunación radica en que además de proteger a la persona vacunada se protege al resto de la población. Alcanzar la inmunidad de grupo es prioritario para minimizar la probabilidad de contagio.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Ciudadanos - Preguntas y respuestas frecuentes - Estudio Nacional Epidemiológico de la infección por COVID-19 en España (ENE-COVID) (mscbs.gob.es).
2. Preguntas frecuentes sobre el coronavirus (COVID-19) | CDC.
3. ¿Cómo actúo? (euskadi.eus).

4. Diagnóstico del Coronavirus SARS-CoV-2 | Hospital Clínic Barcelona (clínicbarcelona.org).

Capítulo 599

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN UN PLAN DE EMERGENCIAS

MARIA CADENAS ALVAREZ

1 Introducción

El plan de emergencia tiene por finalidad definir la secuencia de acciones a desarrollar para el control inicial de la emergencia que pudiera producirse, planificando la organización humana, los medios y conocimientos que la posibiliten. Se trata de evitar que tenga que llegarse a la evacuación parcial o total del hospital, y en caso de que haya que llegar a la misma, esta sea lo más ordenada, organizada y fácil posible.

En un hospital , las emergencias pueden ser muy variadas, pudiendo ir desde una situación de catástrofe externa que puede ocasionar la llegada de numerosos enfermos o heridos, pasando por situaciones potenciales de emergencias interna (incendios, alarma de bomba...).

Las emergencias se clasifican en:

- Conato de emergencia: accidente que puede ser controlado de forma sencilla y rápida por el personal y medios de protección local.
- Emergencia parcial: emergencia que necesita de la actuación de toda la brigada de intervención para ser dominada, y que afecta a una zona o sector y no a los colindantes.
- _ Emergencia general: emergencia que precisa de la intervención de todos los equipos y medios de protección del hospital, y la inmediata asistencia de los equipos de extinción, socorro y salvamento externo. Implica la evacuación de personas de un sector de un pabellón del hospital o de un pabellón entero.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir en qué consiste un plan de emergencias y las funciones que realiza el celador ante esta situación.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de artículos en las principales bases de datos: Google académico, Pubmed, Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Todo el personal que presta servicios en un hospital, viene obligado a conocer y cumplir las normas generales y criterios básicos que desarrollen el plan de emergencias. Los celadores forman parte del personal encargado de la evacuación de los pacientes y sus acompañantes.

La misión de los celadores al recibir la alerta es:

- Los celadores componentes del equipo de segunda intervención tendrán como misión recoger la máxima información de la emergencia procedente de la centralita y aprovisionarse del equipo necesario y acudir al lugar de la emergencia.

- El resto de los celadores estarán coordinados por el jefe del personal subalterno, y sus funciones serán muy variadas:

- _Ayudar al personal sanitario en la evacuación de enfermos, especialmente en aquellos con graves limitaciones en su capacidad locomotora y funcional.

- _Alejar materiales inflamables y combustibles del lugar de la emergencia.

- _Eliminar obstáculos en las vías de evacuación.

- _Localizar todas las camillas y sillas de ruedas necesarias para el traslado de los pacientes.

- _informar a los acompañantes de enfermos o visitantes del hospital sobre la vía de evacuación más adecuada.

La forma más rápida y segura que tiene el celador para el traslado de enfermos es un camilla o en silla de ruedas. Pero esto no siempre es posible debido a muchos factores como el espacio reducido, escaleras..etc. Cuando nos enfrentamos a estos problemas las técnicas más efectivas para la evacuación de pacientes son.

-Por levantamiento: cargando al paciente al hombro o entre dos celadores entrecruzando los brazos como si fuera una silla.

-Por arrastre: directamente sujetando al paciente por axilas o muñecas , o arrastrándolo con una sábana, manta o colchón.

Como criterio general en la evacuación de pacientes se define el siguiente orden.

1-Enfermos que puedan desplazarse por si mismos.

2-Enfermos evacuados que no pueden moverse por si mismos, que estén más alejados de la zona de salida.

2-Enfermos impedidos más próximos a la zona de salida.

5 Discusión-Conclusión

La instauración de los planes de emergencias necesitan del esfuerzo de toda la organización y, sobre todo, de los trabajadores por ser parte fundamental por su involucración directa en todo el proceso.

Los celadores son parte fundamental de este plan de emergencias, por sus funciones de movilización y traslado de pacientes y por el conocimiento que tienen de todas las dependencias del hospital .

Por último es fundamental que para que el plan de emergencias sea efectivo, se realicen entrenamientos periódicos de los empleados para pensar en las distintas formas de movilizar de manera efectiva a los pacientes en caso de que deba evacuarse un hospital.

6 Bibliografía

1-<https://www.cgtsanidadlpa.org>>.

2-<http://celadoresonline.blogspot.com>>.

3-<http://www.socideco.com997-fun>.

4-Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.

Capítulo 600

LA NOCTURNIDAD EN EL TRABAJO Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD

VANESSA GARCÍA SAUCES

JAKELINE GONZALES

BLANCA ESTHER GARCÍA MONTES

LINA MARIBEL RUBIO INGUILÁN

NIEVES ÁLVAREZ GARCÍA

1 Introducción

Para el desempeño de trabajos en el ámbito sanitario es necesario el rotar turnos para que en ningún momento queden los servicios descubiertos y entre ellos tenemos el trabajo por la noche o también denominada nocturnidad, la cual puede llegar a aumentar riesgos para la salud, pudiendo llegar a mermarla considerablemente. El impacto dependerá del sexo, edad y/o características de cada empleado. La tolerancia al cambio también puede repercutir en dicha salud.

Los efectos para la salud al trabajar de noche son variados:

Los ciclos circadianos se alteran al cambiar el ritmo biológico. Dichas alteraciones producen diversos efectos sobre la salud

☒ Nuestro rendimiento disminuye con la modificación de los horarios de sueño. Se achaca esto al origen de patologías como la narcolepsia.

☒ Alteraciones en las comidas nuestra dieta sufre cambios continuos que repercuten en nuestra salud

☒ Aumenta la carga física con la alteración de los ciclos circadianos sube la tensión, frecuencia cardíaca, y el consumo de oxígeno aumenta el ritmo respiratorio. La noche trae consigo problemas cardiovasculares.

☒ Se incrementa la carga mental: tardamos más en dar respuesta, provocando una ralentización en las tareas a desempeñar. Esto provoca mayor posibilidad de sufrir un accidente en el trabajo. Las consecuencias psicológicas también florecerán en mayor medida

2 Objetivos

Dar a conocer las consecuencias para la salud del trabajador la realización de turnos nocturnos

3 Metodología

En la elaboración del presente escrito, se han tenido en cuenta las publicaciones científicas existentes, así como bases de datos y artículos de prensa con fundamento similar al aquí tratado. Así mismo, se ha tenido en cuenta el conocimiento propio en la materia, desarrollado el mismo de una forma literaria lo más entendible posible para el conocimiento de terceros.

4 Resultados

Al trabajar en el turno de noche se pierden cinco años de vida por cada quince de jornada laboral, con el consecuente desgaste familiar y social. De igual forma son los que más posibilidades tiene de padecer trastornos digestivos, cardiovasculares y neuropsicológicos.

Más de dos millones de habitantes del territorio español padecen los horarios nocturnos o rotatorios, jornadas prohibidas en los países nórdicos, donde no está permitido que los mayores de 35 años trabajen por la noche. Contradecir al sol conlleva sus riesgos.

Los accidentes laborales con mayores consecuencias suceden en los turnos de noche. Insomnio, irritabilidad, angustia, depresión, problemas digestivos, pánico, enfermedades cardiovasculares por un estrés crónico. Si a esto le unimos las adiciones: tranquilizantes, excitantes, alcohol, tabaco, tenemos un cóctel muy peligroso para la salud.

El desajuste horario desequilibra al ser humano y produce a la persona alteraciones sociales y psicológicas

En la noche el organismo se prepara para descansar. Los ritmos biológicos naturales y saludables coinciden con el día y la noche. El trabajo nocturno produce un desajuste del ritmo circadiano natural con una clara predisposición a la fatiga. Los trastornos implican la astenia física y psíquica. Con una lógica dificultad para hacer esfuerzos, dificultad en la toma de decisiones, irritabilidad, y graves problemas psicosociales.

La morbilidad y el envejecimiento prematuro repercute en mayor medida en los empleados de edades más avanzadas. No obstante, cada individuo, tiene una mayor o menor adaptabilidad a las nocturnidades.

La siesta es una necesidad para aquellas personas que sufra el turno de noche.

Esto no quiere decir que para el resto de personas esté contraindicada.

Los hábitos son necesarios, es necesario que en los días festivos se actúe de igual manera; horas de sueño, aislamiento de ruidos y luz, etc...

Un horario de comidas normal es fundamental. No alterando las ingestas y separando estas de una forma ordenada y habitual.

5 Discusión-Conclusión

La nocturnidad, y su repercusión en los trabajadores es una realidad subestimada. Existe una afectación en la estructura del ciclo sueño vigilia produciéndose una desincronización del ritmo circadiano y con ello la desregulación de todos los ciclos biológicos. El sueño en trabajadores nocturnos tiene mayor número de despertares y actúa principalmente en la fase "No Rem".

Cuando ésta situación se prolonga, las horas de sueño no se recuperan, apareciendo fatiga. El trabajador, por lo tanto, se siente cansado todo el día.

La desincronización del ritmo circadiano produce alteraciones tales como: trastornos gastrointestinales (dispepsia, anorexia, constipación llegando hasta úlcera gastroduodenal), y aumento del riesgo cardiovascular (hipertrigliceridemia, hipertensión arterial, obesidad, diabetes). Se cuenta también con una alta incidencia de lumbalgias, cefaleas y contracturas musculares.

Para sobrellevar la noche se suelen consumir estimulantes y los alimentos saludables se sustituyen peligrosamente por comida rápida. Desde el punto de vista psicosocial el estrés laboral es una principal afectación. Los turnos rotativos son en sí un factor estresante. La depresión es frecuente dándose principalmente en personas con dificultad para conciliar el sueño. Hay igualmente una pérdida de las

relaciones sociales. NO OLVIDEMOS que la nocturnidad es un tema prevenible y la salud de los trabajadores se podría salvaguardar creando estrategias que no repercutiesen estos turnos nocturnos en el menoscabo continuo de la salud.

6 Bibliografía

Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200008

2. Trabajar de noche: consejos para paliar sus efectos sobre la salud <https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/trabajar-noche-consejos-paliar-efectos-salud>

3. Los turnos de noche acortan la vida, merman la salud y rompen matrimonios
[.https://www.elmundo.es/elmundosalud/2006/10/01/medicina/1159698178.html](https://www.elmundo.es/elmundosalud/2006/10/01/medicina/1159698178.html)

4. Repercusión de la nocturnidad en los trabajadores de la salud. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/19391>

Capítulo 601

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

SARA NOVAL FERNÁNDEZ

PAULA DÍAZ LÓPEZ

OLGA LUCIA BANGUERO MENDOZA

PALOMA DELGADO GARCIA

MARÍA DEL PILAR GONZÁLEZ LLANEZA

1 Introducción

Llamamos hábitos saludables a “todas aquellas conductas que tenemos como propias en nuestra vida y que inciden de manera positiva en nuestro bienestar físico, mental y social”.

Existen diferentes hábitos de vida saludables El tener esta serie de hábitos saludables es beneficioso para nuestra salud, existiendo estudios que demuestran que la falta de alguno de ellos afecta negativamente tanto a nivel mental, en la relación con otras personas y a nivel físico.

Algunos de esos hábitos de los que hablamos son: dieta adecuada, ejercicio físico diario, evitar el consumo de alcohol, tabaco y cualquier tipo de drogas, dormir unas horas mínimas diarias, hidratación, etc.

Con ello hacemos una prevención en la salud, el trabajo, la relación con el medio ambiente y con la actividad social. La ausencia de una vida saludable acaba influyendo a nivel emocional y como consecuencia nuestra relación con nuestro entorno se ve afectada, tanto a nivel laboral, familiar y amistad.

Los hábitos de vida saludables se establecen en función de diferentes factores relacionados con la persona que los va a llevar a cabo. Para ello tenemos que tener en cuenta la vida de esa persona, cuál es su trabajo, su edad, sus aficiones, sus patologías previas para poder establecer las medidas adecuadas.

2 Objetivos

Conocer e identificar los hábitos de vida saludables de manera general para la población.

Definir las acciones para llevar a cabo una vida saludable.

3 Metodología

Para conocer cuáles son los hábitos de vida saludables, hemos hecho una investigación a través de varias páginas de internet y diferentes libros relacionados con el tema que estamos abordando. Consultamos las estadísticas de la población que realiza estos hábitos, para así tener una idea más precisa de la información que estamos conociendo y consultando.

4 Resultados

En cuanto a los hábitos de vida saludables, diferenciamos unos que serían los más destacables y gracias a los cuales se puede conseguir beneficios y otros hábitos en otros ámbitos de la salud. Estos hábitos de los que hablamos son:

-Dieta equilibrada:

Una dieta equilibrada es aquella que nos aporta todos los nutrientes necesarios para que nuestro organismo funcione de manera óptima. Esta dieta debe ser completa, compuesta tanto de macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y grasas) como de micronutrientes (vitaminas y minerales) y fibra.

Debe estar adaptada a cada uno personalmente en función de su estilo de vida, estado físico, enfermedades, etc. Contendrá la cantidad necesaria y satisfactoria de nutrientes adecuada para cada uno, de manera que la persona consiga la cantidad de energía necesaria para realizar todas las actividades de su vida diaria, sin poner en riesgo su salud.

En la pirámide de alimentación encontramos diferentes escalones en los que tenemos los alimentos que debemos comer a diario, varios días a la semana y los que

debemos comer ocasionalmente de manera esporádica. Se recomienda comer:
3 o 4 raciones diarias de verduras y hortalizas al menos 2, 3 piezas de fruta al día
La cantidad de cereales diaria es en función la actividad física de cada individuo
2 o 3 lácteos al día

De 1 a 3 piezas de pescado, legumbres, carne blanca, carne magra, huevos, frutos secos (alternarlos)

Ocasionalmente consumir carnes rojas, dulces, azúcares, etc.

Para ello, en el plato de comida debe aparecer un 50% de verduras y hortalizas, un 25% de hidratos de carbono y otro 25% de proteínas de origen animal. Además de incluir las piezas de fruta y el agua en cada comida.

-Ejercicio físico:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la actividad física como cualquier movimiento corporal que se produce gracias a la musculatura esquelética produciendo un consumo de energía. Dentro de la actividad física se pueden englobar múltiples tipos de actividades, como es el caminar, nadar, andar en bicicleta, correr, etc. Se ha demostrado que llevar una vida activa, alarga los años de vida. Debemos tener actividad física de manera regular, a poder, ser diaria. Según la edad de cada individuo existen una serie de recomendaciones.

Para las personas entre 5 y 17 años, se recomienda tener al menos 60 minutos de actividad física de intensidad moderada al menos 3 días a la semana, para así reforzar su sistema musculoesquelético. Sobre todo esta edad es muy buena para que ya desde jóvenes tomen el hábito de la actividad física o el deporte, y así logren mantenerlo en el tiempo.

Para los adultos entre los 18 y los 64 años deben realizar semanalmente una actividad física de intensidad moderada de entre 150 y 300 minutos, y si la actividad es de intensidad vigorosa, es suficiente con 75 o 150 minutos a la semana. Al menos la actividad debe realizarse 2 días a la semana, logrando así fortalecer nuestros músculos y por consiguiente nuestra salud.

-Sueño:

Se dice que para un sueño reparador, deberíamos dormir entre 7 y 8 horas diarias. Se establecería una rutina para dormir, intentando hacerlo siempre a la misma hora, no utilizando dispositivos electrónicos al menos una hora antes de iniciar el sueño, acostarnos con la digestión hecha, intentar levantarnos siempre a la misma hora, no tomar bebidas con caféina por la noche, evitar las cenas copiosas.

-Hidratación:

El 60% de nuestro organismo está compuesto por agua. La Autoridad Europea de

Seguridad Alimentaria (EFSA) nos recomienda hacer una ingesta de agua diaria de al menos 2 litros en mujeres y 2,5 litros en hombres de edad adulta. En niños se recomienda ingerir 1-2 litros de agua diaria. Esa ingesta puede hacerse a través de líquidos como el agua, infusiones, caldos... La mayor parte del líquido ingerido a lo largo del día, procede del agua, mientras que un pequeño porcentaje procede del agua que contienen los alimentos sólidos que consumimos. En ningún caso deben incluirse bebidas azucaradas ni mucho menos bebidas alcohólicas. En función de nuestra actividad física, necesitamos ingerir más o menos cantidad de agua, ya que por cada hora de ejercicio perdemos entre 1 y 2 litros de agua.

-Evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas:

En nuestro país, cada vez se comienza antes a consumir este tipo de sustancias, y un pequeño porcentaje de la población reconoce no haberlas consumido nunca. En cuanto al consumo de tabaco, en España durante el 2020, el 16,4% de las mujeres y el 23,3% de los hombres, reconocen fumar a diario, y tan solo el 64,8% de las mujeres y el 46,4% de los hombres nunca han fumado. El consumo de tabaco, tiene como consecuencia el daño del sistema cardiovascular, del sistema respiratorio y el colesterol.

Sobre el consumo de alcohol, el 19,7% de los hombres y el 5,9% de las mujeres confiesan beber alcohol de manera diaria, mientras que el 25,4% de los hombres y el 43,2% de las mujeres, dicen que nunca han consumido alcohol.

Según la OMS, el consumo de alcohol es el tercer factor de riesgo para la salud, y tiene como consecuencia más de 60 enfermedades, desde la hipertensión arterial hasta los accidentes cerebrovasculares y tumores.

Se debe evitar por completo el consumo de alcohol, tabaco y cualquier tipo de drogas, ya que todas estas sustancias influyen en nuestro nivel de salud negativamente. En algunos casos nos podría causar hasta dependencias y adicción, las cuales deberían ser tratadas.

5 Discusión-Conclusión

Tener hábitos de vida saludables son fundamentales para así poder evitar al máximo posible enfermedades, aunque no quiere decir que teniendo estos hábitos de vida no vayamos a contraer alguna enfermedad. No se necesita seguirlos de manera estricta, sino tener al menos unas pequeñas pautas para poder realizarlos.

Una dieta equilibrada rica en todos los nutrientes necesarios y de manera equilibrada, evitando ciertos alimentos como los dulces por ejemplo, aunque de forma ocasional podemos comerlos. Además es importante mantener una buena hidrat-

ación a lo largo del día, y más si realizamos ejercicio físico de intensidad moderada.

En cuanto a la actividad física, debemos obligarnos al menos a hacer 1 hora diaria, ya que eso favorecerá nuestro sistema muscular y nuestra salud. Simplemente con caminar de manera ágil 1 hora al día, ya sería suficiente.

Tanto la falta de una alimentación adecuada como la falta de deporte, nos lleva a ver cada vez más población con sobrepeso. Eso es lo que debemos evitar, ya que si la persona se alimenta mal, y además es sedentario, aumenta la posibilidad de convertirse en obeso, sin hablar de la cantidad de enfermedades que pueden llegar a contraer.

Debemos evitar el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, ya que ambas sustancias perjudican gravemente nuestra salud, no nos aportan ningún tipo de beneficio.

Todo esto que hemos comentado, debe ir acompañado de un buen descanso, ya que si nuestro descanso no es óptimo, todas nuestras actividades a lo largo del día se verán mermadas, entrando en un posible círculo vicioso de no realizar alguno de estos hábitos.

Por ejemplo: si no duermo, me levanto cansado, por lo que no haré ejercicio. Al no hacer ejercicio y estar cansado, posiblemente no tenga ganas ni energía para hacer la comida, por lo que me alimentaré de comida rápida.

Recordemos que los buenos hábitos de vida, nos alargan los años de vida.

Esto afecta en todos los puestos sanitarios, tanto en TCAE, como en auxiliar administrativo, fisioterapeuta, técnico de imagen para el diagnóstico, etc.

6 Bibliografía

1- www.centrojuliafarre.es/dietas/dieta-equilibrada/

2- www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity

3- [www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/
tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/2Hab_vida.pdf](http://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/2Hab_vida.pdf)

4- [www.facua.org/es/guia.php?Id=89&capitulo=680#::text=Aparte%20de%
20estos%20da%C3%B1os%20que,absorci%C3%B3n%20intestinal%20y%
20episodios%20diarreicos](http://www.facua.org/es/guia.php?Id=89&capitulo=680#::text=Aparte%20de%20estos%20da%C3%B1os%20que,absorci%C3%B3n%20intestinal%20y%20episodios%20diarreicos).

5- [www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926698156&p=
1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout#::text=Seg%C3%
BA n%20la%20Encuesta%20Europea%20de,de%2045%20a%2054%20a%C3%BA](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926698156&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout#::text=Seg%C3%BAn%20la%20Encuesta%20Europea%20de,de%2045%20a%2054%20a%C3%BA)

6- pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/tabaco/menuTabaco/efectos.htm#::text=Produce

- 7-www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT103.pdf
- 8-vmtsalud.com.pe/noticias/una-vida-saludable-es-posible
- 9-fundaciondelcorazon.com/nutricion/piramide-de-alimentacion.html
- 10-apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337004/9789240014817-spa.pdf
- 11-www.cancer.org/es/noticias-recientes/10-consejos-para-dormir-mas.html
- 12-www.efesalud.com/congreso-hidratacion-recomendaciones-agua/

Capítulo 602

EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL DUELO

CONSUELO URDANGARAY SUÁREZ

1 Introducción

El sentimiento de pérdida es inherente a la persona, comprender los sucesos que nos envuelven y en los que no tenemos capacidad de decisión, aceptarlos y superarlos es un proceso tan natural como complejo para el que nunca se está preparado y que no debe afrontarse en soledad.

El duelo es la reacción normal ante la pérdida. Cuando se habla de pérdidas y en especial de las pérdidas relacionadas a una persona, es una experiencia que necesita ser compartida, acompañada y respetada. Como doliente, es normal que se necesite saber que el dolor, tiene un impacto en los demás; así que, por lo general, las personas que han tenido una pérdida suelen valorar mucho la presencia y la compañía de las personas que aprecian.

Al presentarse el duelo, será importante dejar que la persona pueda sentir el dolor junto a todas las emociones que ello conlleva. Aceptar, que ese ser amado ya no está y que la pérdida es irreparable, será un momento inicial y crucial para el fortalecimiento de la persona. El duelo es el proceso de adaptación que permite restablecer el equilibrio personal y familiar roto con la muerte del ser querido, por ello es tan importante poder acompañar a la persona que lo sufre.

2 Objetivos

El objetivo general y más importante que se persigue a la hora de acompañar a una persona en el proceso de duelo supone centrarse en el otro y colocarse al lado del que sufre, sabiendo que no tenemos la capacidad de liberar mágicamente

el dolor de nadie. Pero sí podemos ofrecer una ayuda fundamental escuchando, interesándonos, ofreciendo ayuda concreta y respetando, en todo momento, el proceso del otro.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente capítulo, se ha hecho una revisión bibliográfica de diferente literatura relacionada con el tema a tratar, así como un análisis de la misma, destacando los aspectos que se consideran más relevantes y que nos facilitaran una fácil comprensión del tema.

4 Resultados

Los estudios coinciden en que la respuesta de las personas ante la pérdida de un ser querido puede variar, sobre todo en la forma de exteriorizar y manifestar sus emociones frente al duelo.

Algunos ejemplos de formas de expresión que se pueden encontrar son los siguientes:

- Hiperactividad
- Aparentar que nada a ocurrido
- Letargia
- Irritabilidad
- Cambios emocionales: tristeza, rabia, ansiedad
- Hiperactividad
- Sonrisa “ocultación de dolor por rechazo”
- Conductas desafiantes

A nivel físico, emocional, mental y espiritual estos son los síntomas que puede padecer una persona ante el proceso de duelo por un ser querido:

-A nivel físico; dolor de cabeza, sollozos, sequedad en la boca, falta de apetito, debilidad generalizada, temblores, problemas gástricos, etc....

-A nivel emocional; tristeza (vacío y soledad), negación, ansiedad, desinterés, irritación, añoranza, etc....

-A nivel mental; dificultad para concentrarse, búsqueda de la persona perdida, idealización de la persona fallecida, recuerdo de momentos compartidos y sentir la presencia de la persona fallecida.

- A nivel espiritual; hacerse preguntas sobre el sentido de la vida, sobre el sentido del amor, del más allá, ...

A nivel físico: dolor de cabeza, sollozos, sequedad en la boca, falta de apetito, debilidad generalizada, temblores, problemas gástricos, etc....

A nivel emocional: tristeza (vacío y soledad), negación, ansiedad, desinterés, irritación, añoranza, etc....

A nivel mental: dificultad para concentrarse, búsqueda de la persona perdida, idealización de la persona fallecida, recuerdo de momentos compartidos y sentir la presencia de la persona fallecida.

A nivel espiritual: hacerse preguntas sobre el sentido de la vida, sobre el sentido del amor, del más allá, ...

Durante el procedimiento de duelo la persona que lo sufre pasa por diferentes fases o etapas que se enumeran a continuación:

1. Fase de negación o aislamiento (Aceptar la realidad de la muerte)
2. Fase de indagación e ira (Trabajar las emociones asociadas a la pérdida del ser querido)
3. Fase de negociación o pacto (Aprender a vivir en un mundo y un tipo de vida en la que el fallecido no está)
4. Fase de depresión (Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar con su vida)
5. Fase de aceptación.

5 Discusión-Conclusión

Es importante tener en cuenta que cuando se sufre la pérdida de un ser querido, la personalidad, la psique de la persona, su historia, experiencias de vida y el sistema de afrontamientos que posee, más allá de las circunstancias de la muerte, tendrán que ver con la forma de asimilar el duelo y esto hará que viva el proceso de una forma u otra.

Es importante señalar que aunque cada persona es diferente y por lo tanto sus vivencias y la forma de manifestar sus emociones también lo es, las manifestaciones más comunes que presenta una persona ante el proceso de duelo, son las que se citan en el anterior apartado.

6 Bibliografía

- 1- Guía de Acompañamiento en el Duelo de la Fundación La Caixa. Instituto Catalán de Oncología.
- 2- Guía Duelo. Apoyos en Proceso de Duelo. Guía para organizaciones. Plena Inclusión Madrid.
- 3- Fundación Mario Losantos del Campo. Artículo "Cómo acompañar a una persona durante el proceso de duelo".
- 4- Guía para familiares en Duelo. Recomendado por la Asociación Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

Capítulo 603

TRANSPORTE DE MUESTRAS DE PCR INTRAHOSPITALARIO POR EL CELADOR

EDUARDO ANTONIO GARCIA GABALDON

1 Introducción

Los coronavirus son una familia de virus que causan infecciones en el ser humano y en diversos animales. Estos pueden contagiarse de los animales a los seres humanos.

La enfermedad del COVID-19 es el resultado de una nueva variedad de coronavirus, el SARS-CoV-2. Este virus se extendió tan rápido que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declaró como una pandemia en marzo del año 2020 como consecuencia de la gravedad de la sintomatología detectada en las personas y la alta incidencia mundial de contagios, ingresos y fallecimientos.

El método de diagnóstico más fiable para la detección del virus SARS-CoV-2 en una persona es el llamado test PCR, un método de diagnóstico fundamental para el control de la pandemia.

Para la toma, manipulación y traslado de muestras biológicas el personal sanitario y el no sanitario (celador) deberán llevar colocado el equipo de protección individual; se utilizará el material especificado por cada Servicio de Microbiología de cada hospital.

Una vez extraída la muestra al paciente, se preparará para su envío al servicio de laboratorio en la misma habitación o box donde se encuentre éste. Allí será recogida por el celador y será trasladada con la mayor precaución y seguridad posible.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo de libro es describir la función del celador en el transporte de muestras PCR intrahospitalarias.

3 Metodología

Los buscadores científicos consultados para este trabajo han sido Scielo y Google Académico. Se han realizado búsquedas avanzadas en base a las palabras clave “COVID-19” “CELADOR” y “PCR”.

También se ha buscado información en páginas web de Organismos Oficiales como el Ministerio de Sanidad de España.

4 Resultados

La OMS (Organización Mundial de la Salud) describe una serie de recomendaciones generales y básicas en el transporte intrahospitalario de muestras biológicas de COVID-19:

- Para el traslado de muestras biológicas el personal sanitario deberá protegerse con el equipo de protección individual especificado en protocolo de cada hospital. El celador deberá llevar los EPIS, guantes y mascarilla reglamentarios y desecharlos de forma correcta en los correspondientes contenedores hospitalarios de residuos una vez terminado ya sea el manejo o el traslado.
- No deben ser utilizados los sistemas de tubos neumáticos para el transporte de muestras biológicas potencialmente infecciosas. El transporte hasta el laboratorio debe ser realizado por los celadores, pues las muestras deben ser entregadas en mano al personal, o en su defecto, entregarla en la zona de recepción de muestras designada para ello.
- Informar siempre que se trate de muestras biológicas de COVID-19 ya que el celador puede llevar a su vez otro tipo de muestras.
- El celador que transporte este tipo de muestras debe haber recibido una formación previa sobre su manipulación segura y forma de proceder ante posibles accidentes.
- Establecer una frecuencia u horarios determinadas para que los celadores lleven las muestras personalmente al laboratorio correspondiente y aumentar la frecuencia de recogida cuando sea necesario ante un aumento de casos.
- Los tubos de muestras deberán ir contenidos en una bolsa o recipiente y estos a su vez en un tercero, a ser posible rígido. Deben poder cerrarse y resistir golpes.

- Se cumplirá con lo dispuesto en las reglamentaciones hospitalarias, nacionales o internacionales relativas al transporte de sustancias infecciosas. En cuanto a instrucciones para el transporte de muestras biológicas a otro centro diferente al lugar de la toma de muestra, deben ser transportadas a los centros de diagnóstico de acuerdo a la instrucción de embalaje P650 en un triple envase robusto y que soporte posibles golpes y cargas.
- Los embalajes se cerrarán de forma que se evite cualquier fuga de su contenido.
- No siempre es preciso trasladar las muestras en nevera o en condiciones de refrigeración.
- El celador llevará un carro o medio de transporte adecuado para un elevado número de muestras. Además, para su transporte se utilizará el circuito más rápido o el designado para ello por la dirección de cada hospital.

5 Discusión-Conclusión

La expansión del COVID-19 se puede evitar garantizando la calidad de la atención y la seguridad del personal sanitario , del no sanitario (celadores) y de los pacientes, así como un uso racional de los recursos y un correcto transporte de las muestras biológicas.

El manejo y traslado intrahospitalario de las muestras de PCR debe realizarse en las condiciones de seguridad correctas por los celadores, eludiendo el uso de tubos neumáticos, y favoreciendo la entrega a mano en los laboratorios. De esta forma se preveerá que las muestras lleguen en condiciones inadecuadas y con la rapidez necesaria para un análisis temprano.

6 Bibliografía

- 1- Mónica Ordax Ibáñez. Transporte intrahospitalario de muestras diagnósticas de PCR por el celador para la detección del virus SARS-CoV-2, agente causal de la enfermedad COVID-19Vol. IV. No 5–Mayo 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; no5: 150 Disponible en:<https://revistamedica.com/transporte-pcr-celador/>.
- 2- https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/img/COVID19_que_es.jpg.
- 3- https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/202005018_Toma_muestras.pdf.

Capítulo 604

SATISFACCIÓN LABORA EN EL PERSONAL SANITARIO Y EN EL PERSONAL NO SANITARIO

LAURA IÑIGO GARGANTIEL

ANDRES MARTINEZ SUAREZ

MARÍA AZUCENA FERNÁNDEZ PALLARÉS

VICENTA CALERO VERA

MARÍA BELÉN MATANZA VALDÉS

1 Introducción

La satisfacción laboral es un conjunto de sentimientos favorable y desfavorables mediante los cuales los empleados perciben su trabajo. Se mide según el grado de conformidad del empleado respecto a su entorno y condiciones de trabajo.

Los principales factores que se relacionan con altos grados de satisfacción laboral son las tareas que exijan cierto grado intelectual, retos recompensados, la posibilidad de promoción y las condiciones del puesto de trabajo, ya sea el entorno físico, con las instalaciones, los servicios, la limpieza, como el personal tanto los compañeros como los superiores con los que se debe de tener una buena relación para que no sea un inconveniente más para la insatisfacción.

En el ámbito sanitario tanto los trabajadores que son considerados como personales sanitarios como los que no, tienen un aliciente innato en el puesto de trabajo ya que es un sector dedicado a la ayuda de los demás. El personal sanitario

ayuda a los pacientes de forma directa pero el personal no sanitario hace que esa atención sea posible a través del buen funcionamiento de las instalaciones y del propio sistema sanitario. Veremos los tipos de motivación tanto la extrínseca como la intrínseca y cómo favorecer que exista en los trabajadores para que el trabajo que realicen sea más efectivo.

2 Objetivos

Dar a conocer los tipos de motivación que existen y cómo influyen en los trabajadores del ámbito sanitario a la hora de ejercer su trabajo.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con la satisfacción laboral. La información se ha recopilado de Web of Science, Scielo y PubMed, así como manuales de actuación de Consejerías y centros sanitarios. Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 2019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible. Los términos utilizados para la búsqueda han sido “personal sanitario”, “personal no sanitario”, “satisfacción laboral”, “entorno laboral”.

4 Resultados

La motivación puede ser de dos formas, intrínseca que es aquella que tienen origen en la propia persona, se centra en la satisfacción del individuo y en su autorrealización y crecimiento personal. Esta motivación propia hace que el trabajador se sienta bien al realizar las tareas propias de su puesto de trabajo y eso conlleva a un mejor rendimiento en el trabajo y a un disfrute del mismo. Por otro lado la motivación extrínseca depende de la satisfacción que se reciba del exterior, ya no depende solo del individuo propio, depende de todo el entorno laboral, el ambiente entre los compañeros, las facilidades y condiciones del propio puesto, los incentivos, sobre todo los económicos.

Los factores que favorecen esta satisfacción favoreciendo el positivismo parte de una contratación por parte de la empresa acertada, siendo determinante la relación que se tenga con los trabajadores y los incentivos que se le propongan. Además es importante que el trabajador esté cómodo y descansado en el puesto

de trabajo, por eso es importante tener un espacio en el que puedan hacerlo de forma social con el resto de compañeros y así también favorecer las relaciones interprofesionales.

Los factores que no favorecen la satisfacción laboral o que hacen de ella una tarea difícil son la falta de involucración del trabajador, el salario bajo, una mala relación con los demás compañeros o con los jefes, falta de posibilidades de ascenso, malas condiciones laborales, falta de incentivos y la imposibilidad de conciliación familiar con la vida laboral.

En el caso del trabajador del servicio sanitario, sobre todo del público, tiene unos horarios estipulados lo que favorece el bienestar y el salario es siempre el acordado, si bien faltan incentivos, sobre todo remunerados o de ascensos ya que el puesto de trabajo es el que es y la posibilidad de promocionar es casi nula en la mayoría de los puestos. Igualmente el pago de horas extras o de dobles turno muchas veces no se realiza de forma monetario si no que se compensa con días de descanso lo que a muchos trabajadores no les agrada ya que la posibilidad de elegir sería la mejor opción.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye por lo tanto que si bien la profesión ligada al sistema sanitario tiene un punto a favor en el ámbito de satisfacción laboral, se ha de cuidar igualmente de los trabajadores. La habilitación de zonas de descanso durante los momentos en los que no se está realizando ninguna tarea o de sillones cómodos para poder descansar durante las noches de forma adecuada es importante ya que no se mantiene al trabajador más alerta por estar sentado en una banqueta incómoda, solo se consigue un grado de malestar en él, lo que va a derivar seguro en una disminución en la eficacia de su trabajo.

6 Bibliografía

- Hannoun, G. (2011). Satisfacción laboral (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Económicas).
- Juárez-Adauta, S. (2012). Clima organizacional y satisfacción laboral. *Revista médica del instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(3), 307-314.
- San Martín, M. I. F., Ferrer, J. R. V., Gamó, F., Gallego, J. V., Cañas, E. C., Trigo, M. V. A., & Aragonés, V. A. (1995). Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 69(6), 487-497.

Párraga Martínez, I., González Hidalgo, E., Méndez García, T., Villarín Castro, A., & León Martín, A. A. (2018). Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 11(2), 51-60.

Carrillo-García, C., Martínez-Roche, M. E., Gómez-García, C. I., & Meseguer-DePedro, M. (2015). Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un Hospital Universitario: análisis general y categorías laborales. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(2), 645-650.

Capítulo 605

VIOLENCIA DE GENERO SOBRE LA MUJER

PATRICIA JIMENEZ LOPEZ

MARTA DE LA VEGA CRISTOBAL

MARIA CRUZ LOPEZ MARTINEZ

1 Introducción

Cada veinticinco de noviembre miles de personas salen a la calle para dar visibilidad a todas las mujeres víctimas de la violencia de género, que según las denuncias registradas son alrededor de trescientas setenta cada día, pero no todas las mujeres víctimas de estas conductas denuncian, así que la realidad es que son más. En los medios de comunicación se registran las víctimas mortales pero antes de llegar a la muerte estas mujeres habían sido víctimas de episodios anteriores de violencia en muchos casos silenciados por ellas mismas.

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. 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 y sistemáticamente, como parte de una misma estrategia. Este tipo de violencia está basado en la diferencia subjetiva entre los sexos; de esta manera las mujeres sufren violencia por el mero hecho de ser mujer, independientemente de su nivel educativo, cultural y económico y del extracto social al que pertenezcan. Dar visibilidad a estas mujeres es tarea de todos y debemos ser conscientes del problema para llegar a la solución.

2 Objetivos

Explicar los diferentes tipos de violencia de género.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica, 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 violencia de género es un mal que hasta el día de hoy se tendía a normalizar. Es un fenómeno cultural que era aceptado por muchas mujeres sin ser conscientes de los patrones de conducta abusivos a los que eran sometidas. La mujer a lo largo de los años ha sido educada para llevar una familia y ese sentimiento hace que se vea obligada a permitir ciertas conductas perjudiciales. Por eso la educación en la igualdad dentro de los hogares es fundamental, el reparto equitativo de tareas entre los sexos y no dar por buenos de forma sistemática los roles establecidos a lo largo de los años.

La forma más común de violencia sobre la mujer a escala mundial es la que se produce en el hogar; es un patrón de comportamiento que se utiliza para adquirir o mantener el control sobre la pareja. Que sea en el hogar donde se produce hace más difícil que el entorno de la mujer se dé cuenta de lo que a esta le sucede y puedan prestarle su ayuda. Cuando la mujer pide auxilio la violencia sobre ella está ya muy avanzada. Abarca diferentes tipos de violencia para conseguir su objetivo.

-Violencia económica

El agresor pretende conseguir que la mujer dependa económicamente de él, impidiéndole trabajar o formarse para conseguir un futuro laboral e impidiendo que tenga acceso a sus recursos financieros impidiendo que esta pueda disponer de los medios económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.

-Violencia psicológica y emocional

Es la más sutil y difícil de percibir porque se va alargando en el tiempo y la mujer al principio no es consciente de que la recibe. Consiste en provocar miedo a través de la intimidación, en amenazar con causar daño en los hijos y forzar

a la mujer al aislamiento social y familiar. Esta es objeto de críticas e insultos constantes, lo que hace mermar su autoestima y hacer que la relación con los hijos y la familia se vea dañada. Puede llevarla a la depresión, y en algunos casos incluso al suicidio.

-Violencia física y sexual

Consiste en emplear cualquier tipo de fuerza física contra la mujer causando o intentando causar un daño sobre ella. Pudiendo también obligarla a participar en un acto sexual sin su consentimiento impidiendo a la mujer decidir con libertad sobre su sexualidad.

5 Discusión-Conclusión

Que exista una ley sobre violencia de género es el comienzo para reconocer que este problema, silenciado durante años, existe y es necesario que sea erradicado de la sociedad. Una sociedad en la que ha sido normalizado durante generaciones. La violencia de género debe ser erradicada desde su origen, trabajando desde la prevención. Cambiar la visión social actual sobre los modelos de relaciones afectivas y sexuales. Ser capaces desde la infancia de identificar los patrones de conducta que llevan a la violencia de género.

Cuando la sociedad no justifique la violencia en ningún caso, entonces podremos acercarnos al fin principal: la erradicación del problema.

6 Bibliografía

<https://www.unwomen.org/es/>

<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/>

<https://www.euroinnova.edu.es/blog/como-prevenir-la-violencia-de-genero>

Capítulo 606

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LAS RECLAMACIONES Y DISCONFORMIDADES

HILDEGARDA CUETOS SUAREZ

MARIA CRISTINA SUAREZ DIAZ

YESICA CORTE HEVIA

1 Introducción

En las organizaciones sanitarias, por su complejidad, se generan un entramado de relaciones plurales entre los diferentes actores: pacientes, profesionales, gestores, instituciones e incluso la sociedad en la que todos estamos incluidos.

Durante estas relaciones se producen momentos muy decisivos y ahí es donde pueden aparecer los conflictos. y situaciones que llevan al paciente/usuario a querer formular la queja o reclamación ante la organización.

Como miembros pertenecientes a la organización tenemos que aceptar el conflicto como algo natural en nuestro entorno, esto suele ocurrir y se necesita una correcta gestión en cada circunstancia y momento.

Sin descuidar la importancia de la prevención de estos conflictos tenemos que tener en cuenta que existen una diversidad de herramientas para poder afrontarlos correctamente: la actitud, la comunicación o la escucha activa son alguna de ellas. Son actitudes como la comunicación, la escucha activa, la empatía, etc.,

dichas actitudes son las que tiene que trabajar el auxiliar administrativo para hacerlas efectivas cuando se den las situación anteriormente descritas.

El conflicto es algo consustancial a su trabajo y ha de aprender a convivir con él. No obstante este tiene una graduación, puede ser manifestar una discrepancia, un desacuerdo o llegar al enfrentamiento verbal (e incluso físico) este puede acabar en una reclamación.

El conflicto no hay que en la medida de lo posible evitarlo aunque forma parte de nuestro entorno y hay que asumirlo y tratarlo

2 Objetivos

Destacar la importancia del auxiliar administrativo ante las reclamaciones y disconformidades

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Servicio de Salud de Castilla La Mancha. SESCO. Manual para la información y atención al usuario.2009

SEAUS. Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. Guía de Recomendaciones para el ejercicio del consentimiento informado, el documento de voluntades anticipadas y la atención las reclamaciones y quejas. Abril 2010.

4 Resultados

Cuando un paciente formula una queja reclamación es que por que nos esta comunicando una relacion no satisfactoria con la asistencia, organización sanitaria o proceso administrativo.

Si la persona siente que sus derechos han sido vulnerados es cuando interpone si reclamación bien sea oral o escrita.

Las comunidades autónomas han elaborado su propia normativa respecto al derecho de expresar la opción por parte del ciudadano. Toda reclamación tiene que tener todo el respeto y aceptación.

Pueden darse dos situaciones para el auxiliar administrativo:

☒-Que simplemente tenga que informar al usuario sobre cómo y dónde puede exponer su queja. En los servicios hospitalarios esta función esta realizada normalmente el Servicio de Atención al Paciente.

☒☒-Que tenga delegada la función de atender directamente las reclamaciones y quejas. Este caso suele ocurrir en los centros de Atención Primaria, aunque también suele ser propios de los centros en los que no exista un centro de Servicio Atención al Paciente.

En cualquiera de estos dos casos el auxiliar administrativo ha de recoger dicha relación y presar la máxima atención asegurándose que el proceso quede recogido según el protocolo establecido por el centro.

En el casos que el auxiliar administrativo tenga que atender directamente deberá de actuar de la siguiente manera:

- Acoger la reclamación amable y respetuosamente. Transmitir confianza y seguridad dando a entender al usuario que esta en buenas manos.
- Entrevistar a la persona interesándose por su problema y valorando que es lo que ha sucedido. Es en este paso cuando la entrevista es un elemento muy importante y de calidad para la atención a las reclamaciones.
- Intentar en la medida de los posible dar un principio de solución e intentar encauzar la queja de la forma que el centro tenga establecido.

Debemos recordar que atender una reclamación efectuada por un paciente/usuario, no es simplemente facilitarle un impreso, es mucho mas que esto. Es atender a persona que nos esta mostrando su disconformidad o descontento con algo que le ha ocurrido , y que por esta razón se siente molesto.

Y en segundo lugar, que un protocolo de reclamaciones es correcto cuando además de la atención al usuario que reclama. La solución y la respuesta a la reclamación, implica la evaluación de todo el proceso, así como el retorno de información al reclamado y a los profesionales que se encargan de atender estas reclamaciones.

Un momento importante del conflicto es cuando el usuario presenta una reclamación o muestra su disconformidad con la atención recibida. La atención a las reclamaciones necesita formación, un protocolo muy bien trabajado, una adecuada evaluación y, evidentemente, la más adecuada resolución del conflicto.

El proceso de atención a las reclamaciones no es solo un tema puntual, es algo que compete al conjunto de la organización.

Es conflicto es algo natural y tanto los profesionales como las organización deben aceptarlo, algo que, puede ocurrir, y que necesita de una correcta gestión en cada

momento y circunstancia. Dicha gestión ha de tener en cuenta muchos factores, sin descuidar la importancia de la prevención del conflicto. La mediación o la negociación son herramientas válidas, como también lo son actitudes como la comunicación, la escucha activa, la empatía, etc.

Tenemos que recordar que no siempre es posible resolver el conflicto que se nos plantea, incluso habiendo hecho todo lo posible para lograrlo y siguiendo todos los protocolos establecidos y que se han marcado para cada caso.

Se hace inevitable por este motivo sentir frustración o sentir fracaso en estos momentos.

5 Discusión-Conclusión

Se hace imprescindible en el tema que nos aborda la actitud del auxiliar administrativo que esta atendiendo al usuario, con máxima empatía y escucha activa tiene que abordar el tema que este le esta planteando e ir guiándole por los cauces o procesos/ protocolos establecidos para cada situación planteada.

Por ultimo recordar que si la queja reclamación no es posible resolverla el conflicto y su gestión pueden desgastar o desmotivar al profesional auxiliar administrativo, especialmente cuando este atiende en primera línea. Cuidarse, compartir las situaciones de conflicto y abordarlas conjuntamente es imprescindible para evitar el llamado síndrome del quemado (síndrome de burnout).

6 Bibliografía

- 1.-<https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/presentacion-de-quejas-sugerencias-y-agradecimientos-en-ambito-sanitario>
- 2.-www.seaus.net/images/stories/pdf/1-ELIMINADO-eladministrativo.pdf <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/SugerenciasQuejas>

Capítulo 607

LA SATISFACCIÓN LABORAL EN PERSONAL DE COCINA

MARÍA ELENA ROMÁN DÍAZ

MONTSERRAT GONZÁLEZ RICO

NOEMÍ RODRIGUEZ COTO

BEATRIZ ALONSO ROVÉS

IVÁN BERDIALES MENÉNDEZ

1 Introducción

La satisfacción laboral mide el grado de conformidad que tiene el trabajador en su puesto de trabajo, siendo el entorno y las condiciones del puesto factores determinantes en ella. Está directamente relacionada con la eficiencia del servicio en este caso del servicio en la cocina de un hospital. La necesidad de tener trabajadores ampliamente satisfechos radica en la necesidad de un buen servicio y se un buen ambiente de trabajo en el que se pueda trabajar a gusto y cooperando con todos los compañeros.

Las tareas intelectuales con grandes retos personales y profesionales son uno de los alicientes para obtener unos altos grados de satisfacción en los trabajadores. Los empleados de cocina no tienen ese tipo de actividad puesto que no es un trabajo intelectualmente exigente, sin embargo sí es exigente en otros aspectos y por ello se debe conseguir ese grado de satisfacción de otra forma, con incentivos,

entornos de trabajo favorables con zonas adecuadas para su descanso y favoreciendo las relaciones laborales. Estas condiciones son labor de la empresa al igual que la detección de problemas en el ambiente de trabajo entre los trabajadores y la relación de estos con sus jefes respectivos que es igual de importante.

2 Objetivos

El objetivo es conocer los incentivos que puede tener el personal de una cocina hospitalaria para tener un grado de satisfacción tal que permita que el servicio sea óptimo.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con la satisfacción laboral.

La información se ha recopilado de diversas fuentes que se relacionan a continuación:

- Revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMed.
 - Revisión de manuales de actuación de hospitales.
 - Revisión de manuales de Consejerías o Servicios de Salud de diferentes CCAA.
- Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 2019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.

Los términos utilizados para la búsqueda han sido “personal de cocina”, “satisfacción laboral”, “incentivos”, “motivación”.

4 Resultados

Las cocinas hospitalarias pueden llegar a ser muy estresantes y por ello pueden aparecer roces entre los trabajadores y esos roces pueden llegar a provocar un mal ambiente de trabajo que deriva en insatisfacción laboral.

La motivación puede ser intrínseca o extrínseca, la primera es aquella que va con la persona y como tal solo depende de ella, con su personalidad y su propia autorrealización. La necesidad del crecimiento profesional para tener un crecimiento personal y la motivación suficiente para rendir en el puesto de trabajo de forma adecuada. La segunda depende de los estímulos exteriores como pueden ser las

condiciones del puesto, los incentivos, la relación con los compañeros, las instalaciones. Las mayores satisfacciones, por norma general, son las de tipo económico o las que brindan una oportunidad de ascender y por lo tanto de mejorar laboralmente.

Los factores que afectan directamente a la satisfacción laboral dependen en cierta medida de la empresa ya que debe de ser consciente de a quién contrata para cada puesto e intentar predecir cuán motivado está esa personal para trabajar en el puesto ofertado. Esta motivación si bien puede cambiar con el tiempo, es importante partir de una buena base ya que manteniendo las condiciones iniciales de contratación e incluyendo cierto incentivos se puede conservar índices altos de satisfacción.

En el caso del personal que trabaja en las cocinas hospitalarias es importante destacar que no tendrán incentivo en forma de ascensos ya que tienen su puesto de trabajo y no hay posibilidad de mejorarlo salvo que se opte a otro distinto. Los incentivos tienen que darse en forma de descansos o como recompensas económicas, también favorecer las relaciones entre los trabajadores para que sean motivadoras para todos ellos.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el personal que trabaja en las cocinas hospitalarias tienen pocos factores motivadores, sin embargo es un trabajo altamente gratificante ya que están dando de comer a enfermos que están ingresados. Si se junta con el buen ambiente de trabajo y los incentivos que se pueden obtener económico o con días libres.

La satisfacción laboral es importante tanto para la motivación del propio trabajador como para la empresa que evita que exista absentismo laboral y generar pérdidas con esta falta del trabajador a su puesto de trabajo. Una forma indirecta de evitar el absentismo es por lo tanto la motivación del personal y la detección de problemas en el equipo de trabajo.

6 Bibliografía

- Hannoun, G. (2011). Satisfacción laboral (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Económicas).
- Juárez-Adauta, S. (2012). Clima organizacional y satisfacción laboral. *Revista médica del instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(3), 307-314.

Meliá, J. L., & Peiró, J. M. (1989). La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: El Cuestionario de Satisfacción S20/23. *Psicologemas*, 5(2), 59-74.

Martina, G. R., Elena, L. L. M., & de los Ángeles, M. C. M. (2007). Satisfacción laboral del personal de salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(2), 63-72.

Capítulo 608

EL TRABAJO A TURNOS Y NOCTURNO Y SU INFLUENCIA SOBRE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA TERESA MEREDIZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El trabajo a turnos, regulado en el artículo 36.3 del Estatuto de los Trabajadores, señala que se trata de toda forma de organización del trabajo en equipo de acuerdo a la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, conforme a un cierto ritmo, continuo o discontinuo, conllevando la necesidad de que el trabajador preste sus servicios en horas diferentes dentro de un período determinado, de días o de semanas.

Debido a la necesidad de prestar una atención continuada a los pacientes, el trabajo a turnos y el nocturno son formas de trabajo habitual dentro del ámbito sanitario.

Entre aquellos riesgos que puedan localizarse en el puesto de trabajo, son el trabajo a turnos y el nocturno riesgos a considerar entre los factores de riesgo psicosocial relacionados con el tiempo de trabajo.

El trabajo a turnos y, especialmente, el trabajo nocturno tendrán un impacto notable sobre la salud física y mental de los trabajadores, ocasionando además un aumento de los riesgos laborales, viéndose afectada también su vida personal y social, y provocando todo ello insatisfacción laboral.

Dentro de la variedad de turnos, son los rotativos aquellos que más afectarán al trabajador al no permitir posibilidad de mantener hábitos diarios constantes.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir los efectos que tiene el trabajo a turnos sobre el trabajador, tanto a nivel físico, como mental y social.

3 Metodología

Este trabajo se ha basado en una revisión de diferentes artículos, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de publicaciones realizadas en Internet, acotando la búsqueda a artículos publicados en español a lo largo de los últimos años, y se han consultado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Para su realización se han utilizado como palabras clave: trabajo a turnos, trabajo nocturno, ciclo circadiano.

4 Resultados

El trabajo a turnos afecta de manera negativa a la salud de los trabajadores como consecuencia de la alteración que provoca en los ciclos circadianos, las alteraciones en el sueño y los problemas de conciliación de la vida familiar y social.

Los ritmos circadianos constituyen un proceso natural generado en ciclos de 24 horas. Esta palabra proviene del latín, donde *circa* significa alrededor y *dies* significa día.

Estos ritmos circadianos ocasionan modificaciones a nivel fisiológico y mental, provocando asimismo cambios en la conducta del trabajador. El ciclo circadiano se regula a través del denominado reloj biológico, localizado en el hipotálamo, siendo la luz y la oscuridad factores que afectan de manera considerable a su sincronización.

El trabajo nocturno conduce a cambios en el ciclo circadiano en cuanto a las horas de sueño/ vigilia, dando lugar a un impacto negativo en la salud de los trabajadores al originarse modificaciones en su ciclo biológico.

La alteración de este ciclo afecta al trabajador a nivel hormonal, sobre su temperatura y presión corporal, y produciendo trastornos a nivel digestivo como consecuencia de las modificaciones en los hábitos de consumo alimentario (por ejemplo saltarse el desayuno), pudiendo llegar a ocasionar, a largo plazo, problemas gastrointestinales y cardiovasculares.

El organismo, al tener que mantenerse activo durante las horas marcadas para el descanso, se ve afectado, pudiendo llegar a generar trastornos nerviosos y alteraciones del sueño.

En estos casos, el sueño será de poca calidad, no siendo reparador, ya que se ven afectadas sus fases, o incluso llegando a darse problemas de insomnio, no promoviendo una recuperación psíquica correcta.

En el supuesto del horario nocturno, al producirse el descanso en horario diurno, la luz y el ruido también afectarán al descanso. Todo esto tendrá como consecuencia un cansancio excesivo, tanto a nivel físico como emocional, pudiéndose originar alteraciones en el carácter, con un mayor estrés que pueda derivar en fatiga crónica y trastornos de carácter nervioso.

En el caso del horario nocturno, al darse en este supuesto el descanso en horario diurno, la luz y el ruido también afectarán al sueño. Todo ello llevará a un mayor cansancio que se irá acumulando, pudiendo llegar a derivar igualmente en fatiga crónica y trastornos nerviosos.

Durante la noche nuestra competencia física y mental, así como la memoria a largo plazo, se ven disminuidas, por lo que el organismo se obliga a hacer un sobreesfuerzo para poder trabajar en ese período de vigilia al que le forzamos.

Todo ello tiene un impacto directo sobre el trabajo, aumentando el número de errores y minorándose tanto el rendimiento como la capacidad de concentración. Por otro lado, se genera un debilitamiento de las relaciones familiares y sociales a causa de la diferencia de horarios respecto a la mayoría de la gente, así como inconvenientes para poder disfrutar del tiempo de ocio.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo a turnos y nocturno ocasiona una serie de desarreglos entre el tiempo de trabajo, el tiempo biológico y el tiempo social, dando lugar a efectos negativos sobre la salud, tanto en la vertiente física como en la psíquica, y también sobre su vida familiar y social.

Las instituciones deben garantizar a los trabajadores, en el ámbito hospitalario, medidas de prevención y protección en materia de seguridad y salud, con el fin de minimizar las consecuencias derivadas de esta forma de trabajo.

Que el trabajador sea informado con antelación del horario de trabajo le permitirá una mejor conciliación entre su vida laboral, familiar y personal, consiguiendo mejorar sus relaciones familiares y personales.

Mantenerse en movimiento durante el turno nocturno contribuye a una mejor concentración y a mantenernos más despiertos. Por otro lado, realizar ejercicio

resulta beneficioso a efectos de estabilización del ritmo biológico.

Asimismo, es beneficioso mantener una dieta equilibrada y una rutina de sueño en un entorno adecuado que evite la luz y el ruido.

6 Bibliografía

1. Cuixart CN, Psicología L. NTP 275:Carga mental en el trabajo hospitalario: Guía para su valoración Le charge mentale du personnel soignant: Inventaire pour son evaluation Mental workload in health care workers: An assessment checklist Redactora [Internet]. Insst.es. [citado el 17 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326853/ntp_275.pdf/138a68ef-f8ca-4eec-86f3-04422924ef70?version=1.0&t=1614698400838.
2. Webmaster. Influencia del turno rotativo en la salud de los trabajadores [Internet]. Prevención Integral & ORP Conference. [citado el 17 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.prevencionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2015/influencia-turno-rotativo-en-salud-trabajadores>.
3. Nogareda C, Licenciada En Psicología C, Nogareda S, Licenciada En Medicina C. NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos [Internet]. Insst.es. [citado el 17 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326962/ntp_455.pdf/90704425-21f3-419a-b356-1f2ddb9e2766.
4. ¿Qué son los ritmos circadianos? [Internet]. <https://espanol.nichd.nih.gov/>. [citado el 17 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/sleep/informacion/circadianos>.
5. Ramírez-Elizondo N, Paravic-Klijn T, Valenzuela-Suazo S. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. Index enferm [Internet]. 2013 [citado el 17 de diciembre de 2021];22(3):152–5. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200008.

Capítulo 609

LA CARGA MENTAL COMO RIESGO ORGANIZATIVO Y PSICOSOCIAL SOBRE LOS TRABAJADORES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA TERESA MEREDIZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Cuando nos referimos a la carga en el trabajo hablamos tanto de carga física como mental, y ambas dependen directamente tanto de lo exigente que sea la tarea, como de las condiciones en las que esta se desempeña, pero también de las propias características del trabajador. Cuando en el trabajo a desarrollar predomine la parte mental sobre la física, aquel tendrá la denominación de trabajo mental y, en tal supuesto, hablaremos de carga mental.

La carga de trabajo es inadecuada cuando el trabajador en un momento dado, no dispone de la capacidad o facultades precisas para llevar a cabo su función.

Los riesgos psicosociales son un conjunto de riesgos que pueden afectar al bienestar, salud y rendimiento de los trabajadores; vinculados directamente con la realización de la tarea, el contenido del trabajo y la organización; que generan repuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales; y que, llegado el caso, pueden ocasionar importantes problemas de salud en los trabajadores, siendo la carga mental uno de los factores más importantes y el estrés la secuela más habitual.

La carga mental en el trabajo se define como el esfuerzo intelectual que debe realizar una persona para poder llevar a cabo la tarea encomendada y dependerá

de los recursos intelectuales de los que disponga el individuo, así como de las exigencias del trabajo a realizar.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es identificar las diferentes fuentes que originan carga mental sobre el personal de las instituciones, e identificar cuáles son las consecuencias de esta.

3 Metodología

Este trabajo se ha basado en una revisión de diferentes artículos, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de publicaciones realizadas en Internet, acotando la búsqueda a artículos publicados en español a lo largo de los últimos años, y se han consultado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Para su realización se han empleado como palabras clave: “Riesgo Psicosocial”, “Carga Mental”.

4 Resultados

Diversos estudios realizados sobre la prevención de riesgos laborales nos indican que en los últimos años se ha originado un cambio en los puestos de trabajo, ocasionando un aumento significativo de las tareas mentales en defecto de las físicas.

En estas tareas mentales y, en consecuencia, en las cargas mentales a ellas asociadas, influirán los siguientes factores:

1. Exigencia de la tarea:

Contenido del trabajo: exigencia de la tarea propiamente dicha, cuyo elemento clave es la información que el trabajador emplea en su puesto de trabajo, y que hace referencia a lo que en Psicología se denomina tratamiento o procesamiento de la información.

Para poder procesar la información es preciso, por parte del trabajador, disponer de un determinado nivel de concentración, coordinación y atención.

El trabajador recibe diversa información, a través de distintos canales y procedente de diferentes fuentes, que debe analizar y a la que debe dar una respuesta, seleccionando una de las alternativas entre todas las posibles.

También se debe tomar en cuenta el tiempo de respuesta, ya que en aquellas circunstancias en las que se dispone de un menor tiempo para analizar las distintas alternativas y seleccionar la opción más apropiada, se genera una mayor carga mental debida al mayor esfuerzo a realizar.

La información que el trabajador utiliza también se debe analizar desde dos puntos de vista diferentes: por un lado, la cantidad de información recibida y, por otro lado, el grado de complejidad de dicha información. A mayor cantidad y complejidad, mayor carga mental.

Asimismo, destacamos que no solo existe la carga mental por exceso de actividad mental, sino también la carga mental por defecto, que igualmente ocasionan efectos negativos sobre el trabajador.

En el ámbito hospitalario también cabe tomar en cuenta aquellos puestos de trabajo en los que se da un contacto directo con los pacientes. Las condiciones de estos últimos en cuanto a edad, gravedad de la situación en la que se encuentran, así como el trato directo con ellos y sus familiares, pudiendo llegar a darse en algunos casos agresiones físicas y verbales, afectan igualmente a la carga mental del trabajador.

Condiciones en las que se desempeña: a) Físicas o ambientales: iluminación, condiciones climatológicas, ruido y olores entre otros. Todos ellos pueden ocasionar malestar, distracciones, problemas de concentración, etc., que conllevan una mayor carga mental. b) Sociales y relativas a la organización: duración y tipo de jornada laboral (horario a turnos), ambiente laboral, estilo de mando, cultura de la organización. c) Ergonomía del puesto de trabajo: siendo la forma en la que se facilita la información al trabajador uno de los factores que más influyen en la carga mental.

2. Características individuales de cada trabajador: nos referimos a factores personales de cada individuo:

- Estado general del trabajador.
- Nivel de inteligencia.
- Conocimientos, actitudes, experiencia.
- Confianza, motivación.
- Edad

También existen otros factores no relacionados con el trabajo, generados fuera de la organización, como pueden ser problemas en el entorno familiar, enfermedades no relacionadas con el trabajo a desempeñar, etc,

Todos estos factores van a influir directamente sobre la capacidad de respuesta del trabajador a las exigencias de su trabajo y, por tanto, tendrán efecto directo sobre la carga mental.

Las principales consecuencias de una carga mental inadecuada en el trabajo son la ansiedad y el estrés.

Estos, a su vez, generan una serie de problemas de salud en el trabajador, pudiendo ser tanto físicos como psíquicos.

- Físicos: dolor crónico, problemas músculo-esqueléticos (tensión muscular, rigidez), problemas a nivel digestivo e inmunoendocrinos y cardiovasculares
- Psíquicos: dificultad de concentración y olvidos, desorganización, sueño, Síndrome Burnout abuso de sustancias, trastornos psiquiátricos leves, irritabilidad, pensamientos obsesivos, en bucle y fobias:

Todos estos problemas descritos anteriormente acaban teniendo una repercusión directa en la organización, puesto que provocan absentismo laboral, modificaciones del comportamiento, problemas de rendimiento y una menor productividad, ocasionando asimismo un aumento de los accidentes laborales.

5 Discusión-Conclusión

Existe una relación directa entre la carga mental y algunos problemas de salud que puede desarrollarse en el trabajador, por lo que se hace necesaria la adopción, por parte de los departamentos de prevención de riesgos laborales, de las medidas adecuadas para erradicar o minimizar al máximo dichos problemas en el ámbito laboral.

Efectuar revisiones de las cargas de trabajo, programas de formación y reciclaje, favorecer un clima laboral positivo en el que se tomen en consideración las características del trabajador, sus necesidades y las condiciones en las que desarrolla su tarea y, al mismo tiempo, se favorezca la fluidez en la comunicación, conducirían a una menor carga mental.

La reducción de la carga mental, así como la limitación o eliminación de los problemas derivados de ella, además de un beneficio para el trabajador, conllevarían también un ahorro en costes para la propia institución y una mejora en servicio, derivando todo ello en una mejora de la calidad y de la propia imagen corporativa.

6 Bibliografía

1. Carga mental [Internet]. Saludlaboral.org. [citado el 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-laborales/riesgos-relacionados-con-la-psicosociologia/carga-mental/>.

2. La carga mental de trabajo [Internet]. Insst.es. [citado el 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/96076/carga+mental+de+trabajo/2fd91b55-f191-4779-be4f-2c893c2ffe37#:text=>.
3. CARGA MENTAL COMO FACTOR DE RIESGO PSICOSOCIAL. DIFERENCIAS POR BAJA LABORAL [Internet]. Infocop.es. [citado el 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3271.

Capítulo 610

LA CONTAMINACIÓN ACÚSTICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO Y SU INFLUENCIA SOBRE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

MARÍA TERESA MEREDIZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Al referirnos a condiciones de trabajo, hacemos alusión a todos aquellos elementos que lo conforman y que, llegado el caso, puedan llegar a ocasionar daños en el bienestar y salud de los trabajadores, pasando a llamarse, en tales casos, factores de riesgo laboral.

En la denominada Ley de Prevención de Riesgos Labores se recoge la expresión “condición de trabajo”, expresando que se trata de “cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador”.

Dentro de las condiciones de trabajo, el ruido constituirá un agente incluido en los llamados contaminantes físicos, siendo uno de los agentes físicos que en el ámbito sanitario se dan con mayor frecuencia.

La RAE define el ruido como un sonido inarticulado, generalmente desagradable. Constituye un sonido que llega a ocasionar incomodidad a quien lo percibe, provocando consecuencias negativas, tanto a nivel fisiológico como psicológico. Ya desde el año 1996, el Centro para la Audición y Comunicación ha establecido el último día del mes de abril de cada año como el Día Internacional de Concienciación sobre el Ruido, con el objeto de concienciar sobre los riesgos del ruido y cómo este llega a afectar a la salud.

No solo la salud y curación de los pacientes resulta afectada por el ruido, sino la propia satisfacción de aquellos, haciendo necesario que el ámbito sanitario asegure disponer de un nivel de confort acústico adecuado.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es identificar las diferentes fuentes de ruido en los centros sanitarios y valorar su influencia como condición física en la carga de trabajo.

3 Metodología

Este trabajo se ha basado en una revisión de diferentes artículos, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de publicaciones realizadas en Internet, acotando la búsqueda a artículos publicados en español a lo largo de los últimos años, y se han consultado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Para su realización se han utilizado como palabras clave: ruido, agentes físicos.

4 Resultados

En los denominados grupos de factores de riesgo en el ámbito laboral, deberemos distinguir la organización del trabajo y la carga de trabajo.

La carga de trabajo puede ser tanto física como mental, teniendo un impacto directo en ella la cantidad y calidad de la información y el tiempo de respuesta disponible, las peculiaridades individuales del trabajador y las propias condiciones en las que el trabajo es desempeñado.

En estas condiciones en las que el trabajo es realizado, estarían incluidas la ergonomía del puesto de trabajo, las condiciones sociales y relativas a la organización, y las condiciones físicas o ambientales, incluidas dentro de los riesgos de higiene y de la ergonomía ambiental.

Dentro de los factores relacionados con las condiciones físicas, debemos diferenciar entre ruido, temperatura e iluminación.

Diferentes estudios señalan como principales fuentes de ruido las ocasionadas por:

☒ El personal del hospital.

☒ Usuarios y visitantes.

☒ Aparatos/utensilios empleados en los diferentes servicios (servicio hostelería, lavandería, etc.), así como máquinas empleadas en la institución (aire acondicionado, etc.).

Asimismo, los efectos adversos del ruido continuado en nuestro organismo pueden ser clasificados en auditivos y no auditivos.

Auditivos:

☒ Daños en el oído: reducción de la capacidad auditiva, sordera profesional.

No auditivos:

☒ Efectos sobre el funcionamiento del sistema neurovegetativo: o Aumento de la presión arterial, hipertensión arterial. o Aceleración actividad cardíaca y de la frecuencia respiratoria. o Reducción actividad digestiva, desarreglo del tono muscular y de la secreción salival.

☒ Efectos sobre el rendimiento psíquico, obstaculización de las comunicaciones, déficit de atención, estrés, angustia, ansiedad, menor velocidad de reacción, irritabilidad, trastornos del sueño, ocasionando todo ello un incremento en el riesgo de cometer un mayor número de errores, así como agotamiento personal, pudiendo comprometer una atención sanitaria de calidad.

5 Discusión-Conclusión

El ruido en el ámbito sanitario puede llegar a tener efectos negativos sobre la salud de los trabajadores, afectando también a la salud de los pacientes, y a su recuperación y satisfacción.

Debido a esto, es importante que en los centros sanitarios se lleven a cabo planes con el objetivo de minimizar los efectos del ruido sobre el personal y sobre los pacientes, consiguiendo además mejorar su descanso y reducir el tiempo de recuperación, además de aumentar su satisfacción.

Estos planes de reducción del ruido se pueden llevar a cabo de diferentes maneras. La elección de equipos de trabajo más silenciosos y un adecuado mantenimiento de los mismos, la concienciación a las personas sobre la influencia negativa que tiene el ruido sobre la salud, formación a los trabajadores además de facilitar Epis dependiendo de la intensidad o frecuencia del ruido y la utilización de barreras acústicas o materiales absorbentes, así como realizar revisiones periódicas de la audición son algunas de las posibles medidas a adoptar para mejorar la calidad y salud de las personas.

6 Bibliografía

1. Ruido (Administración e inspección del trabajo). [citado el 17 de diciembre de 2021]; isponible en: <https://www.ilo.org/global/topics/labour-administration-inspection/resources-library/publications/guide-for-labour-inspectors/noise/lang--es/index.htm>.
2. Medicos P. Niveles de contaminación acústica en los hospitales - Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. 2016 [citado el 17 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/niveles-contaminacion-acustica-los-hospitales/>.
3. Condiciones de trabajo y salud [Internet]. Istas.net. [citado el 17 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://istas.net/salud-laboral/danos-la-salud/condiciones-de-trabajo-y-salud>.
4. 7. Higiene industrial [Internet]. gestion-sanitaria.com. [citado el 17 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.gestion-sanitaria.com/7-higiene-industrial.html>.
5. Ruido [Internet]. Portal INSST. [citado el 17 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.insst.es/ruido2>.
6. Rae.es. [citado el 19 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/ruido>.

Capítulo 611

RIESGOS PSICOSOCIALES

MARIA CRISTINA SUAREZ DIAZ

HILDEGARDA CUETOS SUAREZ

YESICA CORTE HEVIA

1 Introducción

¿Qué son los riesgos psicosociales? Desde el punto de vista de la Prevención de Riesgos Labores, se entiende por riesgos psicosociales aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización del trabajo y su entorno social, con el contenido del trabajo y la realización de la tarea por parte del trabajador y que tienen capacidad para afectar tanto a su bienestar o a su salud tanto física, psíquica o social, como al desarrollo de su trabajo.

Además, hay que tener en cuenta que los riesgos psicosociales en el trabajo han aumentado desde el inicio de la pandemia por COVID-19, debido a la alteración de hábitos y rutinas, miedo al contagio, cambios en las condiciones de trabajo que pueden incidir en el malestar psicológico y en el rendimiento del trabajador. Esas condiciones de trabajo cuando son, deficientes o adversas, bien por una mala organización, un diseño inadecuado y un mal ambiente laboral, impactan negativamente sobre su seguridad, salud y bienestar, se convierten entonces en una fuente de riesgo que es preciso gestionar. Estos factores de riesgo hay que evaluarlos e intervenir sobre ellos mediante una adecuada planificación preventiva para eliminarlos, reducirlos y/o controlarlos.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es dar a conocer los principales riesgos psicosociales presentes en las distintas actividades desarrolladas por el personal que presta sus servicios en el sector sanitario.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda por Internet de artículos relacionados, así como en manuales y revistas especializadas en prevención, También se consulta la Ley 31/1995 de PRL y el Real Decreto 1561/1995, de 21 de septiembre, sobre jornadas especiales de trabajo, Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio, por la que se establecen disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario. Acuerdo Marco Europeo sobre “Estrés en el trabajo” de 2004. Proporciona los principios para delimitar un contexto adecuado de gestión del estrés en las organizaciones. Acuerdo Europeo sobre Violencia y Acoso de 2007, y Directrices Multisectoriales sobre Violencia y Acoso de Terceros de 2010

4 Resultados

Los principales riesgos de tipo psicosocial a los que pueden estar sometidos los trabajadores del sector sanitario son:

- **ESTRÉS LABORAL:** el estrés es el riesgo psicosocial más común, puede definirse como un desequilibrio sustancial percibido por el trabajador entre la demanda y su capacidad de respuesta. El estrés laboral repercute sobre la vida de la persona, sobre el rendimiento y la calidad del trabajo. Disminución del rendimiento, menor motivación, mayor frustración e insatisfacción, desilusión y predominio de una actitud pasiva.
- **SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO O DE BURNOUT:** se puede considerar como un estrés crónico experimentado entre los profesionales que desarrollan su actividad laboral en el campo de los servicios humanos o profesiones de ayuda o asistenciales.

Se manifieste por actitudes y sentimiento negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional y por encontrarse emocionalmente agotado. Este riesgo se presenta con frecuencia en los profesionales de la salud y en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios.

- VIOLENCIA: puede ser física o psicológica, abarcando desde amenazas, ataques o agresiones de carácter psíquico o físico, conductas intimidatorias, etc. Puede ser interna (producida por compañeros de trabajo, jefes o subordinados) o externa (producida por terceras personas como pacientes, los familiares de éstos o usuarios).

La violencia laboral interna suele producirse por una mala gestión y también cuando existen cambios bruscos en la organización del trabajo.

La violencia laboral externa suele ocurrir cuando existe desinformación, falta de personal o listas de espera.

Conlleva consecuencias a corto plazo y largo plazo como el daño físico, ansiedad, estrés postraumático, falta de motivación o depresión.

MEDIDAS PREVENTIVAS:

- Modificar la organización del trabajo para conseguir una mayor autonomía y responsabilidad.
- Reordenamiento de las tareas profesionales para evitar la monotonía.
- Dar un mayor contenido a los trabajos simples y repetitivos.
- Informar con antelación sobre los cambios tecnológicos que se ya a realizar.
- Modificar el tiempo de descanso de manera que haya periodos de descanso pactados con las personas interesadas.
- Mejorar las condiciones ergonómicas y ambientales de los puestos de trabajo.
- Redistribuir el espacio de trabajo para el hacinamiento o el aislamiento.
- Facilitar la participación de los trabajadores en la organización del trabajo.
- Mejorar la capacidad de ayuda ante situaciones estresantes.
- La prevención del estrés debe ser tratada de una forma integral en la que los trabajadores y empresa desarrollen actividades y mecanismos para encontrar verdaderas soluciones.
- Para evitar la violencia laboral es imprescindible diseñar un protocolo sencillo para prevenirla, con pautas relacionadas con la organización de los servicios (como acortar el tiempo de espera) y una formación adecuada para prevenir y afrontar estas situaciones

- MOBBING, ACOSO LABORAL: situación en la que una persona o grupo de personas ejercen una violencia psicológica extrema sobre otra, de forma sistemática y durante un tiempo prolongado en el lugar de trabajo. El acoso laboral es un fenómeno del que nadie puede estar a salvo. Puede aparecer en cualquier nivel jerárquico y afecta tanto a hombres como a mujeres.

Las consecuencias son muy negativas tanto para el trabajador como para la empresa.

Consecuencias para el trabajador:

Inseguridad en el trabajo.

Sentimiento de estar en un entorno intimidatorio.

Tensión en el trabajo y miedo a determinadas situaciones y a quien le acosa.

Sentimiento de impotencia ante la situación y ante la humillación que siente.

Aversión al trabajo, irritabilidad, malestar, incomodidad, desánimo ...

Dificultad para hacer público el acoso que sufre.

Absentismo.

Consecuencias para la Organización:

Disminución de la productividad, absentismo laboral.

Empeoramiento del ambiente laboral.

Perdida de valores de la organización.

Mala imagen pública de la organización al no atender y combatir este tipo de prácticas.

MEDIDAS PREVENTIVAS:

- Identificar los riesgos psicosociales en la empresa para establecer medidas preventivas de mejora de la salud y bienestar de los trabajadores.
- Establecer un compromiso ético por parte del empresario y de los trabajadores de impulsar un entorno libre de acoso, elaborar protocolo contra el acoso laboral..
- Establecer mecanismos de corrección que permitan eliminar o minimizar de inmediato cualquier acción violenta o situación de acoso detectada contra un trabajador: gritos, insultos, humillaciones, marginación.
- Diseño de trabajo flexible, reducir el volumen de trabajos monótonos y repetitivos.
- Protocolizar los procesos asistenciales a fin de que no sean motivo de fricciones entre trabajadores con diferentes criterios profesionales.
- Formar a los directivos, mandos y trabajadores de la organización.

- CARGA MENTAL: la carga de trabajo se define como el conjunto de requerimientos físicos y mentales a los que se ve sometido el trabajador durante su jornada laboral. El trabajo conlleva siempre unas exigencias físicas y mentales. Si el trabajo que predomina es la actividad física se estará hablando de trabajo físico o muscular y puede haber un “carga física de trabajo”. Si por el contrario la actividad supone un mayor esfuerzo intelectual se estará hablando de trabajo mental y en consecuencia de “carga mental del trabajo”.

La carga de trabajo, tanto física como mental, se puede considerar un factor de riesgo presente en todas las actividades. Esta carga viene determinada por la relación que se establece entre las exigencias del trabajo: cantidad y complejidad de la información, exigencia de la tarea, tiempo de respuesta; como por las

características del individuo que las realza y sus condiciones ambientales.

Cuando existe una sobrecarga mental y esta se mantiene de manera continuada en el tiempo, se produce la fatiga mental, disminución de la eficiencia mental y física, que se manifiesta con cansancio, incremento de los errores y una disminución del rendimiento laboral.

MEDIDAS PREVENTIVAS:

- Recibir información adecuada y de fácil percepción.
- Recibir mensajes claros y concretos, teniendo en cuenta la formación de la persona y evitando la memorización excesiva.
- Diseño ergonómico de los puestos de trabajo, adaptados a la persona.
- Prever pausas cortas y frecuentes durante la jornada laboral.
- Alternar tareas que exijan nivel elevado de atención con otras de menor exigencia.
- Formar al trabajador siempre que haya cambios tecnológicos, operativos u organizativos.

5 Discusión-Conclusión

El impacto que las consecuencias de los riesgos psicosociales supone para la persona, para las empresas y para la sociedad en general, pone de manifiesto la necesidad de mejorar en esta problemática desde el ámbito laboral. La evaluación de los riesgos psicosociales es una herramienta cuyo objetivo es aportar información que permita conocer dichos riesgos para poder establecer actuaciones de mejoras adecuadas a los riesgos detectados. Evaluar estos riesgos y adoptar las medidas preventivas necesarias es imprescindible para mejorar el bienestar del personal y el del entorno de trabajo.

Estos riesgos además, requieren un esfuerzo colectivo en aspectos educativos y formativos. De un lado, es importante el fomento de la educación y de campañas de sensibilización dirigidas a la sociedad en su conjunto desde las edades escolares y por otro, es necesario incrementar la formación sobre estos riesgos en los programas formativos dirigidos a todos los trabajadores de la organización.

6 Bibliografía

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales. Modificada por el RD Legislativo 5/2000. Modificada por la Ley 54 de 2003, de 12 de diciembre.
<https://www.insst.es>
<https://riesgoslaborales.info>

<https://prevencion.fremap.es>

Capítulo 612

EL IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

JESÚS CASO CUÉ

1 Introducción

El 14 de marzo de 2020 el Gobierno de España decreta el estado de alarma que limitaba las libertades ciudadanas para una efectiva cuarentena, como respuesta al incremento exponencial de casos COVID; en ese mismo día había contabilizados 5232 contagiados y 133 muertos. Los primeros casos positivos de SRAS-CoV-21, se habían detectado en la ciudad de Wuhan, República Popular de China, en el mes de diciembre del año 2019 y la Organización Mundial de la Salud declara oficialmente la pandemia el 11 de marzo de 2020. El impacto en la vida de las personas de esta crisis sanitaria global y las medidas adoptadas para contrarrestar el avance de la enfermedad ha afectado de manera integral a nuestra forma de vida. No podemos cuantificar aún cuál es el verdadero alcance de esta circunstancia histórica pues aún estamos inmersos en ella, en estos momentos, en España asistimos a un aumento de los casos aun cuando tenemos uno de los porcentajes de vacunación más altos del mundo 79,5% el 11 de diciembre de 2021 de la población española tiene la pauta completa de vacunación. Asistimos a la denominada sexta ola, a la vez que, ha aparecido una nueva variante del virus, Ómicron, sobre la que hay noticias contradictorias en cuanto a la eficacia de las vacunas existentes, su mutabilidad y capacidad de transmisión.

Será el tiempo y la perspectiva histórica la que determine la profundidad de los cambios que esta pandemia de la era de la globalización habrá traído a nuestro planeta, aunque ya intuimos que nada será lo mismo y que todo está relacionado. Nos centraremos en este breve trabajo en el impacto emocional de los trabajadores administrativos de las instituciones sanitarias; es decir, nos acercaremos a la segunda línea del frente en la batalla contra esta enfermedad infecciosa, , cuáles han sido las consecuencias psicoemocionales del afrontamiento de la pandemia.

Entenderemos la salud mental como el bienestar emocional, psíquico y social y la capacidad de los individuos de enfrentar las vicisitudes vitales y ser productivos en su propio contexto.

2 Objetivos

Establecer someramente la importancia de la salud mental en el ámbito laboral. Exponer cuáles han sido las consecuencias psicológicas en los trabajadores administrativos y su prevalencia.

3 Metodología

Se ha realizado una verificación de la bibliografía existente mediante un procedimiento sistemático, ordenado, y coherente sobre la literatura científica disponible. Utilizando las herramientas de búsqueda en las bases de datos: Google Scholar, ScienceDirect...revisando y contrastando los datos aportados en publicaciones científicas de reconocido prestigio.

4 Resultados

Los estudios demuestran que el COVID-19, y la carga asistencial derivada del mismo, así como la preocupación por la salud personal y de sus familia, en las plantillas administrativo-sanitarias; supuso que el estrés afectará casi al 50% del personal, el 37% ansiedad, 27% depresión y 28% problemas de sueño. Se preguntó también por el miedo que se experimentaba en el puesto del trabajo, hallándose que las personas que mostraban los valores más altos de esta emoción eran las que presentaban más síntomas negativos y de mayor escala. Específicamente, aquellos trabajadores/as que conviven con individuos con enfermedades crónicas. Afectando aún más, en sentido negativo, a aquellas personas que perciben que

la población no cumple con las medidas preventivas efectivas para no contraer la enfermedad, distancia social y confinamiento, que aquellas que sí creen que la sociedad está respondiendo. Por sexos, la ansiedad ha tenido mayor prevalencia entre las mujeres y por edades, entre los mayores de 36 años. En general a mayor edad, se presenta mayor número de los síntomas objeto del estudio, quizás porque la percepción del riesgo es más elevada por la experiencia acumulada y por la presencia de mayores cargas familiares con la preocupación al contagio inherente a las mismas.

La estigmatización, a medida que la pandemia se ha prolongado en el tiempo, ha sido una preocupación en aumento entre los trabajadores objeto del estudio, en tanto que, la percepción pública ha pasado de héroes a posibles focos de transmisión con el consiguiente aumento de presión extralaboral que ello supone, es decir que la pandemia no se limita al ámbito laboral si no que se padece también en el ámbito familiar al ser señalado como un factor de riesgo, normalmente en las comunidades donde se reside. . Aunque la depresión severa es un porcentaje pequeño, en torno al 2%, la depresión media y moderada sí presenta unos porcentajes elevados entre los profesionales objeto del estudio, así como el insomnio.

5 Discusión-Conclusión

La pandemia ha supuesto una sobrecarga del sistema sanitario, un test de esfuerzo de consecuencias trágicas para muchas personas, y aquí sistema sanitario entiéndase como las personas que lo conforman con especial referencia al personal administrativo, con el coste emocional y de salud psicológica que supone; el cual aún no ha sido estudiado en profundidad.. Hoy en día, podemos intuir su alcance a todos los aspectos de la vida de los profesionales sanitarios y su profundidad, aunque no evaluarlos con la precisión adecuada, pues se necesitan más estudios y un proceso de reflexión transversal que incluya a todos los actores sociales.

Concluimos resaltando la importancia del cuidado de la salud psicológica del personal sanitario administrativo y su repercusión en la sociedad, la protección de la misma mediante políticas y protocolos que la favorezcan.

6 Bibliografía

www.sciencedirect.com
www.who.int
www.springer.com

Capítulo 613

EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

JOSEFA BERTA FERNANDEZ GARCIA

CLARA LUZ NORIEGA SUÁREZ

OLAYA OVIAÑO GONZÁLEZ

MARIA ARANTZAZU DE LA ARENA DEL LLANO

MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ

1 Introducción

Todos los trabajadores de la salud, como los servicios y accesorios que no sean de atención médica y otros clientes y servicios públicos. Tenemos información sobre su información de salud e información sobre la información personal, cuando creamos información de salud u hospitales, preguntamos acerca de los compromisos que, o si puede traer su promesa, y usamos la lista de oro, tiene una caja fuerte, Tarifa de pago profesional. En caso de toda la información que actúa constantemente como una computadora y salud pública, la enfermera a los derechos de la información personal y el apoyo del proceso. Decidimos la responsabilidad de hacer un proveedor de atención médica, dependiendo de la ley que controle las leyes que protejan nuestros límites y pacientes.

Por todos estos datos que manejamos constantemente mediante los ordenadores y programas de salud pública, trabajamos con los derechos que tiene el paciente sobre sus datos personales y los procesos asistenciales que le corresponden. Determinar claramente las obligaciones que tenemos como profesionales sanitarios del sistema sanitario español, fundamentando nuestros conocimientos en las leyes que regulan en el artículo 43 que es la ley general de sanidad de nuestras obligaciones y en las que protegen los derechos de nuestros pacientes y usuarios.

2 Objetivos

Determinar nuestros conocimientos en las leyes que regulan nuestras obligaciones y en las que protegen los derechos de nuestros pacientes y usuarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En el artículo 43 de la Constitución Española nos dice en profundidad cuales son los derechos y las leyes que nos protegen.

En él se reconoce el derecho a la protección de la salud, delegando en los poderes públicos a través de medidas preventivas, la organización y tutela de la salud pública, los servicios y prestaciones necesarios que la ley establece en nuestros derechos y obligaciones al respecto.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, también reconoce el derecho del paciente y tener confidencialidad de la información relacionada con el proceso asistencial, como lo es el respeto a la persona, dignidad e intimidad, y que no sean discriminados; estén informados de los servicios sanitarios a los que puede acceder y saber que tiene derecho a la confidencialidad de toda la información que esté relacionada con su proceso.

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, regula, como su nombre indica, que el paciente exprese sus deseos y se informe de la documentación clínica que se produce cada vez que viene a centros sanitarios.

La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales tiene como objetivo adecuar la legislación del Reglamento (UE) 2016/679 General de protección de datos y nos marca los derechos y obligaciones que tenemos que cumplir como ciudadanos en todo lo que se refiere al tratamiento de datos personales.

Nuestras obligaciones nos las define claramente la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

En el Capítulo IV, es de los derechos y obligaciones y exactamente en el artículo 19 nos dice los derechos que tenemos los pacientes y usuarios, de cómo debemos actuar como trabajadores y nuestras obligaciones.

Estamos obligados a:

- Mantener la total reserva y confidencialidad de la documentación e información relativa a nuestros centros sanitarios y a nuestros pacientes o usuarios, que hayamos obtenido o a la que tengamos acceso en el ejercicio de nuestras funciones.
- Ejercer nuestra profesión y desarrollar todas las funciones que competen a nuestro nombramiento con eficacia y lealtad y siempre orientándola a los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables.
- Informar correctamente, siguiendo las normas y los procedimientos aplicables a cada caso y siempre dentro del ámbito de nuestras competencias, tanto a los usuarios como a los pacientes sobre su proceso asistencial y sobre los servicios que tiene a su disposición.
- Mantener nuestros conocimientos y nuestra aptitud debidamente actualizados, para poder ejercer con corrección nuestra profesión y poder desarrollar las funciones que nos competen.
- Respetar la dignidad e intimidad personal de nuestros usuarios y pacientes, su libre disposición en las decisiones que les afectan y el resto de derechos que tienen reconocidos en las distintas disposiciones aplicables, además de no hacer ninguna discriminación por motivos de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cuales quieran que sean sus circunstancias personales o sociales, en la que acceden a nuestro centro o institución sanitaria.
- Cumplimentar siempre correctamente, los registros, informes y demás documentación clínica o administrativa establecidos en nuestro centro o servicio de salud.

- Ser debidamente identificados por nuestro nombre y por nuestra categoría profesional por los pacientes o usuarios de nuestros centros sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Protegiendo los derechos de nuestros pacientes, estamos prestándoles una asistencia sanitaria de calidad y cumpliendo uno de los derechos básicos que tienen, que es el de la salud. Lo que tenemos que tener presente que hay momentos en la vida que todos pasamos como usuarios o pacientes por un mostrador en el cual queremos asistencia médica y que nos atendieran en ese momento que llegamos con un buen trato ya que todos sabemos cuáles son nuestros derechos y obligaciones como paciente y usuario sabiendo que existe una ley que nos protege la cual esta en la constitución española y es efectiva a día de hoy.

6 Bibliografía

1. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
2. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>.
3. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
4. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>.
5. Agencia de protección de datos. Guía para pacientes y usuarios de la sanidad. Noviembre 2019.
6. <https://www.aepd.es/media/guias/guia-pacientes-usuarios-sanidad.pdf>.

Capítulo 614

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS TÉCNICAS COMUNICATIVAS

CESAR MORENO MERINO

1 Introducción

La comunicación es la base de las relaciones humanas y como tal es importante cuidarla y saber usarla. Las personas se relacionan con otras de forma natural, sin embargo no siempre lo realizan de forma eficaz, para ello es necesario educar a las personas para que sepan lo que quieren comunicar exactamente y sepan hacerlo.

Los elementos de la comunicación son:

- Emisor: es la persona que emite el mensaje.
- Receptor: persona o personas que reciben el mensaje.
- Mensaje: información que se quiere transmitir.
- Canal: medio por el cual se transmite el mensaje.
- Código: reglas y signos utilizados para emitir el mensaje.

Una vez que se tienen claros los elementos de la comunicación es importante tener en cuenta que para que esta sea eficaz, el mensaje debe de ser entendido por el receptor. En el ámbito administrativo esto se traduce en una serie de reglas que deben de seguir todos ellos para poder entender lo que los demás dejan escrito y poder así transmitir la información a quien así lo desee.

Se verá cómo el auxiliar administrativo debe de dominar la técnica comunicativa ya que parte de su trabajo se ejerce de cara al público y este puede ser muy dispar.

2 Objetivos

Conocer cómo se debe de llevar a cabo la comunicación eficaz y cómo puede influir esto en el trabajo del auxiliar administrativo.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con la comunicación eficaz. La información se ha recopilado de Web of Science, Scielo y PubMed, así como manuales de actuación de Consejerías y centros sanitarios. Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 2019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible. Los términos utilizados para la búsqueda han sido “auxiliar administrativo”, “técnicas comunicativas”, “comunicación eficaz”, “comunicación no verbal”.

4 Resultados

Dentro de las tareas del auxiliar administrativo se encuentra la de atención al público, dicha atención se produce a la hora de solicitar el paciente una cita o cierta información. Para que la atención sea correcta lo primero es que la persona que se dirige al auxiliar administrativo sea capaz de expresar lo que necesita, de no ser así el auxiliar administrativo será quien intente averiguar lo que necesita, para ello debe de tomar una postura de comprensión y amable.

La comunicación puede ser de dos formas, verbal en la que se utilizan palabras ya sean habladas o escritas y la no verbal que utiliza signos, gestos, movimientos, que no siguen unas reglas directamente estrictas pero que componen el mayor porcentaje de toda la comunicación. Se ha de procurar utilizar gestos que no lleven a la confusión del receptor y que no lo ofendan, por lo tanto, la necesidad de pensar en lo que se está diciendo no solo con las palabras si no con los ojos, los brazos o el cuerpo entero es grande. No se puede mantener una postura agresiva o de ataque con el cuerpo a la vez que se intenta saber lo que necesita el usuario. Una vez que el emisor y el receptor, en este caso el usuario y el auxiliar administrativo han conseguido comunicarse de forma cordial, el administrativo procurará proporcionales las facilidades necesarias para solucionar su problema o su petición. Por último destacar que se ha de evitar hablar de los pacientes y usuarios de forma despectiva aunque ellos no estén delante ya que nunca se sabe quién puede estar escuchando y el servicio que se presta debe de ser imparcial y cordial.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo tiene un gran reto por delante en lo que la atención a las personas se refiere, no solo a los usuarios, también a los profesionales que en el centro sanitario trabajan. Son ellos quienes gestionan el trabajo de los facultativos y por ello la relación tiene que ser cordial y de máximo entendimiento, igual que con el paciente a quien hay que escuchar los problemas que pueda tener con la mayor atención e interés posible para poder dar solución a ese problema que presenta.

Al final el auxiliar administrativo debe de ser asertivo y empático con todo el mundo para evitar conflictos y así realizar su trabajo de la forma más eficaz.

6 Bibliografía

Flecha, R., Vargas, J., & Dávila, A. (2004). Metodología comunicativa crítica en la investigación en ciencias sociales: la investigación Workaló. Lan Harremanak-Revista de Relaciones Laborales, (11).

Sancho, J. L. V. (2001). La infografía: técnicas, análisis y usos periodísticos (Vol. 9). Universitat de València.

Ribeiro, L., & BASTANZO, J. (1994). La comunicación eficaz (No. 04; P90, R5). Urano.

Cestero Mancera, A. M. (2014). Comunicación no verbal y comunicación eficaz.

Capítulo 615

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

PATRICIA JIMENEZ LOPEZ

MARTA DE LA VEGA CRISTOBAL

MARIA CRUZ LOPEZ MARTINEZ

1 Introducción

Para poder hablar de prevención de riesgos laborales, primeramente debemos saber a qué nos referimos con riesgo laboral, que es la “posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo que realiza”. Los orígenes de la prevención de estos riesgos derivan ya de la revolución industrial, debido a que con la mecanización de la industria se produjo un incremento de accidentes laborales y enfermedades profesionales.

En 1900 en España se aprobó la ley de accidentes de trabajo, esta ley representó un antes y un después en la relación entre empresarios y trabajadores, ya que establece que es el empresario el responsable de los accidentes que le ocurran a los trabajadores y que estos tendrán derecho a percibir una indemnización. Para hacer frente a estas indemnizaciones los empresarios empezaron a contratar seguros y aparecieron las mutuas de trabajo para minimizar los gastos médicos derivados de los accidentes.

En 1995 con la ley de prevención laboral, la empresa debía también crear y mantener una organización que se ocupara de la seguridad y la salud de sus trabajadores y no solo limitarse a corregir las deficiencias que habían provocado el

accidente. Desde entonces las empresas han ido incrementando su responsabilidad y adecuando sus recursos y presupuestos a las labores de prevención.

2 Objetivos

Describir la prevención de riesgos laborales, así como los principios generales y la evaluación de los mismos

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica, 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 el empresario como las administraciones públicas tienen el deber de proteger a sus trabajadores frente a los riesgos laborales, garantizando su seguridad y salud, adoptando todas las medidas que sean necesarias, evaluando los riesgos que no hayan podido evitarse y planificando la actividad preventiva.

Existen unos principios generales:

- Evitar los riesgos.
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- Combatir los riesgos desde su origen.
- Adaptar en lo posible el trabajo a la persona.
- Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- Planificar la prevención.
- Adoptar medidas que antepongan la prevención colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

La evaluación de los riesgos deberá realizarse o revisarse:

- Al inicio de la actividad
- Cuando se modifique el lugar de trabajo o se empleen nuevos equipos de trabajo.
- Cuando cambien las condiciones de trabajo.
- Cuando se incorpore un trabajador especialmente sensible.

- Cuando sean detectados daños a la salud de los trabajadores.
- Cuando se detecte que las actividades de prevención puedan ser insuficientes o inadecuadas.
- Cuando así lo establezca un acuerdo entre los representantes de los trabajadores y el empresario.

Esta evaluación será realizada por personal técnico con la capacidad y aptitud necesarias para desarrollar dichas funciones.

La principal legislación aplicable en la materia de prevención de riesgos laborales en nuestro país es:

- La constitución española (artículo 40.2) que obliga a los poderes públicos a desarrollar y fomentar una política de protección y seguridad en el trabajo.
- El estatuto de los trabajadores (artículo 19.1) que menciona el derecho a la seguridad en el trabajo.
- La ley 31/1995 de ocho de noviembre de prevención de riesgos laborales que es la principal norma que regula en España la seguridad en las condiciones de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Como vemos, cuando se gestiona adecuadamente la prevención de riesgos laborales, se alcanzan objetivos de gran importancia, tanto para los trabajadores como para la empresa.

- La disminución de accidentes, incidentes y daños derivados del trabajo, así como sus consecuencias humanas, económicas y legales.
- Lugares de trabajo más seguros y saludables.
- Trabajadores más satisfechos e implicados con la empresa, lo que se traduce en un mejor clima laboral, menor absentismo y disminución de bajas laborales.
- Aumento de la productividad.
- Cumplir la legislación vigente en materia de seguridad y salud laboral y así evitar las consecuencias legales derivadas de los incumplimientos de la misma.

6 Bibliografía

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>

https://www.mites.gob.es/es/Guia/texto/guia_10/contenidos/guia_10_22_1.htm

<https://invassat.gva.es/es/que-es-prevencion-de-riesgos-laborales>

Capítulo 616

INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

PATRICIA JIMENEZ LOPEZ

MARTA DE LA VEGA CRISTOBAL

MARIA CRUZ LOPEZ MARTINEZ

1 Introducción

Antes de poder profundizar en el tema que nos ocupa debemos aclarar algunos conceptos básicos como por ejemplo que es la comunicación y de qué elementos está constituida. Como decía, la comunicación es el proceso a través del cual se produce un intercambio de información entre dos o más personas, ya sea mediante el lenguaje o mediante otros medios. En dicho proceso intervienen 5 elementos claves:

- Emisor: fuente que origina la información (persona, máquina)
- Receptor: persona que recibe e interpreta la información
- Canal: medio a través del cual se transmite la información
- Código: sistema de signos y reglas que es transmitido en el mensaje y que debe ser primeramente conocido por el emisor y por el receptor

Una vez definidos los elementos que forman parte de la comunicación, debemos saber que la comunicación solo es eficaz cuando el emisor recibe el mensaje, lo comprende, lo utiliza y lo retroalimenta, haciendo ver al interlocutor que ha comprendido su mensaje. Sin embargo, esto no siempre es tarea fácil, ya que al ser varios elementos en la comunicación pueden aparecer obstáculos que dificulten ésta.

Algunos de estos problemas pueden ser:

- Los que tienen origen en el emisor; cuando éste no es capaz de sintetizar adecuadamente la idea a transmitir
- Aquellos que tienen origen en el receptor; provocados por falta de atención, defectos en la escucha comprensiva
- Los causados por el canal; principalmente el ruido
- Los que derivan del código; cuando el emisor o el receptor no lo conocen
- Los propios del mensaje; que sea demasiado largo o inconexo

2 Objetivos

Describir la importancia de la interpretación de la información

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica, 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

Además de los aspectos ya comentados, es importante aclarar la existencia de dos tipos fundamentales de comunicación: la comunicación verbal y la comunicación no verbal.

La comunicación verbal surge de la necesidad de comunicarse entre las personas, es la forma de transmitir mensajes que el ser humano realiza de manera más consciente. Esta a su vez se puede realizar de dos maneras:

- De forma oral: mediante palabras y signos orales
- De forma escrita: por medio de la representación gráfica de signos

La comunicación no verbal, es aquella que se realiza a través de signos no lingüísticos como pueden ser los gestos y los movimientos corporales. Suele mantener relación con la comunicación verbal, ya que casi siempre se utilizan juntas, y a veces contribuyen a ampliar o reducir el mensaje transmitido de forma verbal. Los sistemas de comunicación no verbal también se utilizan para transmitir emociones y sentimientos, cumplen con un mayor número de funciones que los

sistemas de comunicación verbal, puesto que los acompañan y complementan pero también pueden modificarlos o incluso llegar a sustituirlos y no siempre de manera consciente por parte del emisor. Los sistemas de comunicación no verbal más importantes son:

- El lenguaje corporal: generalmente es inconsciente y se utilizan gestos, tono de voz y determinadas posturas.
- El lenguaje icónico es un lenguaje visual y engloba muchas formas de comunicación no verbal como los anuncios y señales de tráfico.

Como hemos visto el proceso de comunicación es un proceso complejo en el que intervienen multitud de elementos, los cuales deben tener conexión entre sí para que la comunicación sea favorable y satisfactoria. Se debe tener un especial cuidado a la hora de transmitir e interpretar la información.

5 Discusión-Conclusión

Es importante recordar que el lenguaje no verbal juega un papel clave en el proceso de comunicación ya que muchas veces, sin nosotros ser conscientes están mandando mensajes a la otra persona, por ejemplo si miramos el reloj o nos frotemos las manos estamos denotando impaciencia, sin embargo algo tan simple como mirar de frente a quien nos habla ya demuestra interés, concentración y confianza en uno mismo.

Se debe tener en cuenta que la lista de estos gestos podría ser interminable, por ello es importante prestarle la atención que se merece y seguir unas reglas básicas:

- Preparar el tema que se va a tratar
- Evitar los prejuicios hacia la otra persona
- Escuchar con empatía
- Evitar las posibles distracciones
- No adelantar conclusiones
- Resumir de vez en cuando lo que se ha dicho (retroalimentación)

6 Bibliografía

<https://www.deciphra.com/la-importancia-de-la-interpretacion-en-la-comunicacion/>

<https://sites.google.com/site/tallerdeliderazgotec/unidad-2/1-interpretacion-del-progreso-de-comunicacion>

Capítulo 617

FACTORES PSICOSOCIALES EN LA SALUD LABORAL DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

CARMEN MARÍA GARCÍA BARREDO

1 Introducción

Los factores psicosociales son aquellas características de las condiciones de trabajo y, sobre todo, de su organización que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos. En términos de prevención de riesgos laborales, los factores psicosociales representan la exposición, la organización del trabajo, el origen de ésta, además del estrés como un desencadenante y precursor del efecto (enfermedad o trastorno de salud que pueda producirse).

En consecuencia, la exposición a los riesgos psicosociales puede, a largo plazo, derivar en otras enfermedades cuando provoca estrés laboral. Los trastornos de salud para los que hay evidencia científica suficiente de su relación con el estrés laboral implican afectaciones a los diversos sistemas del cuerpo humano.

En el presente capítulo se desarrollarán factores nocivos que pueden desencadenar lesiones de diverso tipo en trabajadores sanitarios y no sanitarios. Y algunas de las lesiones que pueden sufrir estos trabajadores a lo largo de su vida laboral, si se ven bajo la influencia de estos factores. Es importante señalarlos y detectarlos para que los centros sanitarios tomen medidas preventivas a la hora de confeccionar las diversas condiciones laborales, y estos riesgos sean combatidos o minimizados por la salud de los trabajadores.

2 Objetivos

Mostrar algunos de los diferentes factores psicosociales del trabajo en instituciones sanitarias que pueden influir en trastornos de salud.

Indicar los principales efectos dañinos sobre la salud que pueden provocar las diversas condiciones y características laborales en centros sanitarios.

3 Metodología

En la confección de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación por medio de una revisión bibliográfica de literatura científica existente, con una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline y consulta de legislación pertinente, para su selección.

4 Resultados

Los tipos de factores psicosociales:

Son características nocivas de la organización del trabajo, que podemos identificar a través de varias dimensiones:

1. Exceso de exigencias psicológicas.

Cuando hay que trabajar rápido o de forma irregular, cuando el trabajo requiere que escondamos los sentimientos, callarse la opinión, tomar decisiones difíciles y de forma rápida;

2. Falta de influencia y de desarrollo.

Cuando no tenemos margen de autonomía en la forma de realizar nuestras tareas, cuando el trabajo no da posibilidades para aplicar nuestras habilidades y conocimientos o carece de sentido para nosotros, cuando no podemos adaptar el horario a las necesidades familiares, o no podemos decidir cuándo se hace un descanso;

3. Falta de apoyo y de calidad de liderazgo.

Cuando hay que trabajar aislado, sin apoyo de los superiores o compañeros y compañeras en la realización del trabajo, con las tareas mal definidas o sin la información adecuada y a tiempo;

4. Escasas compensaciones.

Cuando se falta al respeto, se provoca la inseguridad contractual, se dan cambios de puesto o servicio contra nuestra voluntad, se da un trato injusto, o no se reconoce el trabajo, el salario es muy bajo, etc.

5. La doble presencia.

El trabajo doméstico y familiar supone exigencias cotidianas que deben asumirse de forma simultánea a las del trabajo remunerado. La organización del trabajo en los hospitales y centros de salud puede impedir la compatibilización de ambos trabajos, a pesar de disponer de herramientas y normativa para la conciliación de la vida laboral y familiar. Las mujeres siguen realizando y responsabilizándose del trabajo doméstico y familiar, por lo que la doble presencia es más prevalente entre el colectivo de mujeres.

6. Tiempo de trabajo (trabajo a turnos y nocturno).

El tiempo de trabajo, su duración y su distribución, es uno de los aspectos de las condiciones de trabajo que tiene una repercusión más directa sobre la vida laboral y familiar diaria. Un mal diseño del tiempo de trabajo puede causar numerosos problemas de tipo físico y psicológico.

5 Discusión-Conclusión

Los efectos de la exposición a los riesgos psicosociales sobre la salud se manifiestan a corto plazo, a través de procesos conocidos como «estrés».

Estos efectos provocan mecanismos:

- Emocionales: Sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.;
- Cognitivos: Tener dificultades para acordarse de las cosas, para pensar de forma clara, no poder concentrarse, ni tomar decisiones, etc.;
- Comportamentales: No tener ganas de hablar con nadie, de estar con gente, sentirse agobiado, infeliz, no poder dormir bien, comer compulsivamente, abusar del alcohol, tabaco, etc.;
- Fisiológicos: Problemas de estómago, dolor en el pecho, tensión en los músculos, dolor de cabeza, sudar más, marearse, falta de aire, etc. Todos estos procesos están estrechamente relacionados entre sí, y pueden ser precursores (alarmas) de enfermedad bajo ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración.

6 Bibliografía

ESTRÉS LABORAL Y EVALUACIÓN DE RIESGOS [INTERNET]. Disponible en <https://www.insst.es/documents/94886/378393/Estr%C3%A9s+laboral+y+evaluaci%C3%B3n+de+riesgos+-+A%C3%B1o+2009+%28Ficha+pr%C3%A1ctica+54%29/e55e0e75-9a40-45bf-bc2e-73e1eceb769d>

Capítulo 618

ERGONOMIA E HIGIENE POSTURAL

ANA ISABEL FERNANDEZ DIEGO

MÓNICA RODRÍGUEZ SIMÓN

PAULA PUENTE RODRIGUEZ

1 Introducción

Definimos la higiene postural como el conjunto de normas, consejos y actitudes posturales, tanto estáticas como dinámicas, encaminadas a mantener una alineación de todo el cuerpo principalmente la columna y el resto de articulaciones, con el fin de evitar posturas y futuras lesiones y poder así cumplir con el objetivo que abarca la ergonomía cuidando que el espacio de trabajo este en armonía con las actividades que tenga que desempeñar el trabajador.

Con el fin de lograr una buena higiene postural, es necesario conocer el entorno de trabajo y poder así mantener posturas adecuadas en cada situación, ya que con más frecuencia de lo que pensamos tendemos a prestar más atención a la tarea que vamos a realizar, olvidando la peligrosa posición que adopta nuestra espalda.

Los centros de seguridad laboral y mutuas recogen al cabo del año a multitud de trabajadores, bien quejándose de un daño o accidente puntual, o bien con desarrollo de patologías crónicas creadas por la propia función laboral. Todas ellas derivadas de una mala ergonomía e higiene postural, ya que la mayoría de trabajadores carecen de la total información para evitarlos o para minimizarlos. Para ello, los propios centros de trabajo deberían de desarrollar programas que ayuden a actualizar conocimientos y estrategias que ayuden a evitar estos trastornos o accidentes.

2 Objetivos

Describir las pautas básicas de la ergonomía y de la higiene postural.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha consultado libros y artículos de las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se ha buscado información en manuales de prevención de riesgos laborales así como en guías prácticas de higiene postural.

4 Resultados

La clave para tener una espalda sana es mantener un buen tono muscular óptimo, así como vigilar las posturas que se adoptan durante la jornada laboral.

Con un buen aprendizaje para proteger la columna vertebral y una correcta posición del cuerpo durante la jornada laboral tanto un TCAE como un CELADOR, van a evitar posibles lesiones o patologías como lumbalgias, contracturas musculares, hernias discales y derivando en una baja laboral.

☒ Normas generales posturales correctas:

- Deberemos adoptar la postura correcta según la tarea que se va a realizar; reconociendo además la exigencia de cada una de ellas en cuanto a duración, dificultad e intensidad.
- Se deberá mantener la curvatura fisiológica de la columna evitando forzar curvaturas nada fisiológicas.
- Cambiar la postura de vez en cuando, ya que mantenerla en la misma postura durante tiempos prolongados provoca fatiga en la columna.
- Un correcto movimiento nos evitara problemas de salud, así como tendremos que realizar un esfuerzo físico menor.

☒ Normas de higiene postural caminando y en bipedestación:

- Calzado cómodo y confortable.
- Se debe caminar con la espalda y la cabeza erguida, y sobre todo se evitará ir encorvado con los hombros rectos.
- Se deberá evitar tener la espalda flexionada o agachada el menor tiempo posible, para ello, los brazos deberán estar apoyados y si es posible el material estará colocado a una altura correcta que evite excesos.

- Uso de reposapiés para la bipedestación mantenida: para evitar la lordosis, creada cuando pasamos mucho tiempo de pie, se debe de colocar un pequeño reposapiés y situar en él uno de nuestros pies, para así aliviar el peso de la columna vertebral.
- Se repartirá el peso por igual entre las dos extremidades y se evitará dentro de lo posible los movimientos de rotación vertebral, de cadera y de hombros.
- ☒ Indicaciones posturales para el traslado y levantamiento de cargas:
 - Si se trabaja con cargas muy pesadas hay que tener despejado el camino y mantener los pies separados a la anchura de los hombros para tener una mayor estabilidad.
 - Siempre que se deba levantar una carga, lo realizaremos flexionando las rodillas, manteniendo la espalda recta. Se cargará el peso con los dos brazos y estos se mantendrán lo más pegados al cuerpo posible para que el impacto sobre la espalda sea menor.
 - Para cambiar de posición objetos, los moveremos girando los pies y no la columna.
 - Siempre que se pueda será mejor empujar que levantar pesos.
 - La carga irá hacia adelante siempre que sea necesario llevarla sobre un hombro.
- ☒ Normas de higiene postural en el ámbito sanitario (movilización de paciente encamado):
 - Uno deberá colocarse del lado hacia al que se moverá al paciente, teniendo los pies separados manteniendo siempre uno un poco más adelantado que el otro para así tener una mejor estabilidad. Se flexionarán ligeramente las rodillas y así se aumentará la capacidad de flexión y/o extensión según convenga.
 - Nunca realizar las movilizaciones una sola persona para repartir la carga y el peso, de ese modo nuestro cuerpo no se verá tan resentido
 - Se colocarán las barandillas de tal manera que le ayuden a sustentarse firme y le permitan colaborar en el movimiento. Todo ello en función de las condiciones del enfermo, ya que no siempre será posible esta opción.
 - El responsable del cambio debe mantener su espalda recta y ha de moverse a la par junto con el paciente, aprovechando de ese modo la energía cinética y aplicando así menos fuerza, manteniéndose cerca del paciente pues cuanto mayor sea la superficie de contacto, más segura y menos dolorosa será la transferencia.
 - Se emplearán todos los recursos disponibles para evitar que una movilización pueda resultar difícil o dolorosa.

5 Discusión-Conclusión

Una tarea fundamental a llevar a cabo en el ámbito laboral es el llevar a cabo el cumplimiento de una correcta ergonomía e higiene postural, ya que es la parte fundamental en el bienestar de los trabajadores, así como para mantenerlos con una buena salud laboral.

La ergonomía produce tan bien satisfacción laboral y un mejor desarrollo personal.

Para poder conseguir estos objetivos se realizan cursos tanto online como presenciales, que ayudan a entender dónde están los problemas y enseñan cómo realizar las cosas correctamente para evitarlos. Todos los trabajadores deberíamos conocer cuáles son los puntos conflictivos a tener en cuenta según el puesto de trabajo que se desempeñe.

6 Bibliografía

- Messite J, Warshaw LJ. Protección y Promoción de la salud. En: Mager Stellman, J. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales; 1998 p.15,2-15,103.
- Fedotov IA, Saux M, Rantanen J. Servicios de salud en el trabajo. En: Mager Stellman, J. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales; 1998 p.16.1-16-67.
- Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Ergonomía: análisis ergonómico de los espacios de trabajo en oficinas. [Internet] Disponible: www.insht.es/InshtWeb/contenidos/documentación/FichasTécnicas/Ficheros/201a300.

Capítulo 619

LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO EN CENTROS SANITARIOS

MARIA TERESA SOTO LOPEZ

1 Introducción

Las personas siempre han buscado la colaboración de otras personas para conseguir alcanzar alguna meta, actualmente una de las habilidades que más se valora en la empresa es que los trabajadores sepan trabajar en equipo, es considerado como una de las claves del éxito en la mayoría de empresas, la efectividad de la empresa se basa en un buen trabajo combinado de sus miembros.

En el entorno sanitario este factor tiene muchísima importancia ya que todas las categorías profesionales dependen las unas de las otras para alcanzar la misma meta, conseguir la mejor atención posible para los pacientes.

El trabajo en equipo supone que todas las personas implicadas estén orientadas hacia el mismo fin, alcanzando la sinergia que posibilita llegar más rápido y mejor al objetivo que si cada uno hace una parte del trabajo.

La sinergia es la acción conjunta de varias personas con la que se obtiene un resultado adicional que el obtenido con las mismas personas trabajando individualmente.

El trabajo en equipo implica un grupo de personas trabajando de manera coordinada en la realización de un proyecto, no es simplemente la suma del trabajo individual, todo el equipo es responsable del resultado y no solo de su parte del trabajo.

2 Objetivos

Definir las pautas que han de seguir los miembros de un equipo para que gracias al trabajo conjunto se alcancen los objetivos propuestos y, además, se desarrolle la implicación de los profesionales en el sistema sanitario.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en diferentes publicaciones que tratan el tema del trabajo en equipo con palabras clave como: trabajo en equipo, grupo de trabajo, centros sanitarios, sinergia, cooperación. También en diferentes guías, buscadores de internet y temarios de cursos.

4 Resultados

El trabajo en equipo supone la configuración de trabajo a la que aspiran actualmente todas las empresas.

Es importante diferenciar los conceptos, pues el concepto de "trabajo en equipo" no es simplemente trabajo en grupo.

Grupo y equipo son dos conceptos distintos. En el entorno sanitario, un grupo sería un conjunto de personas que realiza su trabajo en una institución sanitaria. Cada uno hace su trabajo, responde de forma individual del mismo y no depende de forma directa del trabajo de sus compañeros.

Un equipo es un grupo de personas organizadas para realizar un determinado trabajo con un objetivo concreto. El conjunto del equipo responde por el trabajo realizado por cada uno de ellos.

Cualquier equipo es un grupo, pero no todos los grupos son equipos.

Un ejemplo de equipo en el ámbito sanitario sería el personal que trabaja en quirófanos. Para que una intervención se lleve a cabo de forma exitosa, hace falta que varios profesionales aporten su parte.

El personal administrativo cita al paciente, el personal de enfermería realiza las pruebas previas a la intervención, el celador traslada al paciente, el personal de lavandería suministra los textiles necesarios en las condiciones idóneas, el auxiliar de enfermería controlará que esté disponible y estéril todo el instrumental necesario, etc

Está claro que para realizar los diferentes trabajos se necesitan distintas cualificaciones, pero para que el trabajo en equipo sea efectivo es importante comprender que es necesario que todos ellos actúen de forma coordinada y que todos los profesionales son necesarios.

Para que un equipo pueda ser eficiente los integrantes del equipo deben cumplir las siguientes características:

- **Motivación:** Cada integrante del equipo necesita estar motivado para que la acción conjunta resulte efectiva.
- **Complementariedad:** Los diferentes miembros deben conocer todos los campos del proyecto que aspiran a realizar para poder complementarse.
- **Coordinación:** El equipo debe actuar de forma organizada con el fin de que el proyecto salga adelante.
- **Comunicación:** Es esencial que haya comunicación entre los integrantes del equipo.
- **Compromiso:** Cada miembro se compromete con el equipo para dar lo mejor de sí mismo para que todo salga adelante.
- **Aprendizaje:** Los miembros del equipo se necesitan unos a otros y se transmiten conocimientos.
- **Confianza y empatía:** Es importante que entre los miembros haya buena relación y que cada uno confíe en el trabajo del resto.
- **Cohesión:** Para que un equipo funcione es fundamental que exista cohesión.
- **Valoración:** El trabajo de cada miembro del equipo debe ser bien valorado por sus compañeros.

5 Discusión-Conclusión

Todos los miembros de un equipo de un centro sanitario, tienen el mismo objetivo, el adecuado trato del paciente, su mejora de la salud y su bienestar mientras permanezcan en los centros sanitarios. Para que este trabajo se realice de forma eficiente estos miembros son interdependientes unos de los otros, cada profesional debe trabajar en equipo con sus compañeros valorando los conocimientos y habilidades de los demás.

El trabajo en equipo aporta beneficios dentro de los centros de trabajo:

- Disminuye la carga de trabajo.
- Se optimizan los recursos.
- Se obtienen mejores resultados que el trabajo individual.

- Permite una mejor organización.
- Mejor calidad en el resultado.
- Aumenta la motivación de los miembros del equipo.

6 Bibliografía

1. <https://fundacionhospitaloptimista.org/tag/trabajo-en-equipo/>
2. <https://blogs.funiber.org/direccion-empresarial/2018/10/17/funiber-ventajas-trabajo-equipo-ambito-sanitario>
3. <https://www.saludadiario.es/opinion/trabajar-en-equipo-en-un-hospital>
4. <https://www.bitacoraenfermera.org/liderazgo-y-trabajo-en-equipo/>
5. <https://coworkingfy.com/trabajo-en-equipo/>

Capítulo 620

COVID-19. PLATAFORMA SALUD GLOBAL.

ANA MARÍA MARTÍNEZ LÓPEZ

1 Introducción

La pandemia COVID-19, causada por el coronavirus SARS-CoV-2, se ha convertido en una de las peores amenazas para la historia de la humanidad. Su impacto en todo el planeta ha planteado un desafío sin precedentes para la sociedad. El CSIC tomó la iniciativa en marzo de 2020 con el lanzamiento de la Plataforma Salud Global, orientada a buscar soluciones desde la ciencia ante la pandemia, y ha canalizado este esfuerzo contando desde el primer momento con el trabajo coordinado e ininterrumpido de nuestros investigadores y con el apoyo de la sociedad en su conjunto. La plataforma ha movilizado y coordina a más de 300 grupos de investigación de más de 90 centros del CSIC, en seis temáticas de trabajo, que tratan de cubrir con un enfoque interdisciplinar todos los aspectos de la pandemia: prevención, enfermedad, contención y diagnóstico, tratamiento y vacunas, impacto social, y comunicación. El CSIC desarrolla más de 100 proyectos de investigación, que abarcan desde el desarrollo de antivirales, anticuerpos y antiinflamatorios, la monitorización de la transmisión, el estudio del genoma del virus y el impacto de las mutaciones, las características del microbioma intestinal y la genética de los pacientes, su respuesta inmune a la infección y a la vacunación, hasta la fabricación y puesta en el mercado de mascarillas, sistemas de diagnóstico y contención del virus, así como estudios realizados sobre la percepción social de las medidas, especialmente sobre el impacto en residencias de mayores. Los tres proyectos de desarrollo de vacunas que lidera el CSIC arrancaron también al comienzo de la pandemia, como una apuesta estratégica para

demostrar la capacidad de desarrollar de principio a fin una vacuna propia en España.

2 Objetivos

Este documento tiene como objetivo difundir desde un enfoque global las principales investigaciones a nivel mundial, y las respuestas y soluciones basadas en proyectos en los dominios en que los grupos de investigación del CSIC son expertos.

3 Metodología

Este capítulo surge del análisis detallado de todos los conocimientos y experiencia que ha hecho posible la investigación hasta este momento. La recopilación de la evidencia científica recogida durante estos meses en la newsletter junto con el avance de las investigaciones en los proyectos que se desarrollan.

4 Resultados

Los proyectos de investigación han dado lugar por el momento a más de 800 resultados de investigación, más de 150 artículos en revistas de alto impacto, más de 180 resultados de transferencia protegidos, un máster propio, así como numerosos informes y guías científicas, y múltiples acciones de comunicación, divulgación y educación.

Dos proyectos lograron muy pronto una aplicación directa en el mercado: EPIs (mascarillas) biodegradables que filtran utilizando nanofibras producidas por una spinoff del CSIC (Bioinicia), y un kit para tests serológicos de muy elevada precisión para uso clínico, testado en hospitales y comercializado por una empresa española. Destacan también otros productos en fase de desarrollo comercial: un ecógrafo pulmonar para detección de la enfermedad y diferentes nanomateriales para eliminar el coronavirus, que se pueden aplicar en EPIs, superficies y textiles, así como métodos innovadores para la inactivación de virus en el aire.

También se aborda desde el principio y con una activa colaboración internacional, el estudio de la estructura del virus, de su espícula mediante métodos computacionales y criomicroscopía, en el análisis de sus proteínas desordenadas y en general de su estructura cristalográfica.

Los tres proyectos de desarrollo de vacunas que lidera el CSIC arrancaron también al comienzo de la pandemia, con diferentes ritmos y complejidad. El proyecto de la vacuna CSIC-Biofabri, una colaboración público privada ejemplar para un proyecto que creemos estratégico, demostrar la capacidad para desarrollar de principio a fin una vacuna propia en España, está por fin entrando en fase clínica, para la que requiere un fuerte apoyo. El proyecto de vacuna usando replicones, ya adaptados a las mutaciones detectadas en las variantes de UK, Brasil o Sudáfrica, es el más complejo, y requiere un encapsulado especial en el que se trabaja actualmente. El tercer proyecto, que reutiliza una vacuna fácil de producir a gran escala, e ideal para su distribución, está en fase pre-clínica.

5 Discusión-Conclusión

En estos intensos meses de trabajo, la plataforma Salud Global se ha convertido en una estructura estable de cooperación científica dimensionada a las expectativas cambiantes que ha demandado esta brutal pandemia. Uno de sus retos más importantes es caracterizar la respuesta inmunológica al virus en la población española. Esto será clave ante una nueva posible oleada de la infección. Igual de relevante es el estudio de los efectos de las medidas de restricción de movilidad y distanciamiento social sobre la epidemia, para poder diseñar las estrategias futuras de contención. Y el análisis de los mecanismos de coordinación entre la política sanitaria y otros sectores de política pública para agilizar la respuesta a las crisis. Su consolidación, reforzando su estructura y mecanismos de coordinación, en particular el enlace con el sector clínico, nos prepara para hacer frente a los nuevos desafíos y oportunidades, y el desarrollo de iniciativas con empresas en nuestro país, tan necesario para configurar una respuesta ante esta y futuras pandemias.

6 Bibliografía

- <http-s://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/mi-experiencia-en-el-master-en-salud-global-isglobal-en-barcelona/5620053/9201/>.
- <https://elglobal.es/politica/el-csic-crea-la-plataforma-salud-global-que-cuenta-ya-con-12-proyectos-cientificos-para-abordar-el-covid-19/>.
- https://libros.csic.es/product_info.php?products_id=1464/.

Capítulo 621

EL PROFESIONAL SANITARIO Y FORMACIÓN

JOHANNA VEGA CUETO

1 Introducción

Es indiscutible la necesidad de poseer la formación reglada específica necesaria para poder ejercer las diferentes profesiones sanitarias existentes dentro de la organización hospitalaria y ambulatoria, añadiéndole a esta el factor vocacional tan importante en el correcto y efectivo desarrollo de las funciones concretas del puesto. El interés por seguir aprendiendo del profesional sanitario debe de ser uno de sus características indiscutibles y diferenciadoras.

Además, toma vital importancia la adquisición de conocimientos de forma continua siempre lo más actualizados posibles para poder atender las necesidades del paciente y así poder brindar la mejor calidad asistencial al mismo. En los tiempos actuales tan cambiantes en el aspecto sanitario, se hace imprescindible que cada día como profesionales tengamos fácil acceso a una formación continua y actualizada, que sea accesible y atractiva, enriquecedora y a su vez de calidad.

La formación específica obligatoria para poder ejercer en cada una de las diferentes categorías sanitarias para el correcto desarrollo de las funciones es esencial, siendo la formación complementaria un aporte importantísimo de conocimientos para conseguir una calidad asistencial óptima. La formación complementaria, específica y continua es también pieza clave a la hora de dar al profesional las máximas competencias en la actividad de su día a día, así como seguridad y bienestar como trabajador.

2 Objetivos

- Impulsar y fomentar la adaptación al cambio en profesionales y empresas, así como actualizar conocimientos y técnicas necesarias para influir positivamente en el desarrollo del trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, 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

Encontrándonos ante un mundo laboral que cambia de forma rápida y nos obliga a estar permanentemente alerta para no quedarnos atrás o con conocimientos obsoletos e ineficaces, la formación permanente o continua será nuestra mejor arma ante un panorama laboral que cambia de forma continua y rápida. Se hace imprescindible que el profesional sanitario se mentalice y sea consciente de la necesidad de mantener sus conocimientos al día, actualmente objetivo fácil de conseguir tanto de forma presencial como de forma telemática, gracias a la inmensidad de material existente en la red con acceso libre de forma fácil e inmediata.

Ya no es necesaria tan sólo la formación que nos habilita para desarrollar nuestro trabajo sanitario, imprescindible claro está, sino que debemos de seguir actualizando y profundizando los conocimientos básicos que adquirimos en nuestro periodo de formación obligatoria teórica y práctica que poseemos. Será necesario buscar una formación continua tanto a nivel empresarial como a nivel particular en la, cada vez más extensa, oferta dentro del sector público o privado. Cada vez se nos hace más imprescindible adquirir habilidades informáticas que nos facilitan el desarrollo de nuestras funciones, sin excusas, para seguir avanzando en la creación de un sistema de atención y mejora de la calidad asistencial lo más coordinado, cómodo y rápido posible.

La formación continuada debe de estar integrada en la propia estrategia y del plan

de acción de la empresa, a veces escaso o limitado a ciertas categorías sanitarias y es indiscutible que los trabajadores deben estar en permanente en proceso de aprendizaje ya que aumentando los conocimientos su trabajo será mucho más efectivo, eficiente y de mejor calidad.

Avances científicos, tecnológicos, informáticos y sociales nos colocan en una época en la cual los trabajadores deben de aumentar su competencia profesional, aumentar la productividad y minimizar errores. Este proceso comienza por una correcta concienciación del profesional sanitario de forma individual, apoyado o incluso facilitado por la propia empresa dando real importancia a esta parte tan esencial en el desarrollo de los trabajadores. La formación continua debe de estar perfectamente integrada y normalizada sin excusas, dentro de la cultura de la organización.

5 Discusión-Conclusión

Las enormes exigencias del mundo sanitario actual hacen que el cambio y la necesidad de no dejar de aprender sean fundamentales en la adquisición de nuevos conocimientos tanto en el aspecto técnico sanitario como en el sociológico a todos los niveles.

La formación continua favorece la ampliación de las capacidades técnicas y de las habilidades sociales, incrementa la competencia y la productividad, así como la satisfacción personal del profesional que la lleva a cabo, aumentando no sólo la calidad técnica que aporta al sistema sanitario sino también a su autoestima y su predisposición para hacerse cargo de su turno diario de trabajo. Tanto la formación continua aportada por la empresa como la que el trabajador adquiere de forma personal son esenciales para obtener un resultado óptimo en el desarrollo del trabajo sanitario y como consecuencia la mejora en busca de una óptima calidad asistencial.

6 Bibliografía

1. J.M. Sánchez Nieto, E. López López, E. Abad Corpa, A. Carrillo Alcaraz, C. García. Análisis de los factores relacionados con las ausencias a las actividades formativas en el colectivo sanitario no facultativo hospitalario. *Calidad Asistencial*, 21 (2006), pp. 187-193
2. R. Ruiz de Adana Pérez, P. Elipe Rebollo. *Calidad en la formación continuada*

de los profesionales sanitarios: necesidad y reto. *Calidad asistencial*, 21 (2006), pp. 117-119

3. J. David Tutosaus Gómez, J. Morán-Barrios, Pérez Iglesias. Historia de la formación sanitaria en España y sus claves docentes. DOI: 10.1016/j.edumed.2017.03.023

Capítulo 622

TÉCNICAS RADIOLÓGICAS EMPLEADAS PARA LA DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

NURIA RODRIGUEZ MARTINEZ

1 Introducción

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria gastrointestinal, provoca la inflamación del tracto digestivo, que a su vez puede producir dolor abdominal, diarrea grave, fatiga, pérdida de peso y malnutrición. Puede afectar a cualquier parte del aparato digestivo (desde la boca hasta el ano). Las causas de esta enfermedad son desconocidas, aunque existen evidencias de que la genética juega un papel importante. Esta enfermedad afecta tanto a niños como a personas adultas; aproximadamente el 20% de las personas presenta síntomas antes de los 20 años.

Para su detección es necesaria una prueba endoscópica complementada con técnicas como la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RM) entre otras, siendo la más concreta la enterografía por TAC; con la que obtenemos imágenes detalladas del intestino delgado y de las estructuras del abdomen y de la pelvis.

Esta enfermedad no tiene cura, aunque con un buen tratamiento los síntomas se pueden mejorar; entre los tratamientos más habituales están:

Medicamentos inflamatorios y antibióticos que controlan la inflamación e inhiben el sistema inmunitario.

Proctocolectomía: consiste en la extirpación del recto y parte del colon, o de todo el colon. Después el cirujano realizará una ileostomía, un procedimiento en el que se une el intestino delgado con la apertura en la parte inferior del abdomen. A continuación, se adjunta una bolsa a la apertura, y se la mantiene fuera del cuerpo para recoger las heces. En ocasiones se puede conectar el intestino delgado con el ano para que no sea necesaria la bolsa.

Cirugía de resección intestinal: es la extirpación de la parte afectada del intestino y se conectan las partes sanas.

Suplementos nutricionales: son fórmulas líquidas con un contenido alto de calorías, o alimentación intravenosa para que el intestino pueda descansar del procesamiento de comidas sólidas.

2 Objetivos

Conocer el beneficio de estas pruebas para el diagnóstico de esta enfermedad inflamatoria y sus resultados; así como ver cuál es más adecuada.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se analizan diferentes páginas bibliográficas con palabras como Crohn, enterografía, tomografía, inflamación gastrointestinal, resonancia magnética, TAC. Se han consultado artículos en las bases de datos importantes (SciELO), seleccionando solo aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La finalidad de estas pruebas es que permiten la obtención de imágenes más claras y nítidas de la cavidad abdominal y posibilitan el estudio simultáneo del intestino delgado, colon y de posibles alteraciones ocasionadas en los órganos circundantes. La enterografía será complementada por ecografías abdominales y Resonancia Magnéticas cuando sea necesario. Primero se realiza un examen clínico y una endoscopia para evaluar la enfermedad; y posteriormente se hace un TAC para tener mayor detalle de la zona y sacar una muestra para realizar una biopsia. Esta prueba ofrece imágenes de alta resolución y sensibilidad; al suministrar contraste de yodo se pueden observar las capas de difícil acceso y

su grado de inflamación, y dar con ello un resultado más adecuado en el diagnóstico de la enfermedad. Se trata de una técnica invasiva, aunque el paciente recibe una alta dosis de radiación, y tiene un menor coste económico que la Resonancia Magnética. La European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) determina que la enterografía por RM y por TC son las técnicas de imagen recomendadas para determinar la extensión de la enfermedad de Crohn en el intestino delgado, ya que son las técnicas que presentan la mayor precisión para detectar la afectación intestinal y extraintestinal. La enteroRM es la exploración de elección por la ausencia de radiación, sobre todo para aquellos pacientes jóvenes que necesitarán exploraciones repetidas. La enterografía por TAC puede evitar la realización de una endoscopia por videocápsula (VCE) y las posibles complicaciones de esta técnica. En determinadas circunstancias siguen utilizándose técnicas clásicas como la radiografía y ecografía abdominal, el enema opaco o el tránsito intestinal baritado. Con los estudios radiológicos se ponen de manifiesto las posibles complicaciones que pueden desencadenar la enfermedad de Crohn (abscesos, fístulas, estenosis...).

5 Discusión-Conclusión

Las técnicas radiológicas utilizadas facilitan el diagnóstico del Crohn; y así se puede empezar con un tratamiento que mejore la calidad de vida del paciente, los síntomas y que controle la inflamación gastrointestinal; ya que esta enfermedad no tiene cura. Gracias a estas exploraciones de radiodiagnóstico se consigue el diagnóstico de la enfermedad, que cada vez es más común, pero resulta difícil de diagnosticar. Son exploraciones sencillas en las que el paciente recibe una determinada radiación, pero con una finalidad adecuada con la que la radiación recibida no se considera importante. En muchas ocasiones con la enterografía ya se finalizaría el diagnóstico y no serían necesarias más pruebas.

6 Bibliografía

1. <https://scielo.org/es/>
2. <https://search.scielo.org/?q=crohn+tomografia&lang=es&count=15&from=0&output=site&sort=&format=summary&fb=&page=1&q=crohn&lang=es&page=1>
3. <https://www.radiologyinfo.org/es/info/MRenterography>

4. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003789.htm>

5. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000249.htm>

Capítulo 623

PACIENTE CON HERNIA DISCAL LUMBAR CON PINZAMIENTO DE UN NERVIO

NURIA RODRIGUEZ MARTINEZ

1 Introducción

Los huesos (vértebras) que forman la columna vertebral están amortiguados por discos pequeños, redondos y planos. Cuando estos discos se dañan por una lesión podrían abultarse o romperse. Esto se conoce como hernia de disco o hernia discal.

Si la hernia discal irrita o presiona una raíz nerviosa (pinzamiento de un nervio), puede causar dolor, entumecimiento u hormigueo en la zona del cuerpo a la que llega el nervio.

Algunas de las posibles causas de que el tejido comprima uno o más nervios son:

- Una lesión
- Artritis reumatoide o en la muñeca
- Esfuerzo por tareas repetitivas
- Pasatiempos o deportes
- Obesidad

El pinzamiento lumbar es el pinzamiento más común, ya que es en esta zona donde concentramos la mayor rotación y fuerza diariamente. Un nervio pinzado es el origen de la ciática.

Las siguientes medidas pueden ayudarte a evitar el pinzamiento de un nervio:

- Mantén una buena postura, no cruces las piernas ni te acuestes en la misma posición durante mucho tiempo.

- Incorpora ejercicios de fuerza y flexibilidad a tu rutina de actividad física.
- Limita las actividades repetitivas y toma descansos frecuentes cuando las hagas.
- Mantén un peso saludable.
- Si el nervio que se pinza es solo durante un período de tiempo breve, no suele haber una lesión permanente; ya que una vez liberada esa presión el nervio vuelve a ser normal. Pero si la presión continua, puede aparecer un dolor crónico que acabe lesionando al nervio de manera permanente.

2 Objetivos

- Describir el tratamiento adecuado de los pinzamientos lumbares para mejorar la calidad de vida de los enfermos.

3 Caso clínico

Varón de 35 años que acude a su médico de cabecera por dolor lumbar, con dificultad para caminar y descansar, con irradiación en el glúteo izquierdo que no mejora con tratamiento antiinflamatorio. No presenta traumas previos, ni antecedentes familiares de patologías similares. El paciente manifiesta que debido a su trabajo realiza cargas de peso repetidas que afectan a la columna. Se le realizan radiografías lumbares AP y lateral, para confirmar una posible herniación a nivel de las últimas vértebras lumbares. Se realiza una resonancia magnética, la cual consta de un localizador, sobre el cual se planificarán las siguientes secuencias: Sagital T2, Sagital T1, Axial T2 y un Sagital Stir.

Se realiza una resonancia por su capacidad de resaltar las partes blandas del cuerpo, y entre sus características importantes de la hernia se encuentran: el color del disco, el borde posterior del disco y el espacio intervertebral. Se puede identificar una hernia discal en una imagen sagital, pero debe confirmarse en plano axial. En la imagen sagital T1 y T2 observamos degeneración del disco L4-L5 con extrusión de un fragmento discal que ocasiona compresión en la raíz emergente. También se observa abombamiento difuso discal en L2-L3.

El paciente tiene claustrofobia por lo que no se le realizan más exploraciones debido al tiempo que conlleva realizar una resonancia. En caso de que el radiólogo lo considere necesario se aplicará contraste para un estudio más completo.

La resonancia magnética es el método de imagen de elección para el estudio de la columna vertebral y una herramienta valiosa en la detección de anomalías óseas y de la médula espinal. Es una prueba sencilla, que no necesita preparación

previa, con una duración de 20-30 minutos la exploración, no utiliza radiación, es invasiva e indolora y ofrece una alta calidad de los resultados.

4 Discusión-Conclusión

Se le administra un tratamiento por vía oral para cuando los dolores no sean soportables; y para paliar los dolores se le somete a un tratamiento de infiltración epidural. Se le aconseja reposo relativo de la columna evitar esfuerzos y evitar posturas de flexión del tronco donde la hernia discal empeoraría. También se le recomienda ir a fisioterapia. Si el dolor no mejora con todas estas recomendaciones se valorará una intervención quirúrgica con el tiempo, ya que por la edad no se recomienda aún. Entre los tipos de intervención quirúrgica más apropiados para una hernia discal es la microdiscectomía o la discectomía.

5 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pinched-nerve/symptoms-causes/syc-20354746>
2. <https://www.cigna.com/es-us/individuals-families/health-wellness/hw/hernia-de-disco-y-pinzamiento-de-un-nervio-tp10678>
3. <https://medicinadeldolor.es/dolor-lumbar-pinzamiento/>

Capítulo 624

HIGIENE DE MANOS COMO PRECAUCIÓN ESTÁNDAR EN TRABAJADORES DE CENTROS SANITARIOS

CARMEN MARÍA GARCÍA BARREDO

1 Introducción

Una infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS), también denominada infección nosocomial, se define como «aquella infección que afecta a un paciente o a un trabajador durante el proceso de asistencia en un hospital u otro centro sanitario, que no estaba presente, incubándose en el momento del ingreso del paciente o mediante el contacto del trabajador con éste. Por tanto, son infecciones ocupacionales del personal del centro sanitario». Con esta definición se comprende claramente que la incidencia de estas infecciones está ligada a la prestación de asistencia sanitaria y que puede producirse, aunque no siempre, como consecuencia del fallo de los sistemas y los procesos de la asistencia sanitaria, así como del comportamiento humano. Así que, supone un problema importante de seguridad del paciente y del personal. Las IRAS se producen en todo el mundo y afectan a cientos de millones de pacientes y trabajadores tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. En los países desarrollados complica entre el 6% y el 12% de los ingresos en los hospitales de agudos. Además del sufrimiento físico y moral que ocasionan a los pacientes, trabajadores y sus familias, las IRAS suponen un elevado coste para el sistema sanitario y consumen recursos que podrían destinarse a medidas preventivas o a otras prioridades.

La principal medida para erradicar o minimizar estas infecciones es la implantación de la higiene de manos estándar en todas las personas que realizan un servicio o lo reciben en centros sanitarios.

2 Objetivos

Señalar la importancia de la aplicación del lavado de manos estándar entre el personal que trabaja en instituciones sanitarias para minimizar el contagio de infecciones nosocomiales.

Dar pautas de higiene de manos como precauciones estándar.

3 Metodología

En la confección de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación por medio de una revisión bibliográfica de literatura científica existente, con una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline y consulta de legislación pertinente, para su selección.

4 Resultados

Los principales procedimientos para efectuar las técnicas de lavado y desinfección de manos son:

1. Fricción de manos con un preparado de base alcohólica.

La forma más efectiva de asegurar una higiene de manos óptima es realizar una fricción de las manos con un preparado de base alcohólica (PBA). Según las Directrices de la OMS, cuando haya disponible un PBA éste debe usarse de manera preferente para la antisepsia rutinaria de las manos (recomendación de categoría IB).

La fricción de manos con un PBA presenta las siguientes ventajas inmediatas:

- la eliminación de la mayoría de los gérmenes (incluyendo los virus);
- el escaso tiempo que precisa (de 20 a 30 segundos);
- la disponibilidad del producto en el punto de atención;
- la buena tolerancia de la piel;
- el hecho de que no se necesite ninguna infraestructura particular (red de suministro de agua limpia, lavabo, jabón o toalla para las manos).

El jabón y el preparado de base alcohólica no deben utilizarse conjuntamente. Para seguir las recomendaciones sobre la higiene de manos rutinaria, lo ideal es que los profesionales sanitarios la lleven a cabo donde y cuándo prestan la asistencia, es decir, en el punto de atención, entendiendo este como el lugar donde confluyen tres elementos: el usuario, el profesional sanitario y la asistencia o el tratamiento que entraña contacto con el usuario o su entorno (en la zona del usuario). El concepto comprende la necesidad de realizar una higiene de las manos en los momentos recomendados en el lugar preciso donde tiene lugar la prestación de asistencia. Para ello es necesario que haya un producto para la higiene de manos (por ejemplo un preparado de base alcohólica) fácilmente accesible y tan cerca como sea posible: al alcance de la mano de donde se efectúe el tratamiento o la asistencia al usuario. Los productos para los puntos de atención deben ser accesibles sin necesidad de abandonar la zona del usuario. La disponibilidad de preparados de base alcohólica para la fricción de las manos en los puntos de atención normalmente se consigue facilitándoselos al personal (en formato envase de bolsillo), fijándolos a la cama del paciente, a los mostradores de atención e información, mesita de noche, aseos y zonas comunes. A menudo esto requiere utilizar un PBA.

2. Lavado de manos.

Hay que lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o manchadas de sangre u otros fluidos corporales, cuando existe una fuerte sospecha o evidencia de exposición a organismos potencialmente formadores de esporas, o después de usar los servicios. 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 (su conformidad con los estándares europeos y norteamericanos).
- La cantidad de producto que se usa.
- El tiempo que se dedica a la fricción o al lavado.
- 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 son naturales, cortas y sin esmalte y las manos y los antebrazos no tienen joyas y están al descubierto. Por tanto, es importante que se sigan una serie de pasos a la hora de realizar la higiene de las manos para que éstas sean seguras para la prestación de asistencia.

5 Discusión-Conclusión

Diversos estudios han demostrado claramente que la implementación de programas bien estructurados de control de infecciones es una forma rentable de disminuir estas infecciones nosocomiales. Su control se basa en una serie de medidas sencillas y bien establecidas, de probada eficacia y ampliamente reconocidas. 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 y a todos los trabajadores, independientemente de sus factores de riesgo y su presunto estado infeccioso, disminuyendo 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. Además, la importancia de la higiene de las manos se enfatiza desde los enfoques más actuales de mejora de la calidad de tipo multimodal o de «paquetes» de medidas de intervención para la prevención de infecciones específicas como las bacteriemias o las infecciones urinarias relacionadas con dispositivos, la infección del sitio quirúrgico y la neumonía asociada a la ventilación mecánica. La importancia de incorporar una higiene de manos eficaz y efectiva en todos los elementos de la prestación asistencial debe mantener su prominencia en la atención sanitaria.

6 Bibliografía

Precauciones estándares en la atención de la salud (internet). Disponibles en <https://www.paho.org>

Precauciones y aislamientos en patología infecciosa (internet). Disponible en <https://www.saludcastillayleon.es>

Capítulo 625

EL SISTEMA INMUNE: MECANISMOS Y LOS DIFERENTES TIPOS DE RESPUESTA. LA RESPUESTA INNATA Y LA RESPUESTA ADAPTATIVA

MARIA ANTONIA LUQUERO ILLERA

MARTA ELENA LÓPEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La inmunología es la ciencia que se ocupa del estudio del sistema inmune y de la respuesta que el organismo genera ante la presencia de agentes patógenos como microorganismos y toxinas. Actualmente, la inmunología se encarga de estudiar, entre otros, problemas como las enfermedades autoinmunes, los rechazos originados en los trasplantes y las alergias.

La capacidad de resistir a un agente infeccioso se denomina inmunidad. La inmunidad comprende una serie de mecanismos que permiten a nuestro organismo defenderse contra elementos extraños, como agentes infecciosos. El sistema inmune o inmunitario es una organización compleja de grupos celulares y tejidos que protegen al organismo contra invasiones externas, desencadenando una respuesta inmune.

Existen dos tipos de respuestas inmunes: innata o inespecífica y la adaptativa o específica. Ambas dependen de la habilidad del sistema inmunológico para distinguir entre los componentes propios y las sustancias extrañas. Tanto la respuesta innata como la adaptativa, dependerán de las actividades de los glóbu-

los blanco so leucocitos. La respuesta innata está mediada por los granulocitos y los macrófagos, por otro lado, la respuesta adaptativa por los linfocitos. Ambos sistemas constituyen una defensa muy efectiva ante los patógenos que nos rodean. Los mecanismos inmunitarios podrán sufrir un cambio disfuncional debido a múltiples factores, algunos relacionados con nuestro estilo de vida (estrés, alimentación, actividad física...).

En el presente documento hablaremos de las características generales del sistema inmune, explicando los tipos y mecanismos de respuesta inmunitaria.

2 Objetivos

- Analizar los mecanismos de respuesta del sistema inmunitario.
- Describir la respuesta innata o inespecífica.
- Definir la respuesta adaptativa o específica.

3 Metodología

El presente documento se ha redactado tras una revisión exhaustiva de documentos científicos relacionados con nuestro sistema inmunológico. Las bases de datos empleadas son PubMed y Medline, ambas ampliadas con el buscador Google Académico. Todos los documentos consultados estaban publicados en español. Palabras clave: sistema inmune, inmunología, innata, inespecífica, adaptativa.

4 Resultados

A. RESPUESTA INNATA O INESPECÍFICA.

La respuesta innata desempeña una función crucial en la fase inicial de una infección y en el desempeño posterior de la inmunidad adaptativa. Este tipo de respuesta constituye la primera línea defensiva contra numerosos microorganismos, pero su trabajo no es siempre del todo efectivo. Comprende una serie de mecanismos de respuesta inmediata que protegen al organismo. Su principal función será el reconocimiento de los agentes extraños, para ello consta de ciertos mecanismos:

- Barreras físicas, químicas y biológicas: piel, mucosas, enzimas y la flora normal.
- Factores solubles: el complemento, las proteínas de inflamación y las citoquinas.
- Células: células fagocitarias, neutrófilos, eosinófilos, basófilos, macrófagos, células dendríticas y células asesinas (K, NK y LAK).

- Inflamación: mecanismo de defensa que se activa cuando se produce lesión de tejidos. Esto evitará la proliferación de la infección y desencadenará manifestaciones locales como calor, rubor, dolor y edema.
- Fiebre: aumento de temperatura corporal como defensa que inhibe el crecimiento de ciertos microorganismos.

B. RESPUESTA ESPECÍFICA O ADAPTATIVA:

Protección efectiva del huésped ante una invasión de microorganismos patógenos, que ya han evitado los mecanismos innatos de defensa. Este tipo de respuesta está liderada por la actividad de los linfocitos y es específica, es decir, va dirigida a “neutralizar” un antígeno en concreto. Esto se produce gracias a unos receptores de membrana que poseen los linfocitos que son capaces de distinguir los diversos antígenos.

Este tipo de respuesta se divide en dos tipos:

- Inmunidad humoral: producción de anticuerpos circulantes.
- Inmunidad celular: nuestro organismo produce linfocitos activados.

Propiedades de la respuesta específica:

- Diversidad: responde ante un espectro muy amplio de antígenos extraños. Se ha estimado que nuestro sistema inmune es capaz de distinguir entre 10⁹ y 10¹¹ antígenos diferentes.
- Especificidad: cada microorganismo genera una respuesta concreta.
- Memoria: la memoria del sistema inmune permite que se pueda evitar volver a recaer en una infección que ya hemos padecido. Que la reexposición a un agente infeccioso mejora las respuestas adaptativas, hace que sean mas rápidas y eficientes.
- Especialización: produce respuestas óptimas para la defensa.
- Ausencia de autoreactividad: se trata de la capacidad de reconocer los agentes propios de los extraños, de esta manera no se reaccionará ante sustancias antigénicas propias.

5 Discusión-Conclusión

El cuerpo humano está compuesto por células y órganos que trabajan de manera coordinada para generar una protección al organismo ante el ataque de agentes patógenos. Para ello, tiene dos tipos de respuestas: una respuesta innata y una respuesta adaptativa. En las innatas, se produce una respuesta de manera inmediata, constituye la primera línea de defensa pero su efectividad y potencia es limitada. Por otra parte, la respuesta adaptativa se va modulando a lo largo de la vida.

Su efectividad es muy alta debido a que es capaz de generar respuestas específicas según el antígeno ante el que se encuentra, además tiene memoria, lo que permite protegerse ante otras reexposiciones.

6 Bibliografía

1. Unidad de Inmunología. Departamento de Medicina Interna. Clínica las Condes. Toche P. Paola Dra. Visión panorámica del sistema inmune.
2. Revista Complutense de Ciencias Veterinarias 2008 2(1): 1-16. Victorio M. Collado, Rebeca Porras, M.^a Teresa Cutuli, Esperanza Gómez- Lucía. El sistema inmune innato I: sus mecanismos.

Capítulo 626

LA INMUNIDAD CELULAR: CÉLULAS, ÓRGANOS Y TEJIDOS QUE FORMAN PARTE DEL SISTEMA INMUNE DEL SER HUMANO

MARIA ANTONIA LUQUERO ILLERA

MARTA ELENA LÓPEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El sistema inmunológico está constituido por una red de células y órganos que protegen al cuerpo de un gran número de radicales libres. Son múltiples los órganos y elementos corporales que forman parte del sistema inmunológico. A estos órganos, se les denomina órganos linfoides. Este conjunto de células juegan un papel fundamental en el mantenimiento de nuestra salud.

Los órganos y tejidos linfoides tienen como papel el reconocimiento del antígeno mediante los linfocitos T. Constituyen los mecanismos efectores de la inmunidad celular. Se dividen en órganos linfoides primarios (timo y médula ósea) y órganos linfoides secundarios (ganglios linfáticos, bazo y tejidos linfoides).

Las células que forman parte del sistema inmune son muy numerosas, encontramos neutrófilos, monocitos, eosinófilos, linfocitos T, basófilos, mastocitos, células dendríticas, linfocitos B y células NK. Cada una de ellas tiene una función específica: liberación de histamina, fabricación de anticuerpos, atenuar la respuesta...

El sistema inmune debe estar preparado para poder diferenciar las células propias de las de los organismos invasores perjudiciales (no deben atacar a la flora comensal beneficiosa). Además, deberá evitar que se rechace un tejido que puede demostrarse que es un cuerpo extraño, como puede ser el feto.

En este capítulo, hablaremos de manera general sobre las diferentes funciones que desempeñan las células y los órganos que forman parte de nuestro sistema inmune.

2 Objetivos

- Describir los diferentes órganos y tejidos linfoides que forman el sistema inmune.
- Identificar las células que componen el sistema inmune del ser humano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

1. ÓRGANOS Y TEJIDOS LINFOIDES:

• ÓRGANOS LINFOIDES PRIMARIOS:

Los órganos linfoides primarios proporcionan el entorno para la maduración de linfocitos, de modo que los linfocitos adquieren su repertorio de receptores específicos para cada tipo de antígeno. Los linfocitos se seleccionan de modo que poseen autotolerancia (evitación de la autoinmunidad).

A) Timo: es el lugar en el que las células primitivas producidas en la médula ósea se multiplican y se desarrollan para formar los linfocitos T. Se encuentra en la parte superior del tórax. Reducirá su tamaño de manera considerable después de los 7 primeros años de vida.

B) Médula ósea: es el lugar de maduración de los linfocitos B en el adulto. Aquí se inicia el ciclo de vida linfoide. También se producen monocitos que emigrarán hasta los tejidos conjuntivos.

- **ÓRGANOS LINFOIDES SECUNDARIOS:**

Proporcionan el entorno para que los linfocitos interaccionen con los antígenos diseminando la respuesta al resto del cuerpo. Son principalmente:

A) Ganglios linfáticos: se encuentran repartidos por todo el sistema circulatorio linfático. Se encargan de filtrar la linfa, presentando los antígenos a los linfocitos B y T, con la consiguiente activación de estas células.

B) Bazo: situado en la zona abdominal, por detrás del estómago. Tiene como función la destrucción de los eritrocitos viejos y la activación de los linfocitos B y T.

- **TEJIDOS LINFOIDES:** tejido conjuntivo en el que las células predominantes son los linfocitos.

2. CÉLULAS DEL SISTEMA INMUNE:

- **LINFOCITOS:** los linfocitos se clasifican en dos tipos, en función del lugar donde se desarrollan. Por una parte, los linfocitos T que se desarrollan en el timo y los linfocitos B que se desarrollan en la médula ósea (adultos) o en el hígado (feto).

A) Linfocitos B: leucocitos que se forman en la médula ósea. Se activan en presencia de antígenos y se transforman en células plasmáticas circulando por el torrente circulatorio, donde liberan anticuerpos. Participan principalmente en la inmunidad humoral.

B) Linfocitos T: reconocen el antígeno por medio de su receptor TCR, reconoce los péptidos unidos a moléculas del sistema principal de histocompatibilidad, HLA. Sus funciones principales son: cooperar, inmunidad celular, liberar anticuerpos...

- **SISTEMA DEL COMPLEMENTO:** el sistema del complemento es uno de los componentes fundamentales de la respuesta inmune. Se trata de un conjunto de más de 30 proteínas plasmáticas solubles, en su mayoría sintetizados en el hígado, cuya función es la de control de la inflamación. Los componentes interaccionan entre sí y con otros elementos del sistema inmune a modo de cascada enzimática, permitiendo una ampliación de la respuesta humoral. La activación y fijación del complemento a microorganismos constituye un importante mecanismo efector de nuestro sistema inmune, esto facilitará la eliminación del antígeno y generará una respuesta inflamatoria.

- **FAGOCITOS:** células del sistema inmune con capacidad fagocítica que tienen como función principal ingerir y destruir patógenos.

- **CITOCINAS:** proteínas de bajo peso molecular que regulan la respuesta inmune a través de su intervención en procesos de activación, proliferación y diferenciación de leucocitos.

- **NEUTRÓFILOS:** células de tipo granulocito que se encargan de la fagocitosis. Son las más numerosas e importantes en la respuesta inmunitaria innata.
- **EOSINÓFILOS:** leucocito granulado diferenciado que libera enzimas durante infecciones, alergias y asma. Su función es la liberación del contenido de sus gránulos citoplasmáticos al detectar microorganismos patógenos.
- **BASÓFILOS Y MASTOCITOS:** son células que se encuentran en el tejido conjuntivo y epitelial que liberan histamina y heparina.
- **PLAQUETAS:** fragmento de célula que intervienen en la coagulación sanguínea y en la respuesta inmune.
- **CÉLULAS ASESINAS (NK):** linfocitos que eliminan de forma espontánea las células tumorales y aquellas infectadas por diferentes patógenos.

5 Discusión-Conclusión

Nuestro sistema inmune está constituido por órganos y numerosas células que tienen como función proteger al organismo de radicales libres y otros agentes patógenos. Los órganos y tejidos linfoides se pueden clasificar en primarios y secundarios, cada uno de ellos con funciones muy importantes tales como: maduración de linfocitos, destrucción de eritrocitos viejos, filtración de la linfa... Por otra parte, las células del sistema inmune se pueden clasificar en nueve grupos diferentes. Algunas de las funciones principales de las células del sistema inmune son: fagocitosis (fagocitos y neutrófilos), procesos de destrucción de células tumorales (NK), liberación de sustancias como la heparina, reconocimiento de antígenos...

6 Bibliografía

1. Ruiz Argüelles, G. J. y Ruiz Delgado, G. J. Parte I de Fundamentos de Hematología. Quinta edición. Médica Panamericana, 2014.
2. Silva García, M. C. y García Bermejo, M.J. Volumen I de Técnico Superior en Laboratorio de Diagnóstico Clínico. Primera edición. MAD, 2010

Capítulo 627

CALIDAD DEL SERVICIO SANITARIO

CRISTINA RODRIGUEZ MOLANO

MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

RAQUEL PANERO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La calidad del servicio sanitario es el resultado de la política sanitaria, hacer bien lo correcto y necesario para los usuarios y la imagen que estos tengan de todos los ámbitos de los servicios sanitarios.

La calidad en la atención ha de basarse en poner a disposición de las personas usuarias todos los servicios de salud necesarios, junto con los conocimientos profesionales, para incrementar las probabilidades de alcanzar un resultado objetivo y veraz.

La calidad ha de estar en todo proceso evolutivo de la atención al usuario, desde el diagnóstico a la curación, es decir, desde la promoción, a la prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación.

La calidad de la atención tiene que ser medida y mejorada de forma continuada. Para que un servicio sanitario sea de calidad debe de ser:

- Eficaz; los servicios que se presten deben estar basados en datos probatorios.
- Seguro; evitar dañar a las personas usuarias.
- Centrado en la persona; se deberá proporcionar atención adecuada a las necesidades y valores personales del usuario.
- Oportuno; reducir tiempos de espera, son perjudiciales tanto para el usuario como para el profesional.

- Equitativo; la atención que el profesional dispense no será discriminatoria por sexo, edad, género, raza etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o ideología política.
 - Integrado; la atención debe estar coordinada a todos los niveles, se debe ofrecer toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida del usuario.
 - Eficiente; se deben maximizar los recursos disponibles, evitando el despilfarro.
- Si nos fijamos en estos atributos se ve que tienen su base en principios éticos.

2 Objetivos

Analizar la calidad de los servicios sanitarios

3 Metodología

La metodología se lleva a cabo a través de una revisión de distintos estudios y artículos publicados en internet y estudio participativo con otros titulares. Como motor de búsqueda se han utilizado palabras clave como estudios de calidad del servicio sanitario, calidad del servicio de salud en las distintas autonomías de España.

4 Resultados

El objetivo de la sanidad universal es que todas las personas reciban atención sanitaria de calidad sin que tengan que exponerse a dificultades financieras.

La política de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal que se adoptó en el año 2019, versa en ofrecer servicios sanitarios esenciales de calidad de manera progresiva a otros 1000 millones de personas para el 2023, con el objetivo final de ampliar la cobertura a todas las personas para el 2030.

La sanidad en España es competencia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, este dicta la política que debe llevar a cabo el Gobierno en materia de salud, planificación y asistencia sanitaria y consumo, y las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos la protección de la salud.

El sistema sanitario público español se divide en Servicios de Salud que son gestionados por las CCAA.

En la página del Ministerio de Sanidad se ha publicado la valoración y opinión de los ciudadanos sobre el sistema sanitario español y estos son los datos:

- Servicio de atención primaria: 7,3
- Asistencia en hospitales: 7,1
- Servicios de atención especializada: 6,8
- Servicio de atención en urgencias: 6,1

7 de cada 10 personas piensan que el sistema sanitario funciona bien, más de 2 personas piensan que se necesitan cambios y menos de 1 piensa que no hay que hacerlos.

Según un informe publicado el 12 de mayo de 2021 por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), País Vasco, Navarra, Asturias y La Rioja, son las CCAA con mejores servicios sanitarios, mientras que los peores servicios de salud los ostentan, por este orden, Canarias, Comunidad Valenciana, Andalucía y Murcia.

También hay que señalar si existen diferencias en el servicio de salud que cada CCAA presta a sus habitantes, dependiendo de que residan en núcleos de población de más o menos habitantes.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones a las que hemos llegado tras recopilar y estudiar toda la información que nos ha llevado a realizar este capítulo, es que existen evidentes desigualdades en el servicio de atención al ciudadano, tanto en los distintos servicios que participan en el proceso de diagnóstico y curación de una patología, como la desigualdad de la calidad que existe en la asistencia sanitaria entre las diferentes CCAA . La diferencia mas palpable en la asistencia sanitaria es la que demuestra cada CCAA hacia sus habitantes, dependiendo de si estos son de un núcleo de población más o menos numeroso, siendo los residentes de núcleos más reducidos los más desfavorecidos en el servicio de salud de su CCAA.

6 Bibliografía

Documento publicado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
Documento publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
Publicación de La Revista de la Administración Sanitaria XXI.

Capítulo 628

EL IMPACTO DE LAS TIC EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA GLORIA CUEVA SANTOS

1 Introducción

Denominamos Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) al conjunto de tecnologías que permiten la adquisición, producción, almacenamiento, tratamiento, comunicación, registro y presentación de informaciones, en forma de voz, imágenes y datos. Contienen la electrónica como tecnología base que soporta el desarrollo de las telecomunicaciones y la informática.

La utilización de las TIC se ampara en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Destaca el artículo 45 como piedra angular del proceso de incorporación de las técnicas electrónicas en la actividad de las Administraciones Públicas, aunque la principal normativa en esta materia se contiene en el Real Decreto 263/1996, de 16 de febrero, por el que se regula la utilización de técnicas electrónicas, informáticas y telemáticas por la Administración General del Estado.

Los profesionales de la salud han aprovechado las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Han adaptado los medios existentes al ámbito sanitario, para conseguir una mejora de la atención al paciente; la autogestión del paciente de su propia enfermedad con una implicación del mismo, donde todos interactúan, en beneficio tanto de los propios pacientes como de una gestión eficaz del sistema sanitario.

El uso de Internet en salud está muy extendido con fines profesionales. Las redes sociales han permitido compartir la información sanitaria de forma masiva permitiendo avances en el cuidado de la salud y facilitando la comunicación entre profesionales de todo el mundo.

Han surgido y siguen surgiendo infinidad de aplicaciones médicas y sanitarias que, además de proporcionar información, contemplan la posibilidad de consulta a médicos, la segunda opinión, los grupos de apoyo entre pacientes, servicios de telemedicina y sinfín de posibilidades. La implantación de las TIC ha mejorado la calidad de los servicios y ha favorecido una gestión más eficiente y cómoda para los pacientes.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- . Destacar las ventajas que las herramientas TIC aportan al Sistema Sanitario, muchas de ellas funcionando hoy, y otras que serán realidad en un futuro a corto y largo plazo.

Objetivo secundario:

- . Exponer que el impacto de la tecnología en el cuidado de la salud es, en general, positivo.

.

3 Metodología

La realización de este capítulo se fundamenta en una revisión bibliográfica de libros, leyes y artículos de revistas del marco sanitario, aunque también en la experiencia profesional por haber trabajado en sanidad durante veinte años, y haber presenciado en primera persona la transformación del sistema sanitario desde el comienzo de la implantación de las TIC.

4 Resultados

Los beneficios de la transformación digital de las organizaciones sanitarias son evidentes sobre la seguridad de los pacientes, la interconectividad entre los profesionales y la eficiencia organizativa de las entidades sanitarias.

El éxito de la implantación de las TIC en el ámbito sanitario, y en el resto de las Administraciones Públicas, refleja un Sistema Sanitario inmerso en un proceso de evolución hacia un sistema más moderno, eficiente, flexible y efectivo.

Gastar en tecnología sanitaria es ahorrar en costes, cuanto más eficiente sea la atención sanitaria, mayor es el ahorro futuro en reingresos, alargamiento de los tratamientos, complicaciones derivadas y pérdidas de productividad. No solo se trata del material hospitalario, también de los dispositivos electrónicos, sistemas de gestión de la información, dispensación farmacológica, nuevas tecnologías a la práctica clínica, reformar la formación de profesionales y gestores sanitarios... Los avances en inteligencia artificial (IA) de los últimos años han permitido desarrollar nuevos métodos que construyen modelos partiendo de la información contenida en una base de datos. Estos métodos se han utilizado en diversos campos de la medicina, incluyendo análisis descriptivos, modelos predictivos o sistemas de ayuda a la prescripción.

La aplicación de estas técnicas maximiza el uso de los recursos, por desgracia siempre limitados, y mejora la sostenibilidad financiera.

Constatado el éxito hay que recordar que ha costado implicar a todos los profesionales en el proceso. Aunque la mayoría se ha volcado en adaptarse a los nuevos tiempos, no todos los profesionales se lo han tomado así, pero la tecnología ha venido para quedarse.

Los profesionales de la salud deben apoyarse en las herramientas más actuales y adaptarse a una sociedad cambiante, pero también es necesario impulsar un cambio del marco regulatorio que dé cabida a esta transformación, ya que, normalmente la tecnología va por delante de la regulación, es decir, de las leyes.

5 Discusión-Conclusión

Entre las diversas aplicaciones de las tecnologías de la información y la comunicación en la asistencia médica destacan la Telemedicina, que permite la provisión de servicios y de información a distancia, tanto al paciente y a sus familiares, como a los propios profesionales; la Teleasistencia médica dirigida a la prestación de los servicios al paciente de forma remota que engloba soluciones; el Telediagnóstico o Telehospitalización entre otros, la Teleasistencia social o la Historia Clínica Electrónica (HCE) y la Tarjeta Sanitaria Electrónica en el ámbito de la gestión administrativa de los pacientes.

Pero la enfermería no es ajena al progreso de los avances informáticos y bien se vale de ellos para evolucionar; las nuevas tecnologías representan un nuevo paradigma al ofrecer métodos y técnicas para proporcionar cuidados, resolver

situaciones, contribuir al bienestar de la persona y conservar y mantener su vida; permiten a al personal tener mayor movilidad dentro de los centros. El uso de tablets, aparatos y equipos móviles logra acercar más a la enfermera con el paciente, ya que llega hasta donde se encuentra el enfermo para registrar su actividad.

6 Bibliografía

1-Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

2-Real Decreto 263/1996, de 16 de febrero, por el que se regula la utilización de técnicas electrónicas, informáticas y telemáticas por la Administración General del Estado. confilegal.com / [Javier Puyol clinic-cloud.com](http://JavierPuyol.clinic-cloud.com) / Dr. Frederick 3-Llordachs – Las TIC en el sector salud SciELO.sld.cu /Hans García Garcés elsevier.es /Jordi Altés seis.es/ Sociedad Española de la Informática de la Salud

Capítulo 629

EL TÉCNICO DE FARMACIA Y PARAFARMACIA EN EL LABORATORIO FARMACÉUTICO (II): NOCIONES BÁSICAS SOBRE EL MATERIAL

ALBERTO VICENTE DÍAZ

MERCEDES FERNÁNDEZ BUENO

1 Introducción

Un laboratorio es el recinto que está dotado de medios necesarios para realizar experimentos, investigación y/o trabajos científicos o técnicos. Los laboratorios tienen actividades muy variadas, pero todos tienen en común unas operaciones básicas como la seguridad, gestión de residuos y la documentación.

En los laboratorios de farmacia se lleva a cabo la elaboración de medicamentos, su acondicionamiento en envases y el etiquetado. Podemos distinguir dos niveles de laboratorio de farmacia: a nivel industrial y a nivel de oficina de farmacia (con espacios habilitados denominados locales de preparación). Las actividades que podemos desarrollar en este tipo de laboratorios son la elaboración de productos, los controles analíticos y ensayos de calidad. Para realizar estas actividades necesitaremos material adecuado, del que hablaremos a continuación.

El material de laboratorio estará constituido por los elementos necesarios para desempeñar cualquier actividad de trabajo o estudio en el laboratorio. Puede con-

stituirse por componentes muy variados, como la madera, el vidrio, la cerámica o el metal. Las características del material dependerán de su función, como medir volúmenes, la sujeción y soporte o la combinación de sustancias. Entre las herramientas más habituales que podemos encontrar en el material de laboratorio tenemos: matraces, pipeta, tubo de ensayo, probeta, vaso de precipitados. A continuación hablaremos del material más básico de laboratorio clasificado según su función.

2 Objetivos

- Proporcionar unas nociones básicas sobre el material más común del laboratorio.
- Analizar las funciones principales del material básico de laboratorio.

3 Metodología

Para redactar el presente documento, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de documentos científicos relacionados con las operaciones básicas de laboratorio y el material necesario. Todos los documentos consultados estaban publicados en español entre 2012/2017. La base de datos empleada es el buscador Google Académico. Palabra clave: material de laboratorio, laboratorio de farmacia, volumen, mezcla y soporte.

4 Resultados

1. Material volumétrico que permite medir volúmenes con precisión:

Son aquellos materiales de vidrio, que no se pueden calentar, que permiten medir volúmenes exactos.

- Matraz aforado: se usa para preparar soluciones y mide un volumen único. Presenta una marca (aforo) que indica el volumen exacto.
- Probeta: material volumétrico que mide diversos volúmenes. Los hay de diferentes capacidades. Además de vidrio pueden ser de plástico.
- Bureta: cilindro de vidrio graduado con una llave en su extremo inferior que sirve para regular la salida del líquido.
- Pipeta: cilindro graduado de vidrio que mide volúmenes de un líquido para luego verterlo sobre otro recipiente. Hay diferentes capacidades.

2. Material para contener sustancias.

Material generalmente de vidrio que pueden medir de manera aproximada el volumen de líquidos o permite hacer mezclas de diferentes sustancias. Se pueden calentar.

- Matraz Erlenmeyer: contiene sustancias y mide volúmenes aproximados. Hay de distintas capacidades. Tiene graduación.
- Vaso de precipitados: recipiente que contiene líquidos y permite realizar disoluciones y mezclas. Pueden ser de vidrio o de plástico, de diferentes capacidades.
- Tubo de ensayo: sirven para hacer ensayos. Se pueden calentar directamente a la llama
- Vidrio de reloj: lámina cóncava que sirve para pesar sólidos o recoger precipitado.
- Cápsula: recipiente de porcelana que permite el calentamiento de sustancias a alta temperatura.

3. Material para calentar: mecheros.

- Mechero Bunsen.
- Mechero de bombona.
- Mechero de alcohol.

4. Material para filtrado:

- Embudo: de vidrio o de plástico, puede usarse para filtrar (con ayuda de un papel de filtro) o para trasvasar líquidos.
- Embudo de decantación: separa sustancias líquidas en función de su densidad.
- Filtro: pueden ser de papel o de membrana.

5. Material para soporte y sujeción.

- Pinzas metálicas.
- Pinzas de madera.
- Trípode.
- Gradilla: contiene los tubos de ensayo. Pueden ser de metal o madera.
- Soporte.
- Aro.
- Rejilla.
- Doble nuez: sujeta los aros y las pinzas metálicas al soporte.

6. Otro material complementario.

- Cristalizador.
- Espátula.
- Limpiatubos.
- Frasco lavador.

- Varilla de vidrio.
- Placa de Petri: se usan como soporte o para siembras.
- Cuentagotas.
- Mortero.

En el laboratorio existen muchos otros otras herramientas que forman parte del material de laboratorio, algunas son más generales como la balanza analítica y otros son más características del tipo de laboratorio en el que nos encontramos. El técnico deberá conocer el funcionamiento y cuidado de todo el material para poder desempeñar de forma correcta su trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Cada laboratorio dispone de los instrumentos y de los equipos adecuados para la actividad que se desarrolla en él. Existen materiales que son comunes a todos ellos (tubo de ensayo, matraz aforado, vidrio de reloj, etc.) y otros que son más característicos. Los útiles de laboratorio están fabricados con diversos materiales: vidrio, plástico, cerámica, metal... El material de fabricación está adaptado a las propiedades que deberá tener nuestro útil: soportar altas temperaturas, resistencia a productos químicos... Cada equipo tendrá unas especificaciones que se deben tener en cuenta, y para evitar errores se deben tener los manuales con las indicaciones del fabricante.

Todo el material de laboratorio debe permanecer en correcto estado de conservación y limpieza.

6 Bibliografía

1. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Granada. Operaciones básicas de laboratorio. Unidad 1. Las operaciones básicas de laboratorio.
2. González de Buitrago, Jose Manuel. Técnicas y métodos de laboratorio clínico. Editorial Masson.
3. Asociación Española de Farmacéuticos Analistas. Distintos documentos.

Capítulo 630

EL TÉCNICO DE FARMACIA Y PARAFARMACIA EN EL LABORATORIO FARMACÉUTICO: PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL

MERCEDES FERNÁNDEZ BUENO

ALBERTO VICENTE DÍAZ

MARIA ANTONIA LUQUERO ILLERA

1 Introducción

En un laboratorio se realizan numerosos exámenes e investigaciones importantes en los que se emplean diferentes herramientas para llevarlos a cabo. Son múltiples las enfermedades y las complicaciones que se nos pueden presentar cuando no se sigue una adecuada limpieza, desinfección y esterilización tanto de los equipos como de las herramientas con las que se trabaja.

Todo laboratorio mantiene ciertas bacterias y microorganismos en su ambiente que pueden ser dañinos para la salud. Si realizamos un correcto proceso de higiene se mantendrán los factores de riesgo a raya y tanto el personal, como el resto del entorno no se verán afectados.

Antes de realizar las tareas de limpieza, desinfección y esterilización y para que éstos sean efectivos, debemos tener claro lo que significan cada uno de ellos, ya que resulta bastante común tener confusión o tomarlos como sinónimos. Lo que distingue estos tres términos será la acción que realiza el proceso sobre los microorganismos patógenos.

La limpieza sería el primer paso, en ella se remueven y se eliminan las sustancias materiales que se encuentran en los instrumentos y superficies. El proceso de limpieza no tiene mucho impacto sobre los microorganismos, es decir, para eliminarlos debemos realizar la desinfección y esterilización. Para llevar a cabo la limpieza simplemente necesitamos un detergente y agua.

En segundo lugar, la desinfección se utiliza para destruir microorganismos patógenos y puede actuar sobre personas, animales y el ambiente. Para poder realizarla distinguiremos entre métodos físicos y métodos químicos, que explicaremos a continuación.

Por último, la esterilización es el paso clave para eliminar todos los microorganismos. En las técnicas de esterilización se destruye cualquier forma de vida, ya sea un patógeno o esporas. Nunca se pueden aplicar sobre las personas. También distinguiremos entre métodos físicos y métodos químicos.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes técnicas de desinfección y esterilización.

3 Metodología

Para redactar este documento se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos y literatura científica relacionados con los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización. Todos los documentos consultados estaban publicados en español durante los últimos 15 años. La base de datos empleada es el buscador Google Académico.

Palabras clave: método físico, método químico, limpieza, desinfección y esterilización.

4 Resultados

1. Limpieza:

Durante el proceso de limpieza es importante utilizar un detergente adecuado. Los detergentes se diluyen en el agua para mejorar los resultados, acto seguido se enjuaga el material con agua destilada y agua desionizada. En ocasiones no es necesario usar detergente y simplemente debemos enjuagar con agua desionizada, etanol o acetona.

2. Desinfección:

Distinguimos entre métodos físicos y métodos químicos.

- Métodos físicos:

1. Ebullición o hervido: los objetos se sumergen en agua hirviendo durante unos 20 minutos.
2. Radiación ultra-violeta: este tipo de radiación tiene poder germicida. Se usa especialmente en material sensible.
3. Cabina o filtros de flujo laminar: mediante un sistema de filtros se consigue retener partículas que transporta el aire.

- Métodos químicos:

Se emplea un compuesto químico denominado desinfectante, si éste se aplica sobre piel o heridas de los seres vivos recibe el nombre de antiséptico.

1. Compuestos clorados: como la lejía o hipoclorito de sodio.
2. Alcoholes: desnaturalizan proteínas y disuelven lípidos gracias a su acción deshidratante. El más común es el etanol 70%. Inactiva virus pero no es efectivo para esporas bacterianas.
3. Agua oxigenada: oxidante empleado en la limpieza de heridas. Otros oxidantes como el ozono, el dicromato potásico y el permanganato también se emplean.
4. Clorofenoles: actúan como desinfectantes y como antisépticos.
5. Detergentes catiónicos: jabones con poder germicida que limpian y desengrasan.
6. Metales pesados: algunos metales como el mercurio, la plata o el cobre se usan por su poder bacteriostático.
7. Colorantes: cristal de violeta o verde brillante.
8. Ácidos y álcalis: según el grado de disociación del ácido o la base, varía la capacidad bactericida.

3. Esterilización:

- Métodos físicos: se realiza la esterilización mediante calor.

1. Incineración: calor seco.

2. Flameado: el objeto a esterilizar se pone en contacto con la llama o con el alcohol vertido en una superficie.
3. Estufas u hornos de calor seco Pasteur: se emplea en instrumentos de vidrio o porcelana.

5 Discusión-Conclusión

La limpieza y la desinfección son dos conceptos que se encuentran estrechamente relacionados ya que para desinfectar una superficie o cualquier tipo de material es necesario haberla limpiado antes. La esterilización es un concepto algo más complejo ya que es capaz de eliminar cualquier forma de vida, elimina todo tipo de microorganismos. A diferencia de la desinfección y limpieza, la esterilización no puede realizarse sobre animales o humanos, solamente debe aplicarse sobre superficies y material. La limpieza se realizará con cualquier jabón adecuado, la desinfección puede realizarse por medio de métodos físicos (ebullición) o químicos (uso de compuestos clorados) y la esterilización se lleva a cabo principalmente mediante la aplicación de calor (tindalización y autoclave).

6 Bibliografía

1. El Crisol | Importancia de la limpieza, desinfección y esterilización del material para laboratorio – Blog
2. Cómo limpiar, desinfectar y esterilizar un laboratorio (net-interlab.es) .

Capítulo 631

HIGIENE DE MANOS Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN LA ATENCIÓN SANITARIA

RAQUEL PANERO RODRÍGUEZ

CRISTINA RODRIGUEZ MOLANO

MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Ignaz Philipp Semmelweis, médico cirujano y obstetra en el Imperio austríaco, fue el primero en demostrar que el lavado de manos con un antiséptico reducía las muertes por fiebre puerperal (Viena, Austria. Hospital General, 1841 – 1850). Actualmente la OMS dispone de una Estrategia de prevención validada y normalizada que ha demostrado reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Según la misma fuente, al menos el 50% de las IRAS (Infecciones Respiratorias Agudas) pueden prevenirse.

La mayoría de las estrategias de prevención son sencillas, no exigen muchos recursos y pueden aplicarse en países con distintos recursos y niveles de desarrollo. En España el estudio ENEAS (Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización) indica que el 56,6% de los efectos adversos relacionados con las IRAS adquiridas en los hospitales de nuestro país se hubiera podido prevenir. La Infección Respiratoria Aguda (IRA) constituye un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina y duran menos de

2 semanas. Es la infección más frecuente en el mundo y representa un importante tema de salud pública en nuestro país. La mayoría de estas infecciones como el resfriado común son leves, pero dependiendo del estado general de la persona pueden complicarse y llegar a amenazar la vida, como en el caso de las neumonías.

Por lo tanto, una de las estrategias para la prevención de las infecciones, es la higiene de manos siempre antes y después del contacto con el paciente o con su entorno inmediato.

2 Objetivos

Conocer la buena higiene de las manos.

Conocer la importancia de las IRAS, sus principales factores de riesgo y mecanismos de transmisión.

3 Metodología

La metodología fue llevada a cabo mediante la búsqueda de distintos estudios y publicaciones en diferentes páginas en internet. Como motor de búsqueda se utilizaron distintas palabras clave relacionadas con el tema a desarrollar como higiene de manos, infecciones respiratorias agudas, factores de riesgo en el ámbito sanitario.

4 Resultados

Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria. La higiene de las manos es la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Para una buena higiene de manos debemos realizar lo siguiente:

- 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 segundos.

El tiempo necesario para realizar un lavado de las manos con agua y jabón es de 40-60 segundos

Lo primordial sería lavarse las manos con agua y luego aplicarse un preparado con base alcohólica.

El principal objetivo del lavado de manos es eliminar la flora microbiana transitoria, constituida por *Estafilococo* áureo, *Streptococos* y bacilos gramnegativos, y disminuir la flora microbiana residente de la piel, como se denomina a la población que está presente siempre y que incluye a *estafilococos* coagulasa. La higiene de manos es uno de los métodos para prevenir enfermedades infecciosas.

Medidas generales para la precaución estándar en la prevención de las infecciones:

- Las precauciones estándar son una serie de medidas destinadas a prevenir la transmisión de infecciones tanto del paciente hacia el profesional sanitario como del profesional al paciente.
- Deben aplicarse a todas las personas que se atienden en cualquier punto del sistema sanitario.
- Las precauciones estándar recomiendan la higiene de las manos siempre antes y después del contacto con el paciente o con su entorno inmediato y protegerse adecuadamente (bata, guantes, mascarilla y/o protección ocular) siempre que se prevea contacto con sangre o fluidos corporales.

El programa de Higiene de las manos del Sistema Nacional de Salud, una acción promovida por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en colaboración con las Comunidades Autónomas (CCAA), se hace eco de la Campaña: "Salve vidas: límpiense las manos" siguiendo las recomendaciones del Programa: "Una atención limpia es una atención más segura", de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las infecciones se pueden transmitir de múltiples maneras (vía respiratoria, digestiva, por contacto), pero la vía más frecuente de transmisión de éstas es por contacto a través de las manos. Las Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria (IRAS) son 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.

Desde hace más de 40 años se conoce que los programas para el control y prevención de estas infecciones pueden disminuir en más de un tercio la carga de este problema. Por lo tanto, son un problema de salud pública mayor pero potencialmente prevenible y controlable.

La importancia sanitaria, económica y social de las IRAS, justifica la necesidad de formar y capacitar a todos los profesionales sanitarios en las medidas de prevención y control de forma constante y continua.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones que hemos sacado tras la recopilación de toda la información a través de las páginas y diferentes sitios web, los cuales se nombran en la parte de Bibliografía, son que todo el personal tanto sanitario como no sanitario debemos mantener una rigurosa higiene en nuestras manos que son nuestras principales herramientas de trabajo. Es muy importante mantener esta higiene ya que en caso de no ser así, esa falta de higiene nos pondrá en peligro. Ya no solo es que el peligro nos puedan afectar a nosotros mismos sino que se pueden ver afectados nuestros compañeros, los pacientes, otros profesionales.

6 Bibliografía

Información proporcionada por el Plan de Calidad por el Sistema Nacional de Salud junto con el Gobierno del Principado de Asturias, y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España, Instituto Asturiano Adolfo Posada y Programa PIRASOA de la Junta y Consejería de Salud y Familias de Andalucía.

Capítulo 632

PREGUNTAS Y RESPUESTAS FRECUENTES RELACIONADAS CON LA PANDEMIA CAUSADA POR EL VIRUS SARS-COV2

MERCEDES FERNÁNDEZ BUENO

ALBERTO VICENTE DÍAZ

MARIA ANTONIA LUQUERO ILLERA

1 Introducción

En diciembre de 2019 comenzaron a aumentar los casos de neumonía en la ciudad China de Wuhan, en pacientes asociados a trabajos en un mercado de pescado y animales vivos. Esa neumonía, la había originado un nuevo tipo de coronavirus (SARS-Cov-2), más comúnmente conocido como coronavirus o Covid-19. El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró una Emergencia de Salud Pública de ámbito internacional.

Los coronavirus son una familia de virus, compuestas por un núcleo de material genético rodeado por una membrana lipídica con picos de proteínas (lo que le da un aspecto de corona, de ahí su nombre). Existen diferentes tipos de coronavirus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. Los coronavirus circulan por un gran número de animales que pueden dar un "salto" hacia los humanos, gracias a mutaciones o al aumento de contacto animal-humano. El virus puede transmitirse por el aire a través de gotículas (liberadas al toser o hablar) de persona a persona.

En cuanto a los síntomas, el espectro es muy amplio. Principalmente, se da tos, fiebre, fatiga, síntomas respiratorios, dolor de garganta, dificultad para respirar, pérdida del gusto o del olfato y en casos más grave neumonía, fallo multiorgánico e incluso la muerte.

A día de hoy, el coronavirus ha causado más de cinco millones de muertes en todo el mundo. Dada la gravedad de la situación es imperativo que todos pongamos de nuestra parte para reducir el número de contagios. Por ello, en el presente documento vamos a responder a algunas de las preguntas que a día de hoy la población se sigue haciendo.

2 Objetivos

- Realizar una introducción que analice generalmente lo acontecido en la pandemia causada por el coronavirus.
- Resolver dudas frecuentes sobre la pandemia.

3 Metodología

Para elaborar el presente documento se ha llevado a cabo una revisión de documentos científicos relacionados con el coronavirus y la actualidad de la pandemia. Todos los documentos publicados estaban tanto en inglés como español. Literatura científica publicada entre 2019/2021. Palabras clave: Wuhan, pandemia, coronavirus, vacuna.

4 Resultados

1. ¿Cuáles son los métodos de diagnóstico más frecuentes?

Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (PCR), test de antígenos y test serológico (demuestra si el paciente ha desarrollado la enfermedad).

2. ¿Existe tratamiento?

No existe tratamiento específico para el coronavirus.

3. ¿Qué medidas preventivas podemos adoptar?

Distancia interpersonal de 1,5 m ,evitar aglomeraciones, uso de la mascarilla homologada en interior y ante un gran número de personas, desinfección de manos mediante gel hidroalcohólico.

4. ¿Qué es un contacto estrecho?

Se trata de aquella persona que haya estado en contacto con un positivo en coronavirus entre los 2 y los 14 días posteriores a la aparición de los síntomas. Se incluye como contacto estrecho: contacto cara a cara a menos de 1m y de más de 15 minutos de duración, contacto físico directo y atención directa sin el uso de mascarilla.

5. Si doy positivo, ¿qué datos tengo que aportar a las autoridades sanitarias?

Debes identificar correctamente a las personas con las que has estado en contacto, debemos proporcionar nombre, fecha de exposición o contacto y fecha del inicio de síntomas.

6. ¿Cuándo debo buscar atención médica de urgencia?

Si tiene dificultad para respirar, dolor en el pecho, tos, fiebre, incapacidad para permanecer despierto o cualquier otro de los múltiples síntomas del coronavirus, deberá permanecer aislado y contactar con las autoridades sanitarias de su comunidad. Se pondrán en contacto con usted y le proporcionarán cita para realizar PCR.

7. ¿Por qué es importante la vacuna?

Recibir la vacuna es tan importante porque además de protegernos a nosotros mismos, evita que la gente con la que estamos en contacto también se contagie. De esta manera, alcanzamos una inmunidad de grupo que frenará el avance de la pandemia.

8. He dado positivo en un test de antígenos de farmacia, ¿qué debo hacer?

Si te lo has hecho en casa, deberás permanecer en cuarentena y llamar a las autoridades sanitarias para que te hagan una PCR.

Si te lo has hecho en la farmacia, deberás volver a tu domicilio y la farmacia notificará tu positivo.

9. Tras vacunarme, ¿me puedo contagiar?

Sí. La vacuna contra el COVID-19 no impedirá que te contagies por ello debes continuar cumpliendo las medidas preventivas.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad por coronavirus es un padecimiento causado por el virus SARS-CoV-2. Este virus proviene de una familia de coronavirus frecuente en los animales, que tras mutaciones han podido transmitirse entre los humanos. La OMS ha decretado una situación de emergencia mundial por pandemia desde enero de 2020. Debido a los millones de muertes y de personas infectadas, tanto autoridades sanitarias como la población deberá colaborar a frenar el desarrollo de la pandemia. Las medidas preventivas principales son: distancia de seguridad, uso

de gel desinfectante, uso de mascarillas, evitar aglomeraciones, hacer cuarentena ante posibles síntomas, recibir las vacunas y estar en contacto con la actualidad de la pandemia.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Ciudadanos - Preguntas y respuestas frecuentes - Estudio Nacional Epidemiológico de la infección por COVID-19 en España (ENE-COVID) (mscbs.gob.es)
2. Preguntas frecuentes sobre el coronavirus (COVID-19) | CDC
3. ¿Cómo actúo? (euskadi.eus)
4. Diagnóstico del Coronavirus SARS-CoV-2 | Hospital Clínic Barcelona (clinicbarcelona.org)

Capítulo 633

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

MIGUEL ÁNGEL DELGADO FERNANDEZ

MARTA JIMÉNEZ EXPÓSITO

MARTA ALVAREZ GONZÁLEZ

REBECA SANTOLAYA MAJUELO

1 Introducción

El síndrome de Burnout, síndrome del quemado en Español, se define como una situación de agotamiento físico, emocional y mental, considerado grave, que provoca el derrumbamiento de la persona a causa del estrés, o también gran cansancio psíquico surgido ante una rutina laboral y de la interacción social. Recientemente, está aceptada por la OMS, Organización Mundial de la Salud, como enfermedad profesional.

Sus consecuencias más relevantes incluyen desde la disminución de la calidad de los servicios ofertados por los servicios sanitarios y el aumento en el absentismo existente en este colectivo, de hecho la mayoría de medidas dedicadas a disminuir el absentismo laboral en el colectivo de enfermería se enfoca a disminuir la incidencia del síndrome de Burnout entre los profesionales de enfermería.

Uno de los principales factores influyentes, concretamente en el colectivo enfermero, parece ser la sobrecarga laboral, hemos encontrado diferentes estudios que

correlacionan esta sobrecarga laboral como una fuente de estrés crónico y, por tanto, como una causa desencadenante del síndrome de Burnout.

Otro de los grandes factores influyentes en la aparición del síndrome del quemado se trata de la sensación de falta de equidad en la relación entre los profesionales sanitarios y la organización de la entidad sanitaria.

2 Objetivos

Conocer la incidencia/prevalencia del síndrome de burnout en los servicios de salud españoles, e identificar de ser posible los factores desencadenantes.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión bibliográfica de la literatura disponible, para ello hemos utilizado las principales bases de datos a nuestra disposición, como son Scielo, Google académico, PubMed y MedLine.

Para la búsqueda hemos delimitado los estudios que se enfocaran en el personal sanitario.

4 Resultados

Hemos encontrado múltiples estudios que estudian el grado de estrés laboral en el ámbito de la enfermería, aunque la mayoría de estos se circunscriben al ámbito de la enfermería intensivista, tanto pediátrica como de adultos, también hemos encontrado suficientes documentos referidos a enfermeras generalistas para que la muestra fuera equitativa, desgraciadamente no hemos encontrado suficientes estudios en el ámbito de la atención primaria, por lo cual el actual trabajo se refiere únicamente a atención hospitalaria.

En uno de los estudios consultados, se encontró una elevada presencia de agotamiento emocional, hasta el 26,5% de los encuestados, y una aún mayor tasa de despersonalización, alcanzando hasta un 30,0%. Hallándose también una baja tasa de realización personal en el 20,2%. En comparación a otros estamentos sanitarios, las puntuaciones en desrealización fueron menores en las enfermeras que en las TCAE (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería), por edad resultó menor en el personal más joven, y en las recién graduadas en la profesión. Las puntuaciones en despersonalización han sido mayores en el personal eventual.

También hemos encontrado unos mayores índices de agotamiento emocional y despersonalización en los profesionales que desarrollan su trabajo en áreas de cuidados intensivos y urgencias en comparación a los que realizan su trabajo en áreas de hospitalización general dentro del área hospitalización general el servicio más afectado resulta ser el de oncología, tanto pediátrica como en adultos. Por género se encuentran unos mayores índices en hombres que en mujeres. En los trabajos consultados se ha hallado que la inequidad en la relación organización

- trabajador resulta un factor especialmente lesivo y consigue aumentar todos los índices de estrés laboral, aumentando con ello el absentismo laboral y disminuyendo el rendimiento en el trabajo de los profesionales en enfermería.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Burnout, o síndrome del quemado está increíblemente extendido en todos los centros sanitarios nacionales, hemos encontrado niveles de estrés laboral preocupantes entre los profesionales de enfermería de los centros sanitarios españoles, no hallándose diferencias significativas entre centros hospitalarios de los diferentes sistemas sanitarios de salud que componen el SNS, Sistema Nacional de Salud. Estimamos que las direcciones organizativas deberían adoptar medidas correctoras para disminuir los niveles de estrés laboral de sus empleados, consiguiendo, así reducir los niveles de absentismo laboral y aumentando a la vez el rendimiento en el trabajo. Igualmente importante es que logramos de paso también mejorar la salud de los propios empleados

6 Bibliografía

- 1.- Fernández-García, M. V., Zárate-Grajales, R. A., Bautista-Paredes, L., Domínguez-Sánchez, P., Ortega-Vargas, C., Cruz-Corchado, M., & Montesinos-Jiménez, G. (2012). Síndrome de burnout y enfermería. Evidencia para la práctica. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 20(1), 45-53.
- 2.- 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.
- 3.- Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., Rosa Zabala, K. L. D. L., & Asunsolo del Barco, Á. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57(224), 224-241

Capítulo 634

LOS EFECTOS DE LA TURNICIDAD EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS

DANIEL MARTIN FERNANDEZ

MARTA ALVAREZ GONZÁLEZ

REBECA SANTOLAYA MAJUELO

1 Introducción

En el trabajo y su organización en estos últimos años ha habido implicaciones sobre temas como la satisfacción en el trabajo, la motivación del personal y los resultados que los organizan.

Llama la atención los grupos de factores de organización temporal, como lo es la jornada laboral, el ritmo de trabajo y el trabajo por turnos. La jornada de trabajo es el tiempo de labor que transcurre mientras el trabajador no disfrute de él, y por haberse puesto a disposición de quién lo emplea. Existen 2 acepciones para referirse a la turnicidad en el trabajo sobre todo en salud pública, que se deriva de franjas horarias como lo pueden ser de 12 horas y que pueden ser divididos una jornada diurna, o nocturna que da origen al turno de mañana, tarde o tarde noche.

En la segunda acepción, “turno equivale al conjunto de trabajadores adscritos a una determinada franja horaria”. Son igualmente relevantes para los fines de la presente investigación, los factores dependientes de la tarea, los cuales incluyen:

automatización, comunicación y relaciones entre el personal sanitario y no sanitario

, status, posibilidades de promoción de la salud, complejidad, monotonía por hacer lo mismo continuamente, minuciosidad de la tarea e iniciativa.

2 Objetivos

Analizar la relación entre el trabajo a turnos en profesionales sanitarios y el riesgo de accidentabilidad derivado de la turnicidad y el sueño.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de turnicidad y trabajo laboral a turnos y se han utilizado descriptores como: turnicidad, trabajo laboral, empleador, rotación de turnos, etc..

4 Resultados

1. La jornada diurna, comprendida entre las 8:00 a.m. y las 20:00 p.m., no podrá exceder de las ocho horas ni las cuarenta horas semanales.

2. La jornada nocturna que comienza desde las 20.00a pm a las 08.00am no podrá exceder de siete horas diarias ni de treinta y cinco horas semanales.

Toda la prolongación que sobrepasen las 7 u 8 horas en horario de diurno se considera como hora nocturna.

3. Cuando la jornada tenga períodos de trabajos diurnos y nocturnos se considera jornada mixta y no podrá exceder de las siete horas y media diarias ni de treinta y siete horas y media semanales.

Cuando la jornada mixta tenga un período nocturno mayor de cuatro horas se considerará jornada nocturna en su totalidad. En el caso específico del trabajo que realizan los operadores de las eléctricas, que manipulan equipos con potencia que permiten el paso de la energía y la transforman a niveles de transmisión y la distribución de alto voltaje.

También, implica el registro, control, coordinación y mantenimiento de las condiciones normales de operación del sistema. En conjunto con los despachadores de

carga y los técnicos del Centro de Operaciones de Distribución, realizan actividades que deben ser desempeñadas en jornadas de veinticuatro horas continuas; Cuando los trabajadores realizan un turno de 24 horas tienen derecho a disfrutar de 72 horas de descanso y es muy importante resaltar que la jornada ha sido acordada con los operadores que forman la empresa y manera más informal.

Por su parte, la empresa no avala oficialmente este acuerdo, pero existe un consentimiento tácito de que la empresa permita esta práctica y durante todo el tiempo sin haber establecido regulación sobre ello. La jornada laboral puede alargarse veinticuatro horas más, siempre y cuando haya una ausencia del relevo. Las características del trabajo y la jornada laboral deben estar ya pactadas y escritas en el boletín oficial en los derechos y deberes de los trabajadores.

El tiempo tiene mucho valor porque las personas le damos mucha importancia, en el sentido que dispone de él para trabajar y relacionarse con todo tipo de gente, como lo son la familia, amigos, etc... Y así participar y descansar de todos los acontecimientos de la comunidad. El trabajador dedica tiempo para ir al trabajo, a casa, y a veces es un tiempo perdido para su ocio u hobbies y esto le representa a la persona un costo elevado.

El cambio de turno en el trabajo o excederse de horas en tu horario laboral, a veces nos genera estrés y desgaste emocional, hay momentos en los que ya no podemos más porque estamos saturados de tanto trabajo y en el mismo sitio, no tenemos tiempo para el ocio ni para desconectar del trabajo, y esto nos genera en la mayoría de ocasiones el síndrome del desgaste profesional o Burnout.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo por turnos y las horas largas de trabajo nos afectan directamente a la salud de los profesionales aumentando la probabilidad de sufrir Burnout. Los profesionales sanitarios que trabajando con un turno rotativo padecen problemas del sueño y de somnolencia en el trabajo, y llegan a sufrir una accidente laboral, la identificación de los factores de riesgo psicosocial a los que pueden estar expuestos todo el personal sanitario son muy necesarios para mejorar la calidad de vida y la salud de todo los profesionales sanitarios que estando trabajando a turnos y en la mayoría de ocasiones sin ningún tipo de descanso.

6 Bibliografía

1. Faura t. Síndrome de Burnout. Enfermería, grupo de alto riesgo. Rev Rol De Enfermería 1990,10-53-56

2. Gil-Monte P: algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Rev Española de Salud Pública*. 2009,83 (2) 169-173
3. Gonzales j, Moreno B, Garrosa E. Carga mental y fatiga en servicios especiales de enfermería. *Rev Latinoam Psicol*. 2005 37 (3): 477-Carcelén, J. (2000)m. El sistema de trabajo a turnos y su problemática. Madrid: Fundación Confemetal Editorial.
4. Fernández, J., y Piñol E. (2000). Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 207-222

Capítulo 635

LA ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.REVISION BIBLIOGRÁFICA

EVA MARIA DIAZ GARCIA

MARTA ALVAREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El pie diabético es una patología que consiste en una infección o ulceración que conlleva a una destrucción de los tejidos profundos de la piel relacionado con distintos grados de enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores que afecta a pacientes con diabetes mellitus.

Las personas que presentan Diabetes Mellitus tienen un elevado riesgo de padecer complicaciones crónicas podológicas. La neuropatía diabética es una de las patologías previas al inicio de la úlcera junto con pequeñas lesiones o deformidades del pie. Las úlceras del pie diabético se pueden infectar con frecuencia y fácilmente lo que conlleva a padecer problemas circulatorios y una afectación de nervios y vasos sanguíneos, que provocara que el aporte de sangre a los tejidos sea menor, pudiendo derivar en una gangrena. En la actualidad, la diabetes es la primera causa de amputaciones. El pie diabético se presenta entre el 20-25% de todos los diabéticos y constituye un problema de salud pública por su alta frecuencia y por su alto coste sociosanitario, ya que genera un elevado número de ingresos hospitalarios y una de las principales fuente de gastos.

La gravedad de las complicaciones del pie diabético se debe al elevado riesgo e incidencia de amputaciones (85%). Las úlceras tienden a agravarse si no se tratan con especial cuidado y no se detectan precozmente, llegando en muchos casos a gangrenarse, y con un único tratamiento posible, que es el de la amputación, suponiendo sufrimiento, incapacidad, disminución de la calidad de vida, riesgo de pérdida del miembro afectado y aumento de la mortalidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Definir el término úlceras.

Objetivos secundarios:

-Establecer las medidas preventivas .

-Prevenir la aparición de úlceras.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda de artículos científicos en las bases de datos EBSCO, PubMed y Cochrane que hacen referencia a la diabetes, al pie diabético y a la prevención y se utilizaron revisiones sistemáticas y ensayos clínicos durante el año 2009 y 2019 y la diferencia de actuación por parte de la atención primaria.

Se encontraron varios artículos relacionados de los cuales 4 cumplen criterios para incluirlos en el estudio donde incluían aspectos como:

*Valoración de enfermería según patrones funcionales de GORDON.

*Exploración vascular del pie.

*Exploración física según clasificación del pie diabético de WAGNER, esta clasificación esta muy ampliamente aceptada, ya que establece seis categorías o grados basándose en la profundidad de la lesión y la extensión de la infección o necrosis.

4 Resultados

En el estudio realizado se comprobó que durante el año 2009 un 70% de los pacientes analizados refieren que nunca recibieron un programa preventivo ni una valoración por parte del equipo de atención primaria, muchos de esos pacientes no tenían ningún conocimiento sobre la importancia en el cuidado y la autovaloración de pies Durante ese año se han diagnosticado un 50% de casos de úlceras

de pie diabético. Por otro lado, se revisó que durante el año 2019 un 80% de los pacientes manifiestan haber recibido educación sanitaria sobre la identificación de factores de riesgo como la enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica, las deformidades en los pies, y los antecedentes de úlceras. El cuidado de los pies, el conocimiento por parte de los pacientes y sus cuidadores de los cuidados de las úlceras y del manejo de la diabetes demuestran el papel que enfermería adquiere como labor fundamental para conseguir un estado de salud.

Las medidas preventivas que debe llevar a cabo el paciente son:

- Mantener niveles óptimos de glucosa en sangre.
- Lavar los pies con agua templada, secar bien e inspeccionar diariamente en busca de lesiones.
- Hidratar bien, evitando el exceso de crema y los productos irritantes.
- Cortar y limar las uñas en recto.
- No caminar descalzo y utilizar un calzado adecuado, no demasiado apretado.
- Acudir al podólogo para el cuidado de callos y durezas.
- No usar mantas eléctricas para evitar quemaduras.

El autocuidado, la prevención y la reducción de complicaciones basadas en la identificación de los factores de riesgo, estado de la úlcera y necesidades individuales se dan cobertura en la consulta de enfermería aunque el pie diabético requiere de un abordaje multidisciplinar, ya que existen numerosas afectaciones en las extremidades que pueden ocurrir y precisar en algún momento de la intervención de algún especialista.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios demuestran que los programas de prevención precoz, junto con una buena educación sanitaria, tanto al paciente como a la familia desde la consulta de enfermería, han demostrado su efectividad en la mejoría de calidad de vida, en la disminución en la frecuencia de amputaciones relacionadas con la diabetes y en la reducción de ingresos hospitalarios y de la tasa de mortalidad. La implantación de programas de prevención en el pie diabético reduce la tasa de amputaciones con el consiguiente ahorro sanitario. Es necesario desarrollar programas de prevención y tratamiento de la enfermedad y de sus complicaciones crónicas. La educación diabetológica y el control de los factores de riesgo previene las ulceraciones y amputación del pie diabético.

6 Bibliografía

- 1- Grupo de trabajo en Pie Diabético de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV). Consenso sobre el Pie Diabético. 1997. Disponible en: (<http://www.pie-diabetico.com/index.aspx>) y en (http://www.seacv.es/capitulos/grupos/pie_diabetico.php)
[Consultada el: 15/10/2008]
- 2- Grupo de Trabajo sobre Úlceras Vasculares de la AEEV. Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético de la AEEV. Guía de Práctica Clínica. Marzo 2004.
- 3- Educando al diabético en Atención Primaria. La visión enfermera. Manual elaborado en el marco del Convenio de Colaboración, entre la Consejería de Salud y la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC). Junta de Andalucía. 2002