Atención Primaria, Pediatría, Ginecología

XXXIX LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA

Ciencia Sanitaria.es

SOCIFOSA
Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria
Socifosa.es

XXXIX Lecciones en Salud Comunitaria.

Ciencia Sanitaria.es

SOCIFOSA
Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria

XXXIX Lecciones en Salud Comunitaria.

Fecha de publicación: 7 diciembre 2022

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: 978-84-19560-05-6

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1 **ENFERMEDAD DE PAGET: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS EN LA RADIOLOGÍA SIMPLE**
BEATRIZ DOMÍNGUEZ LAGRANJA 3

2 **MANEJO DE LA EPILEPSIA EN LA GESTACIÓN**
MARINA PEREZ DE DIEGO GOMEZ, ANA IGLESIAS ALONSO, VANESA ARGÜELLES FERNÁNDEZ, ANDREA CARRO GONZÁLEZ Y BEATRIZ MARIA MARTÍNEZ BAUTISTA 9

3 **EL ABORTO DIFERIDO**
VERÓNICA BASTANTE RODRÍGUEZ 15

4 **LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE LA PANDEMIA**
ANDREA MOLAS MARCOS 19

5 **GUÍA DE ACTUACIÓN PARA MATRONAS Y ENFERMERAS ANTE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO**
MIREN AZNAREZ IBAÑEZ, SARAY ADAN RODRIGUEZ, MIREN IZCO OREJA, EVA ZULET MURILLO Y IRAIA SERRANO ALONSO 25

6 **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA RELACIONADA CON EL SUICIDIO**
FÁTIMA GARCILÓPEZ RUBIO 31

7 **INTERVENCIONES REALIZADAS POR MATRONAS EN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL PUERPERAL**
ANDREA MOLAS MARCOS 39

8 **ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DEL COLECTIVO ENFERMERO HACIA PACIENTES SEROPOSITIVOS**
ANDREA MOLAS MARCOS 47

9 DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA
LUCÍA GARCÍA PÉREZ 61

10 LARINGITIS AGUDA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO
ROCÍO PALACIO ALONSO 67

11 TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INTRAMUSCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA
ROCÍO PALACIO ALONSO 71

12 ”NO HACER” EN ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA
CLARA INSUA PASTRANA 75

13 EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN ATENCIÓN PRIMARIA: PAPEL DE ENFERMERÍA
PAULA GONZÁLEZ BLANCO Y PAULA SOLÍS MARTÍN 81

14 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA
LUCIA MUÑIZ CHILLON 87

15 RECOMENDACIONES SOBRE EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE
ALBA GARCÍA MENÉNDEZ, ALBA GONZALEZ MARTINEZ Y LAURA ALVAREZ CARRION 91

16 VACUNACIÓN EN EL NIÑO PREMATURO
ALBA GARCÍA MENÉNDEZ, LAURA ALVAREZ CARRION Y ALBA GONZALEZ MARTINEZ 97

17 RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA Y MATRONAS SOBRE LA EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL CONSUMO DE INFUSIONES HERBALES EN EL EMBARAZO
IRAIA SERRANO ALONSO, MIREN AZNAREZ IBAÑEZ, SARAY ADAN RODRIGUEZ, MIREN IZCO OREJA Y EVA ZULET MURILLO 101

18 DETECCIÓN, EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO PEG
ALBA GONZALEZ MARTINEZ, LAURA ALVAREZ CARRION Y ALBA GARCÍA MENÉNDEZ 115

19 LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA, IMPRESCINDIBLE EN LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL
ALBA GONZALEZ MARTINEZ, ALBA GARCÍA MENÉNDEZ Y LAURA ALVAREZ CARRION 121

20 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN BRONQUIOLITIS PEDIÁTRICA
PAULA SOLÍS MARTÍN Y PAULA GONZÁLEZ BLANCO 127

21 CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR
Mª ENCARNACIÓN ROJAS PORRAS, TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ Y FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO 131

22 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LAS REDES SOCIALES
Mª ENCARNACIÓN ROJAS PORRAS, TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ Y FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO 135

23 ABORDAJE DE UNA HERIDA INCISA EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA
BELÉN FERNÁNDEZ VILLABRILLE 139

24 ALTERACIONES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS A LA DISCAPACIDAD VISUAL
BEATRIZ CALLE GONZALEZ 143

25 ENFERMERÍA EN SITUACIONES DE CATÁSTROFES Y DESASTRES
VERÓNICA SANZ MINGUEZ, ALICIA FLORES CASARRUBIOS, ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES Y MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO 147

26 CIRUGÍA ABLACIÓN MECÁNICOQUÍMICA DE LA VENA SAFENA CON EL CATÉTER CLARIVEIN: CUIDADOS INTRAOPERATORIOS DE ENFERMERÍA
VERÓNICA SANZ MINGUEZ, ALICIA FLORES CASARRUBIOS, ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES Y MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO 151

27 **ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL PACIENTE DONANTE POTENCIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
VERÓNICA SANZ MINGUEZ, ALICIA FLORES CASARRUBIOS, ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES Y MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO **157**

28 **RECOMENDACIONES NUTRICIONALES BASADAS EN LA DIETA MEDITERRÁNEA Y SOSTENIBILIDAD**
MARTA SEIVÁNEZ IGLESIAS, LUCIA OBESO ALMEIDA, ALBA PÉREZ FERNÁNDEZ, COVADONGA BENEGASI ÁLVAREZ Y MARINA MAYO ALONSO **161**

29 **PAPEL DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA**
MARTA SEIVÁNEZ IGLESIAS, LUCIA OBESO ALMEIDA, COVADONGA BENEGASI ÁLVAREZ Y MARINA MAYO ALONSO **169**

30 **PRINCIPALES ASPECTOS SOBRE EL EMBARAZO EN LAS MUJERES DE EDAD AVANZADA**
LIDIA BOBIS CHARCO **179**

31 **ABORDAJE DE LA ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**
NOELIA TROLA SÁNCHEZ Y PAULA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ **183**

32 **MÉTODO MADRE CANGURO**
LAURA ALVAREZ CARRION, ALBA GARCÍA MENÉNDEZ Y ALBA GONZALEZ MARTINEZ **189**

33 **USO DE ASPIRINAS Y EL SÍNDROME DE REYE**
TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ, Mª ENCARNACIÓN ROJAS PORRAS Y FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO **195**

34 **TABAQUISMO Y SUS EFECTOS: CONSEJOS PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES**
LAURA ALVAREZ CARRION, ALBA GONZALEZ MARTINEZ Y ALBA GARCÍA MENÉNDEZ **199**

35 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES PALIATIVOS**
NOELIA GARCIA LOPEZ, EVA MARIA FERNANDEZ CANCIO, AURINA ROJO LONGO, TANIA DÍAZ MÉNDEZ Y ALMA MARIA LLENIN MARTINEZ 205

36 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA**
RAQUEL CEA RODRIGUEZ, LORENA CASTRO PULGAR Y JESSICA GARCÍA VICENTE 209

37 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA**
MARÍA JESUS GÓMEZ FUERTES, ANA BELÉN FERNÁNDEZ MEDIERO, CLAUDIA RODRÍGUEZ INSUA Y RAQUEL IGLESIAS FERNANDEZ 213

38 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS PALIATIVOS**
MARÍA JESUS GÓMEZ FUERTES, CLAUDIA RODRÍGUEZ INSUA, RAQUEL IGLESIAS FERNANDEZ Y ANA BELÉN FERNÁNDEZ MEDIERO 217

39 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO U ONCOLÓGICO**
LUCÍA FRANCO ALONSO 221

40 **LA IMPORTANCIA DE REALIZAR DE FORMA CORRECTA LA HIGIENE DE MANOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO**
ANDREA GARCIA MENENDEZ, GEMA VICENTE GARCÍA, NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ Y JOSÉ VICENTE CRESPO GUTIÉRREZ 225

41 **RIESGOS ÉRGONOMICOS EN EL TRABAJO**
SEILA ALVAREZ ALVAREZ 229

42 **LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO**
AZUCENA ARNIELLA ALVAREZ, MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI, PAULA ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA, LUCIA FERNANDEZ FERNANDEZ Y ALEJANDRA ALONSO GONZÁLEZ 233

43 EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO: LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA
PAULA VICENTE PEREZ Y TANIA MESA PEREZ **237**

44 LA OBESIDAD INFANTIL: UN PROBLEMA CRECIENTE
PAULA VICENTE PEREZ Y TANIA MESA PEREZ **241**

45 LA SALUD BUCODENTAL Y LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL
TANIA MESA PEREZ Y PAULA VICENTE PEREZ **245**

46 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA
NOELIA MAQUEDA GUILLEN Y IRENE MUÑIZ GONZÁLEZ **249**

47 LA IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL DERIVADA DE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN EL PERSONAL SANITARIO
MARIA ELENA FELGUERES MIRAVALLES **253**

48 TRASTORNO PRODUCIDO POR ANSIEDAD
NOELIA MARTINEZ LOBETO **257**

49 LA RECURRENTE GRIPE
BRÍGIDA MENÉNDEZ PEDRAYES **261**

50 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA
JOSÉ ALFREDO TAMARGO **265**

51 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO
ESTEFANIA RODRIGUEZ ALVAREZ Y SONIA FERNANDEZ DIAZ **269**

52 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA AYUDA PSICOLÓGICA HACIA LOS PACIENTES
NATALIA CAPARRÓS MARTÍNEZ **273**

53 CUIDADOS PALIATIVOS. LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
JOANA GONZALEZ SAAVEDRA, Mª FÁTIMA RATO SÁNCHEZ, ALBA ALONSO RICO, LUCIA LINDE RODRÍGUEZ Y CECILIA CABEZA GONZÁLEZ **277**

54 LAS FASES DEL ALZHEIMER
ALBA ALONSO RICO, LUCIA LINDE RODRÍGUEZ, CECILIA CABEZA GONZÁLEZ, JOANA GONZALEZ SAAVEDRA Y Mª FÁTIMA RATO SÁNCHEZ **281**

55 ENFERMEDAD DE PARKINSON
LUCIA LINDE RODRÍGUEZ, ALBA ALONSO RICO, Mª FÁTIMA RATO SÁNCHEZ, CECILIA CABEZA GONZÁLEZ Y JOANA GONZALEZ SAAVEDRA **285**

56 LA NUTRICIÓN ENTERAL: SONDAS Y CUIDADOS
LETICIA PRIETO PEREZ, ANA MARIA ESCALANTE LORENZO, SANTA VIRGINIA ZAMBRANO ZAMBRANO, RAQUEL ABALO FERNANDEZ Y ROSA ELENA MARTIN FERNANDEZ **289**

57 EL CORRECTO LAVADO DE MANOS EVITA CONTAGIOS
CECILIA CABEZA GONZÁLEZ, JOANA GONZALEZ SAAVEDRA, LUCIA LINDE RODRÍGUEZ, Mª FÁTIMA RATO SÁNCHEZ Y ALBA ALONSO RICO **293**

58 ESTOY QUEMADO, SÍNDROME DE BURNOUT
BRÍGIDA MENÉNDEZ PEDRAYES **299**

59 ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE Y FAMILIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DORINDA SUÁREZ GUTIÉRREZ **303**

60 TRASTORNO POR DEPRESIÓN
NOELIA MARTINEZ LOBETO **307**

61 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS
MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA, ÁNGELA GARCÍA ZAFRA, MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR, GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS Y MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ **311**

62 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS
MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA, ÁNGELA GARCÍA ZAFRA, MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR, GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS Y MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ **317**

63 LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE MATERNIDAD
MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA, ÁNGELA GARCÍA ZAFRA, MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR, GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS Y MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ **323**

64 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)
Mª FÁTIMA RATO SÁNCHEZ, CECILIA CABEZA GONZÁLEZ, JOANA GONZALEZ SAAVEDRA, ALBA ALONSO RICO Y LUCIA LINDE RODRÍGUEZ **327**

65 ABORDAJE DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRÍA
ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ, ANDREA GONZALEZ TATO, MARTA ESCALADA PERTIERRA Y PATRICIA CABELLO IGLESIAS **333**

66 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA POR TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA
AINOA RAMOS ALVAREZ, MARIA MONTSERRAT ALVAREZ ALVAREZ, ANA BELEN BRANDI ALONSO, MARTA MIRAVALLES BERROS Y CARLOS GUTIÉRREZ ZAPATA **337**

67 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL DEBER DE CONFIDENCIALIDAD
ELIA GARCÍA GALAN Y ERNESTO JONATHAN GARCÍA QUINTANILLA **341**

68 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA FRENTE A LA ARTIFICIAL
ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ, ANDREA GONZALEZ TATO, MARTA ESCALADA PERTIERRA Y PATRICIA CABELLO IGLESIAS **345**

69 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES ANTE LOS INHALADORES EN PACIENTES CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA
MARÍA DEL PILAR REYES VACAS, ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ, LAURA MORAGA MARTÍNEZ, MARÍA JOSÉ Y ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ **349**

70 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS CUIDADOS A PACIENTES CON TRACCIONES ESQUÉLETICAS
MARÍA DEL PILAR REYES VACAS, ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ, LAURA MORAGA MARTÍNEZ, MARÍA JOSÉ Y ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ **353**

71 BIENESTAR Y SALUD MENTAL EN LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) COMO PROFESIONALES DE LA SANIDAD
MARÍA DEL PILAR REYES VACAS, ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ, LAURA MORAGA MARTÍNEZ, MARÍA JOSÉ Y ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ **357**

72 LA IMPORTANCIA DE UNA VIDA SALUDABLE PARA UN SISTEMA CARDIOVASCULAR SANO Y CON BUEN FUNCIONAMIENTO
PATRICIA CABELLO IGLESIAS, ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ, ANDREA GONZALEZ TATO Y MARTA ESCALADA PERTIERRA **361**

73 INFECCIÓN DEL SURCO UNGUEAL DE LOS DEDOS, LA PARONIQUIA: QUÉ ES, CAUSAS, SÍNTOMAS, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN
PATRICIA CABELLO IGLESIAS, ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ, ANDREA GONZALEZ TATO Y MARTA ESCALADA PERTIERRA **365**

74 CONOCER LA ENFERMEDAD DE ARTROSIS
MATILDE PADILLA BERROCAL Y CRISTINA GARCÍA SUÁREZ **369**

75 TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC) POR TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA
ANA MARÍA ÁLVAREZ LUEJE **373**

76 LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES
MARTA ESCALADA PERTIERRA, PATRICIA CABELLO IGLESIAS, ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ Y ANDREA GONZALEZ TATO **377**

77 ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
MARTA GARCÍA MARTINEZ Y MARÍA MONTSERRAT GARCÍA GONZÁLEZ **381**

78 FISIOTERAPIA EN ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. CASO CLÍNICO
ALINA VILLAR LÓPEZ Y CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ **387**

79 TRATAMIENTO CONSERVADOR EN CAPSULITIS ADHESIVA DE HOMBRO
ALINA VILLAR LÓPEZ Y CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ **391**

80 REHABILITACIÓN DE LA ARTROSIS DE CADERA
TANIA POLO MORO **395**

81 FISIOTERAPIA EN LA TENDINOPATÍA AQUÍLEA Y EJERCICIO TERAPÉUTICO
MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO, BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ, MARIA ROSA GARCIA LEON, MARTA VELASCO JIMENEZ Y RAQUEL GUARINOS LÓPEZ **399**

82 FISIOTERAPIA EN LA OSTEOARTRITIS DE RODILLA
MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO, BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ, MARIA ROSA GARCIA LEON, MARTA VELASCO JIMENEZ Y RAQUEL GUARINOS LÓPEZ **403**

83 FISIOTERAPIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO, BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ, MARIA ROSA GARCIA LEON, MARTA VELASCO JIMENEZ Y RAQUEL GUARINOS LÓPEZ **407**

84 LORDOSIS LUMBAR
IRENE PONZ MARTÍNEZ **411**

85 IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN COMUNITARIA EN EL TRATAMIENTO CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINES)
MARTA DEL ROSAL LÓPEZ **415**

86 LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO: UNA RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO
MARIA PEON FERNANDEZ **419**

87 LA TUBERCULOSIS Y SU DIAGNÓSTICO
CARMEN MARÍA INGELMO ROMERO, ESTEFANÍA GARCÍA LÓPEZ, TAMARA GARCÍA BLANCO Y M ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ **423**

88 TÉCNICO ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA. PROCESADO DE MUESTRAS HISTOLÓGICAS
VALERIA ALVAREZ GONZÁLEZ **427**

89 RADIOLOGÍA CENTRADA EN EL PACIENTE
ENRIQUE DEL VALLE ÁLVAREZ **433**

90 ECOGRAFÍA ABDOMINAL
HENAR RODRÍGUEZ SUÁREZ **437**

91 MAMOGRAFÍA DE DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA
HENAR RODRÍGUEZ SUÁREZ **441**

92 EL MICROSCOPIO DE LUZ POLARIZADA
BELÉN BRAVO PELÁEZ **445**

93 COMO AFECTA A LA SALUD Y A LA VIDA COTIDIANA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EL TRABAJO A TURNOS
MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ, MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES, VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS, NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS Y JOSE RAMÓN LÓPEZ GARCÍA **449**

94 ATENCIÓN AL PACIENTE AUTISTA EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA NUCLEAR
SUSANA FERNANDEZ LAVIANA, YASMINA LÓPEZ ARIAS Y MÓNICA HEVIA MARTIN **453**

95 EL TÉCNICO RADIODIAGNOSTICO EN EL ESTUDIO DEL DONANTE RENAL MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TAC)
NATALIA CAPARRÓS MARTÍNEZ **459**

96 DETALLES DE PEDIATRÍA POR EL TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO DETECCIÓN DE HIPOPLASIA
NATALIA CAPARRÓS MARTÍNEZ **463**

97 EL TÉCNICO DE RAYOS ANTE LOS RIESGOS DE LA RADIACIÓN
TOMÁS FERNÁNDEZ MUÑOZ **469**

98 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS
TOMÁS FERNÁNDEZ MUÑOZ **473**

99 ORIENTACIÓN Y REALIZACIÓN DE LOS BLOQUES DE PARAFINA EN DERMATOPATOLOGÍA
LAURA DEL CARMEN VILLORIA ÁLVAREZ **477**

100 INFECCIÓN TRAMISÓN SEXUAL: CLAMIDIAS
FATIMA SOHORA LAACHIRI MOHAMED, SUAD KABOR MOHAMED Y FATIMA ZOHRA ABDESELAM CHAIRI **481**

101 EL TRATO HUMANIZADO EN EL SERVICIO DE SALUD
VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS, NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS, JOSE RAMÓN LÓPEZ GARCÍA, MARÍA LUISA MERA MOLEDO Y MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ **485**

102 MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL LABORATORIO
ESTEFANÍA GARCÍA LÓPEZ, CARMEN MARÍA INGELMO ROMERO, M ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ Y TAMARA GARCÍA BLANCO **489**

103 IMPORTANCIA DE LA HIGIENE PERSONAL EN CENTROS HOSPITALARIOS DEL PERSONAL NO SANITARIO
IGNACIO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ **493**

104 TURNICIDAD Y NOCTURNIDAD
MARIA OLIMPIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, ESTHER DEL RIO MONTES, YOLANDA FELGUEROSO SUAREZ, JORGE GARCIA FERNANDEZ Y ANA GLORIA FLÓREZ ÁLVAREZ **497**

105 TRABAJAR DE PIE
ESTHER DEL RIO MONTES, ANA GLORIA FLÓREZ ÁLVAREZ, JORGE GARCIA FERNANDEZ, MARIA OLIMPIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y YOLANDA FELGUEROSO SUAREZ **501**

106 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN HOSPITALARIO
YOLANDA VILAS ANDRÉS **505**

107 EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL ÁMBITO SANITARIO
ARANTXA VÁZQUEZ SÁENZ, FATIMA RODRIGUEZ QUINTELA, BEATRIZ GONZALEZ GARCIA, ROBERTO SUÁREZ RODRÍGUEZ Y SANDRA CARLOTA MARTÍNEZ-CUE GARCÍA **509**

108 CAÍDAS DE PERSONAS A DISTINTO NIVEL
SUSANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y NOEMI MALNERO VARELA **515**

109 AGRESIONES AL PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS
PATRICIA CABAL FERNÁNDEZ **519**

110 LA ERGONOMÍA EN EL PUESTO DE TRABAJO
SUSANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y NOEMI MALNERO VARELA **523**

111 ACTIVIDAD FÍSICA. BASE PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.
BEATRIZ AGULLEIRO BOBIS **527**

112 PREVENCIÓN DE DOLENCIAS DORSO-LUMBARES PARA LA CATEGORÍA DE CELADOR
YOLANDA VILAS ANDRÉS **533**

113 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES DE ASISTENCIA AL PERSONAL SANITARIO
BEATRIZ ALBÁS LAPENA 537

114 CONDUCTAS AGRESIVAS HACIA EL PERSONAL EN EL HOSPITAL AGRESIONES VERBALES, FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS
JOSE ANTONIO IGLESIAS GARCIA 541

115 COMPROMISO Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. PUERTA DE ENTRADA A LA SISTEMA SANITARIO
JOSE ANTONIO IGLESIAS GARCIA 545

116 EL EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) DE LOS CELADORES DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19
YOLANDA VILAS ANDRÉS 549

117 FUNCIONES Y ZONAS DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ASTURIAS
ALBERTO VERDES CASTRO 553

118 ESTRATEGIA EMOCIONAL EN EL CONTACTO CON EL PACIENTE
CONCEPCIÓN MARTINEZ ALVAREZ 557

119 SALUD LABORAL: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO
MARIA HERMINIA MARTIN RAMOS, SANDRA GARCIA MARTIN Y CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ 561

120 HISTORIA CLÍNICA.: MANEJO, CONTROL Y CUSTODIA
MARIA HERMINIA MARTIN RAMOS, SANDRA GARCIA MARTIN Y CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ 565

121 LA VIOLENCIA SOBRE EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS SANITARIOS
JESSICA ARGUELLES LORENZO 569

122 LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO POR PARTE DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO
MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ, RAQUEL ESCOBEDO PARDO, CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ, INMACULADA ROPERO MOLINERO Y MARI CARMEN ORTIZ CASAS 573

123 ESTUDIO Y APLICACIÓN DE LOS RECURSOS BÁSICOS PARA LA ATENCIÓN TELEFONICA EN CENTROS SANITARIOS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ, MARI CARMEN ORTIZ CASAS, RAQUEL ESCOBEDO PARDO, CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ Y INMACULADA ROPERO MOLINERO 577

124 LA ACOGIDA AL PACIENTE POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ, MARI CARMEN ORTIZ CASAS, RAQUEL ESCOBEDO PARDO, CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ Y INMACULADA ROPERO MOLINERO 585

125 SALUD LABORAL Y RIESGOS LABORALES
LAURA MIGUÉLEZ SARMIENTO 589

126 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA
MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO, MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA, MARIA PILAR SANCHEZ PARRA, ALBERTO HUETE GONZALEZ Y YOLANDA MORENO VIZCAINO 601

127 AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA
MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO, MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA, MARIA PILAR SANCHEZ PARRA, ALBERTO HUETE GONZALEZ Y YOLANDA MORENO VIZCAINO 605

128 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: RECLAMACIONES Y DISCONFORMIDADES
MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO, MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA, MARIA PILAR SANCHEZ PARRA, ALBERTO HUETE GONZALEZ Y YOLANDA MORENO VIZCAINO 609

129 EL TRABAJO A TURNOS Y SUS EFECTOS SOBRE LOS TRABAJADORES SANITARIOS Y NO SANITARIOS
MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ SAL Y SUSANA FERNÁNDEZ MONTEAVARO 613

130 ACOSO SEXUAL EN CENTROS SANITARIOS
PATRICIA CABAL FERNÁNDEZ 617

131 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO: HIGIENE POSTURAL EN EL TRABAJO CON EQUIPOS INFORMÁTICOS
SONIA RODRIGUEZ ESTRADA Y MARÍA NURIA ÁLVAREZ RAMOS 621

132 HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES Y USUARIOS DE LA SALUD
BERTA FLOREZ LOPEZ 627

133 OSTEONECROSIS DE MAXILARES POR BIFOSFONATOS
AMANDA MARTIN CAPERAN Y SOLEDAD SÁNCHEZ ALONSO 631

134 EL CELADOR ANTE LA PACIENTE EN EL PARITORIO EN TIEMPOS DE PANDEMIA
MIGUEL SALINAS NOVILLO, SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS, RAMÓN CAÑAS BENITO, YOLANDA MORENO VIZCAINO Y SUSANA MEJIAS PEREZ 635

135 EL CELADOR DE LA ZONA DE RECUPERACION DE LESIONES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
MIGUEL SALINAS NOVILLO, SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS, RAMÓN CAÑAS BENITO, YOLANDA MORENO VIZCAINO Y SUSANA MEJIAS PEREZ 639

136 EL CELADOR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN MOMENTOS URGENTES COMO FUE LA PANDEMIA POR EL CORONAVIRUS
MIGUEL SALINAS NOVILLO, SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS, RAMÓN CAÑAS BENITO, YOLANDA MORENO VIZCAINO Y SUSANA MEJIAS PEREZ 643

137 PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS DIGITALES DE OBLIGADO CUMPLEMIENTO EN SANIDAD
ISABEL GÁRATE MARTÍNEZ 647

138 ATENCIÓN DEL CELADOR FRENTE AL DUELO
HAYAT DRISSI-KAITOUNI MOHAMED Y HABIBA ABDESELAM JALIL 655

139 INTRODUCCIÓN A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LOS CIUDADANOS Y DE LA INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA Y DE SUS FUNCIONES
ISABEL GÁRATE MARTÍNEZ 659

140 DERECHO A LA SALUD PARA LOS USUARIOS DE LA SANIDAD
BERTA FLOREZ LOPEZ 667

141 ACOSO LABORAL O MOBBING QUE SUFRE EL PERSONAL NO SANITARIO EN SUS CENTROS DE TRABAJO
VERÓNICA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ 671

142 LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL PERSONAL NO SANITARIO CAUSADOS POR EL TRABAJO A TURNOS EN LOS CENTROS SANITARIOS
VERÓNICA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ 675

143 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
ROCÍO NEVADO MORENO, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS Y ANTONIA HENRY PULIDO 679

144 FUNCIONES DEL CELADOR DESTINADO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA
ROCÍO NEVADO MORENO, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS Y ANTONIA HENRY PULIDO 683

145 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE ESPECIALIDADES DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS
ROCÍO NEVADO MORENO, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS Y ANTONIA HENRY PULIDO 687

146 LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL EN EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS
ESPERANZA FERNÁNDEZ ALVAREZ, JOSEFINA RODRÍGUEZ GARCIA Y VANESA FERNANDEZ ALVAREZ 691

147 EL PINCHE Y LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS EN CENTROS HOSPITALARIOS
ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ, ELENA LÓPEZ RAMÍREZ, JUANA MARI FUEGO GIL, ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y MARIA JIMENEZ BERNAL 695

148 EL PINCHE Y LOS INSTRUMENTOS QUE SE UTILIZAN DENTRO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS
ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ, ELENA LÓPEZ RAMÍREZ, JUANA MARI FUEGO GIL, ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y MARIA JIMENEZ BERNAL 699

149 EL PINCHE Y LA ELABORACION DE UN PLAN DE HIGIENE Y DESINFECCION EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS
ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ, ELENA LÓPEZ RAMÍREZ, JUANA MARI FUEGO GIL, ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y MARIA JIMENEZ BERNAL 703

150 AGRESIONES AL PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS: UN PROBLEMA EN AUGE
VERÓNICA BUSTELO HAMED, MARIA ARIAS ALONSO, CRISTINA GARCIA ALVAREZ, ROCÍO ALVAREZ GONZÁLEZ Y PAULA GARCÍA GARCIA 707

151 PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS: EL ESTRÉS COMO ENFERMEDAD
CRISTINA GARCIA ALVAREZ, ROCÍO ALVAREZ GONZÁLEZ, PAULA GARCÍA GARCIA, VERÓNICA BUSTELO HAMED Y MARIA ARIAS ALONSO 711

152 LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO:LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS EN EL PERSONAL HOSPITALARIO
TANIA MUÑIZ DÍAZ, TERESA ÁLVAREZ BERDASCO, ANA SUÁREZ GARRIDO, BÁRBARA ROBERT BALAGUER Y NATALIA NAREDO RUBIO 715

153 AUTOCUIDADOS EN LOS PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS DEL ÁMBITO SANITARIO: SITUACIONES DE MOBBING O ACOSO LABORAL
BEATRIZ MONTEQUIN IGLESIAS 719

154 ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO ANTE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO
NURIA CASTAÑO ÁLVAREZ 723

155 LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL
CLARA MENÉNDEZ DE LA CORTE Y LUZ CUADRADO ESTÉBANEZ 727

156 PROTECCIÓN DEL MENOR: EL ACOGIMIENTO FAMILIAR
ROCÍO FERNÁNDEZ MORAL 733

157 RIESGOS Y PATOLOGÍAS DEL TRABAJO A TURNOS
YOLANDA GARCÍA GÓMEZ, MARÍA JOSE GARCÍA SANTOS, BEGOÑA GANZO PALACIOS, ISABEL SEVILLA CONTO Y LUCÍA VIJANDE VALENCIA 737

158 RIESGOS LABORALES, TIPOS Y PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO
SILVIA SUAREZ RIVERA 743

159 EL TRABAJO NOCTURNO EN EL PERSONAL NO SANITARIO
MANUELA FERNÁNDEZ LÓPEZ, MERCEDES GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, NOEL FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, ISABEL LOTO MANSILLA Y COVADONGA FEITO GARCIA 747

160 RELACIONES ENTRE LA CIUDADANÍA Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA A TRAVÉS DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
ISABEL GÁRATE MARTÍNEZ 751

161 PREVENCIÓN DE INCENDIOS EN CENTROS SANITARIOS
MARÍA JOSE GARCÍA SANTOS, BEGOÑA GANZO PALACIOS, ISABEL SEVILLA CONTO, LUCÍA VIJANDE VALENCIA Y YOLANDA GARCÍA GÓMEZ **759**

162 LA VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR SANITARIO
PATRICIA CORA REVUELTA DE GUZMÁN **763**

163 IMPORTANCIA DE LOS PROBIÓTICOS Y PREBIÓTICOS EN LA DIETA
JOSE ANTONIO SUAREZ SUAREZ **767**

164 TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA ACEPTACIÓN Y RECHAZO DE MUESTRAS EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS
FATIMA SOHORA LAACHIRI MOHAMED, FATIMA ZOHRA ABDESELAM CHAIRI Y SUAD KABOR MOHAMED **775**

165 LEGISLACIÓN VIGENTE QUE REGULE EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE
PATRICIA CORA REVUELTA DE GUZMÁN **779**

166 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS POR EL CONFINAMIENTO DEL SARS-COV 19 EN LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES
ELENA SEVILLA GARCÍA-MONTIEL **783**

167 LA IMPORTACIA DE UN CORRECTO LAVADO DE MANOS
MARÍA ELISA GARCIA PAZ, TAMARA CABO JUNQUERA, YOANA SUÁREZ SÁNCHEZ, MARÍA JESÚS GARCÍA LÓPEZ Y CARMEN REGINA FERNÁNDEZ IGLESIAS **787**

168 LOGOPEDIA Y ESCLERÓSIS MÚLTIPLE
CARLA MARÍA GRANDA MEMBIELA **791**

169 EL ACOSO LABORAL EN EL AMBITO SANITARIO
CARMEN ALVAREZ VIVANCO **795**

170 EL LAVADO DE MANOS: TIPOS Y SUS 5 MOMENTOS EN EL ÁMBITO SANITARIO
SILVIA SUAREZ RIVERA **799**

171 EL COCINERO Y LAS CARACTERISTICAS DE LAS DIETAS QUE SE REALIZAN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS
JUANA MARI FUEGO GIL 803

172 EL ESTRÉS LABORAL
ISABEL LOTO MANSILLA, COVADONGA FEITO GARCIA, MERCEDES GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, MANUELA FERNÁNDEZ LÓPEZ Y NOEL FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 807

173 SÍNDROME DE BURNOUT O SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL
YOLANDA GARCÍA GÓMEZ, MARÍA JOSE GARCÍA SANTOS, BEGOÑA GANZO PALACIOS, ISABEL SEVILLA CONTO Y LUCÍA VIJANDE VALENCIA 811

174 PRESTACIONES Y SERVICIOS PARA LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA PRESENTES EN LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y LA RELACIÓN CON EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO
ROCÍO CANTÓN GARCÍA 815

Capítulo 1

ENFERMEDAD DE PAGET: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS EN LA RADIOLOGÍA SIMPLE

BEATRIZ DOMÍNGUEZ LAGRANJA

1 Introducción

La enfermedad de Paget se trata de una enfermedad metabólica ósea crónica de distribución focal, pudiendo ser monostótica o poliostótica (más prevalente, hasta un 70% de los casos), y en huesos sometidos a mayor estrés, siendo más frecuente en pelvis, cráneo, columna y huesos largos. Se explica en el contexto de un desequilibrio entre la producción y resorción ósea con aumento del recambio óseo que asocia formación muy activa y desorganizada de hueso. En resumen, se produce tejido óseo de estructura anárquica, aumentado de tamaño, poco compacto, muy vascularizado y con propiedades mecánicas alteradas. Todo esto predispone a la deformidad ósea y al incremento de fracturas en las zonas esqueléticas afectas.

Esta enfermedad es más frecuente en mayores de 55 años, cuya prevalencia va incrementándose con la edad, alcanzando en torno un 11% en mayores de 80 años, predominando en el sexo masculino con una relación 3:2. Es considerada la segunda causa más habitual de enfermedad ósea tras la osteoporosis.

Se han descrito antecedentes familiares en aproximadamente un 15-40%. Se describe una distribución geográfica, con zonas de alta prevalencia en Reino Unido y en países con población de origen británico como Australia y Nueva Zelanda.

Presenta una etiología desconocida, pero se ha descrito un modelo etiopatogénico complejo que incluye la acción sinérgica de factores genéticos, ambientales (Poxvirus) y mecánicos.

Se describen a continuación la clínica, las fases de la enfermedad, así como, sus características en la imagen.
Puede presentarse con dolor y sensibilidad localizados, deformidad ósea, aumento de temperatura focal de la piel por hipervascularización ósea, incremento del tamaño óseo, cifosis dorsal, limitación del rango de movimiento, y síntomas de las propias complicaciones (posteriormente explicadas).
El diagnóstico se basa en el cuadro clínico, los hallazgos en radiografía simples y alteraciones analíticas

2 Objetivos

Se pretende explicar y describir el concepto de esta enfermedad, sus fases o estadios con los hallazgos radiológicos, así como, su cuadro clínico y posibles diagnósticos diferenciales.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura sobre el tema en cuestión, en bases de datos científicas tipo Pubmed y Cochrane, y buscadores académicos como Google Scholar. Se incluyen revisiones sistemáticas, libros, casos clínicos y otros documentos.

4 Resultados

La enfermedad de Paget es un trastorno de remodelamiento óseo crónico con sustrato metabólico, de etiología desconocida, con tres estadios o fases descritos que forman parte del mismo espectro (osteolítica, mixta y osteoblástica), pudiendo observar diferentes fases en un mismo paciente, resultando un hueso engrosado y desorganizado, más susceptible a complicaciones como fracturas.
Las posibles complicaciones incluyen la deformidad ósea con el aumento del riesgo de fracturas patológicas. Existe un mayor riesgo de osteoartritis, la pérdida auditiva (neurosensorial por compresión del nervio vestibulococlear, perdida de densidad ósea mineral en capsula coclear; o conductiva por fijación de los huesecillos del oído medio o compresión neural). También existe un aumento de riesgo de desarrollo de tumores, destacando el osteosarcoma que ocurre en torno 1% de los casos, con dolor intenso refractario a tratamiento y masa de partes blandas en la zona adyacente.

Para el diagnóstico de esta patología podemos apoyarnos en el cuadro clínico, los hallazgos típicos en la radiografía simple y el aumento de FA (relacionado con el aumento de formación ósea).

La prueba de elección de inicio es la realización de una radiografía simple de hueso en dos proyecciones, que puede mostrar alteraciones patognomónicas. Como pruebas complementarias disponemos de la TC y la RMN, que están indicadas ante la sospecha de complicaciones y no como parte del diagnóstico de la enfermedad. El PET y la gammagrafía ósea pueden ser de utilidad para detectar degeneración sarcomatosa o para valorar actividad y respuesta al tratamiento de esta enfermedad.

En la radiografía simple podemos reconocer las diferentes fases.

- La fase lítica es la más temprana. Se produce osteólisis que es la traducción de la actividad de los osteoclastos. En el cráneo podemos observar áreas radiolucentes bien delimitadas conocidas como osteoporosis circunscrita, de predominio en hueso frontal y occipital, afectando tabla interna y externa, y con ausencia de esclerosis periférica por ausencia de actividad osteoblástica. En los huesos largos la osteólisis se aprecia como una radiolucencia subcondral, y los cambios líticos presentan un margen de avance manifestado como área radiolucente en forma de V, conocidos como signo de "hoja de hierba" o de "llama de vela".
- La fase mixta es en la que se diagnostican a la mayoría de los pacientes, en la que predomina el engrosamiento del hueso trabecular y la cortical, alternando con lesiones osteolíticas, que reflejan la actividad reparadora de los osteoblastos, siendo patognomónicos. En la pelvis, se aprecia engrosamiento de la cortical y esclerosis de las líneas iliopubiana e ioliopectínea, frecuentemente asimétrico con predominio en el lado derecho. En la columna vertebral predomina el engrosamiento cortical de los cuatro bordes vertebrales enmarcando la vértebra, conocido como "vertebra en marco", pudiendo observar, además, trabeculación vertical más grosera y peor delimitada que los hemangiomas, y aplastamientos anteriores de cuerpos vertebrales.
- En la fase esclerosa predomina la esclerosis y el aumento del tamaño óseo. En el cráneo se aprecia un engrosamiento marcado del espacio diploico, especialmente de la tabla interna de la calota, dando un aspecto de cráneo envuelto por una boina o gorro, conocido como "signo de Tam O Shnater". Al inicio las lesiones esclerosas ocurren sobre zonas de osteoporosis circunscrita produciendo el "signo del algodón" (focos de esclerosis parcheados y de aspecto borroso que resaltan sobre hueso de menor densidad). En la columna vertebral se aprecia esclerosis difusa del cuerpo vertebral conocido como "vértebra en marfil", que afecta también a los elementos posteriores, lo que ayuda a diferenciarlo de otras patologías.

Es importante estar atentos a identificar las manifestaciones radiológicas de la transformación sarcomatosa que, aunque es rara, ensombrece el pronóstico de la enfermedad. Algunos de los hallazgos radiográficos como aspecto óseo permeativo o apolillado, reacción perióstica agresiva en "rayos de sol" o "triangulo de Codman" o reacción laminada (piel de cebolla), entre otros.
El diagnóstico diferencial de la enfermedad de Paget es amplio y fundamentalmente con enfermedades que producen lesiones osteolíticas u osteoblásticas, así como, patologías que cursen con aumento de FA. Por ejemplo, la hiperostosis frontal que ocurre principalmente en mujeres de edad avanzada presenta un engrosamiento de la tabla interna del cráneo. La displasia fibrosa, que aparece en gente más joven, presenta importante engrosamiento de la tabla externa. Por último, entre otras patologías, el hemangioma vertebral que presenta trabeculaciones en el cuerpo vertebral más finas que en el caso del Paget.
El tratamiento se basa en el uso de calcitonina y bifosfonatos que presentan actividad antiosteoclástica. En caso de fracturas patológicas, compresión radicular o importante deformidad/impotencia funcional puede estar indicada la cirugía.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Paget es una patología crónica con sustrato metabólico óseo causada fundamentalmente por una alteración en el remodelado óseo. Es más habitual en varones que en mujeres en edades más avanzadas de la vida, sobre todo, a partir de la quinta década. Lo más habitual es que sea asintomática con alteraciones radiográficas y analíticas (elevación de la FA fundamentalmente), aunque puede presentarse con dolor articular/óseo y deformidades óseas. Puede ser monostótica, o lo que predomina más, la forma poliostótica, destacando la afectación de la pelvis como la más habitual.
Para su diagnóstico suele ser suficiente con la realización de radiografías simples en el contexto clínico-analítico adecuado, al detectar los hallazgos radiográficos patognomónicos de cada una de las tres posibles fases de la enfermedad, osteolítica, esclerosa o mixta.
Podemos encontrar un amplio espectro de enfermedades para su diagnóstico diferencial, incluyendo aquellas patologías que cursen con osteólisis y lesiones osteoblásticas o aumento de FA.
Por último, y no menos importante, debemos recordar las posibles complicaciones de esta enfermedad, destacando por frecuencia la aparición de fracturas patológicas en el contexto de un hueso que presenta alteración mineral ósea y/o deformidad asociada. Así mismo, aunque poco frecuente, conocer las alteraciones

radiológicas sugestivas de transformación sarcomatosa, puesto que es una entidad que ensombrece el pronóstico.

6 Bibliografía

- Smith SE, Murphey MD, Motamedi K et-al. From the archives of the AFIP. Radiologic spectrum of Paget disease of bone and its complications with pathologic correlation. Radiographics. 22 (5): 1191-216.
- Walsh JP. Paget's disease of bone. Med. J. Aust. 2004;181 (5): 262-5.
- Paget J. On a Form of Chronic Inflammation of Bones (Osteitis Deformans). Med Chir Trans. 2011;60: 37-64.9.
- Tjon-a-tham RT, Bloem JL, Falke TH et-al. Magnetic resonance imaging in Paget disease of the skull. AJNR Am J Neuroradiol. 6 (6): 879-81.
- Cortis K, Micallef K, Mizzi A. Imaging Paget's disease of bone-from head to toe. Clin Radiol. 2011;66 (7): 662-72.

Capítulo 2

MANEJO DE LA EPILEPSIA EN LA GESTACIÓN

MARINA PEREZ DE DIEGO GOMEZ

ANA IGLESIAS ALONSO

VANESA ARGÜELLES FERNÁNDEZ

ANDREA CARRO GONZÁLEZ

BEATRIZ MARIA MARTÍNEZ BAUTISTA

1 Introducción

La prevalencia de la epilepsia en la población general es de un 0'3-0'5%, siendo similar en las mujeres embarazadas.
La definición de epilepsia incluye la presencia de crisis convulsivas, de cualquier tipo, de manera crónica y recurrente. Una crisis aislada es solo un síntoma que puede formar parte de un síndrome y no define una enfermedad epiléptica.
En cuanto a la gestación, las mujeres con epilepsia tienen un mayor riesgo de sufrir una serie de complicaciones obstétricas y perinatales en comparación con la población general, tales como preeclampsia, parto prematuro, hemorragias fetales o neonatales, restricción crecimiento fetal o desprendimiento placentario.
La mitad de las mujeres con epilepsia no sufrirán alteraciones en su patrón de convulsiones durante el embarazo, aunque algunas sí podrán experimentar un empeoramiento de las convulsiones con respecto a su línea de base.

En cuanto a los fármacos anticonvulsivantes, estos se han relacionado con alteraciones en el desarrollo neurológico fetal y la aparición de malformaciones congénitas, especialmente defectos del tubo neural, malformaciones cardíacas, del tracto urinario, esqueléticas y fisuras orales. En monoterapia el riesgo de malformaciones mayores es de un 3,7%, este riesgo se ve aumentado en casos de politerapia o exposición a determinados fármacos como el ácido valproico.

2 Objetivos

Dar a conocer el manejo de la epilepsia durante la gestación.

3 Metodología

Para la redacción de este capítulo se ha realizado una extensa revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Además de realizar una búsqueda sistemática en libros y atlas, también se han consultado las principales bases de datos de artículos existentes. Otro punto de apoyo importante han sido las diferentes guías publicadas por las distintas Sociedades Científicas.

4 Resultados

Preconcepción.
En cuanto a la preconcepción, resaltar que es un momento muy importante dentro del manejo, pues los riesgos de complicaciones pueden minimizarse con intervenciones antes y al principio del embarazo.
Control de la natalidad.
Es de suma importancia el control de la natalidad en las pacientes epilépticas. El momento óptimo para buscar gestación sería tras, al menos, un año sin convulsiones. Algunos fármacos antiepilépticos, como la carbamacepina o la fenitoína, se comportan como inductores enzimáticos. Es decir, aceleran el metabolismo alterando la unión a proteínas de estrógeno y progestina, lo cual disminuye los niveles de esteroides anticonceptivos permitiendo la ovulación. El índice de fracaso esperado de 0,7/100 personas-año usando anticonceptivos orales se incrementó a 3,1/100 personas-año en mujeres que toman antiepilépticos inductores enzimáticos. Podría ser efectiva píldora combinada a dosis más alta (50 mcg de estrógenos) si no hay otra alternativa, ya que los efectos adversos se supone que

serían similares a los de dosis menores en mujeres que no toman fármacos inductores.
Con la lamotrigina sucede lo contrario, algunos ACO pueden aumentar su metabolismo y reducir así sus niveles en sangre.
Es por esto que en las mujeres epilépticas los anticonceptivos de larga duración (LAARC) se convierten en la opción de elección para el control de la natalidad.
La anticoncepción de emergencia se haría con 2 dosis de levonorgestrel 1,5 mg separadas 12 horas.
Valoración de la necesidad de tratamiento.
Comprobar siempre por un especialista que el diagnóstico esté bien hecho, adecuándose a los criterios que establecen la enfermedad. Las pruebas diagnósticas como electroencefalograma (EEG) o monitorización continua de video/EEG pueden estar justificadas para confirmar el diagnóstico.
En segundo lugar valorar si la paciente necesita el tratamiento y, en caso afirmativo, si lo toma a la dosis mínima eficaz. En caso de que el Neurólogo determine que cumple criterios para suspender medicación, esto habrá que hacerlo al menos 6-12 meses antes del embarazo ya que el riesgo de recurrencia de ataques es mayor durante este periodo.
Elección del fármaco antiepiléptico.
Siempre se deberá alcanzar un equilibrio riesgo-beneficio, teniendo en cuenta que las convulsiones son un factor de riesgo más importante para el resultado perinatal adverso de lo que pueda ser la farmacoterapia.
Habrá que buscar aquella dosis mínima con la que se consiga que la mujer esté libre de convulsiones, exponiendo al feto al menor riesgo posible de efectos adversos.
Los fármacos de elección será la lamotrigina y el levetiracetam en monoterapia siempre que esto sea posible.
Durante el embarazo, cambiar el tratamiento en mujeres libres de convulsiones raramente está justificado, salvo si toma ácido valproico.
Se debe evitar el uso de ácido valproico porque presenta un riesgo sustancialmente mayor de malformaciones congénitas importantes y consecuencias adversas del desarrollo neurológico. Las guías lo dejan como fármaco de último recurso para aquellos casos en los que no se logran controlar las convulsiones con otros medicamentos. En caso de necesidad, intentar no sobrepasar la dosis de 500-600 mg al día y mantener niveles plasmáticos menores de 70 mcg/ml.
Suplementación con ácido fólico.
Durante el embarazo descienden los niveles maternos de folato y vitamina B1, y aumentan los niveles de homocisteína. Esto, sumado a la exposición intrauterina

de los fármacos antiepilépticos, incrementa el riesgo de defectos del tubo neural en el feto y de anemia macrocítica en la madre.
Suplementar a la mujer con ácido fólico disminuye estos riesgos. Lo ideal sería comenzar el aporte desde unos tres meses previos a quedarse embarazada y mantenerlo, a menos, hasta el final del primer trimestre.
En cuanto a la dosis recomendada para pacientes con tratamiento anticonvulsivante varía entre los 0'4-5mg/día. La dosis más aceptada es de 4mg/día.
Embarazo.
Las mujeres durante el embarazo y el puerperio aumentan el riesgo de ocurrencias de crisis epilépticas por factores como la falta de sueño, el aumento del estrés o los vómitos.
En la gestación se ven aumentados parámetros fisiológicos como el volumen de distribución, el metabolismo hepático y el aclaramiento renal. Por otro lado, la absorción intestinal y la unión de fármacos a proteínas se ven disminuidas. Esto hace que como normal general, disminuya el nivel de fármaco en sangre y sea necesario aumentar su dosis.
Monitorizar los niveles en sangre se vuelve fundamental, se recomienda hacerlo una vez al mes durante el embarazo y repetirlo 6 semanas tras el parto. En caso de aparición de síntomas de alarma (convulsión, mareo, visión borrosa…) habría que comprobar los niveles del fármaco en sangre inmediatamente.
Estudios sobre la lamotrigina comprobaron un aumento significativo de la frecuencia de convulsiones cuando el nivel de fármaco disminuye a <65% de la concentración objetivo individualizada preconcepcional. Parece que esta regla podría hacerse extensible a otros antiepilépticos como el levetiracetam.
En cuanto a la carbamacepina parece que no ve aumentado su aclaramiento renal, por lo que sería una opción interesante para aquellos casos en los que no está disponible la monitorización de niveles en sangre.
Es fundamental tratar de detectar las malformaciones lo más precozmente en el caso de que las haya. Para esto la herramienta fundamental es la ecografía.
Los niveles de alfafetoproteína aumentan en presencia de defectos del tubo neural, por lo que resulta interesante su cuantificación ya sea a nivel sérico o en líquido amniótico.
En caso de una primera crisis en el embarazo, es importante excluir otras causas como la eclampsia o una trombosis venosa cerebral. Estaría indicada la realización de una prueba de neuroimagen (RMN, evitando los contrastes a base de gadolinio) y el fármaco de elección sería el levetiracetam ya que puede iniciarse inmediatamente a dosis terapéutica y tiene un amplio espectro de acción en múltiples tipos de convulsiones.

Parto.
El riesgo de crisis convulsiva aumenta en el periparto.
En caso de crisis convulsiva durante el parto aumenta el riesgo de desprendimiento placentario, hipoxia y acidosis fetal y de hipoxia materna.
La analgesia epidural disminuye el riesgo de crisis al facilitar el descanso y disminuir el estrés asociado con el dolor.
En caso de ocurrir una crisis convulsiva durante el parto la primera reacción debe ir encaminada a asegurar la vía aérea y la oxigenación y monitorizar las constantes vitales. El fármaco de elección es el lorazepam vía intravenosa a dosis de 1-2 mg. Tras la crisis pueden aparecer bradicardias fetales que se deben valorar con precaución, no actuando de forma precipitada.
Postparto.
Tras el parto, los cambios fisiológicos del embarazo desaparecen y vuelven a niveles normales a las 2-8 semanas. Entonces será necesario disminuir la dosis de antiepiléptico hasta niveles previos o ligeramente superiores (para contrarrestar la falta de sueño, el estrés, etc.). En el caso de la lamotrigina o el levetiracetam se ajustará la dosis 2-3 semanas después del parto, para la carbamacepina se esperará hasta la sexta semana.
En cuanto a la lactancia materna los beneficios para el lactante superan los posibles riesgos. Estudios demuestran que la concentración de fármaco en la leche es similar a la del plasma materno pero en el plasma del lactante esta concentración es mínima. Es importante recomendar a la madre que lactancia interfiera lo menos posible en el ciclo de sueño.

5 Discusión-Conclusión

Las mujeres con epilepsia presentan un riesgo aumentado de complicaciones obstétricas, así como los fetos de madres epilépticas son más propensos a sufrir complicaciones.
Los riesgos en el embarazo asociados con la epilepsia pueden verse minimizados con una adecuada intervención preconcepcional, siendo fundamental la adecuada suplementación con ácido fólico.
El objetivo fundamental del control durante la gestación es evitar la aparición de una crisis convulsiva.
En cuanto a los fármacos anticonvulsivantes, debemos evitar el ácido valproico y la politerapia siempre que sea posible.
En caso de aparecer una crisis epiléptica durante el trabajo de parto, actuar inmediatamente y administrar Lorazepam como fármaco de primera elección.

En el postparto, por norma general habrá que disminuir la dosis del tratamiento y la lactancia materna no está contraindicada ya que sus beneficios superan los posibles riesgos.

6 Bibliografía

1. Viale L, Allotey J, Cheong-See F, et al. Epilepsy in pregnancy and reproductive outcomes: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2015; 386:1845.
2. McGrath A, Sharpe L, Lah S, Parratt K. Pregnancy-related knowledge and information needs of women with epilepsy: a systematic review. Epilepsy Behav 2014; 31:246.
3. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR Recomm Rep 2016; 65:1.
4. Voinescu PE, Pennell PB. Delivery of a Personalized Treatment Approach to Women with Epilepsy. Semin Neurol 2017; 37:611.
5. Hidalgo Sánchez M, Juárez Jiménez MV, López Donaire I, Donaire Carballo MD. Epilepsia en embarazadas. Med fam Andal 2019; 20(2): 151-161.
6. Gil-Nagel Rein A. Manual de Manejo Práctico en Epilepsia. Madrid: ERGON; 2017.

Capítulo 3

EL ABORTO DIFERIDO

VERÓNICA BASTANTE RODRÍGUEZ

1 Introducción

El aborto diferido es más común en la actualidad de lo que realmente creemos, aunque antiguamente muchas de las mujeres ni siquiera sabían que estaban embarazadas y estaban teniendo un aborto, pensando que era un sangrado normal o algo más abundante de lo habitual debido a la menstruación.
También se conoce como ”aborto retenido”, puesto que su característica principal es que el embarazo se detiene espontáneamente, pero el feto necesita ayuda para ser expulsado.
En la mayoría de los casos el aborto diferido se produce en las primeras doce semanas de embarazo, aunque puede ocurrir en cualquier momento del mismo.
No se sabe exactamente lo que lo produce, pero se cree que puede ser porque el organismo de la embarazada ”no se da cuenta” de que el feto ya no tiene vida, por lo que el útero no se contrae para expulsarlo y se necesita atención médica.
Es muy común también que al encontrarse en las primeras semanas o meses de embarazo la mujer no tenga ningún síntoma de que se ha producido un aborto, y de tenerlos, algunos de los más comunes suelen ser: sangrado vaginal, desaparición de los síntomas del embarazo o dolor abdominal de distinta intensidad.
En el siguiente capítulo se hará una revisión bibliográfica sobre el aborto diferido.

2 Objetivos

-Realizar una revisión bibliográfica sobre las causas del aborto diferido y sus tratamientos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica y una búsqueda de libros y artículos sobre la literatura cinetífica existente. También se han consultado artículos y revistas en las principales bases de datos como Medline o Pubmed.

4 Resultados

Lo primero y muy importante que tenemos que saber es, que las mujeres que hayan sufrido un aborto cuenten con un apoyo adecuado, porque una pérdida como esta tiene su proceso de duelo y de comprensión.
Al ser en muchas ocasiones tan precoces son más difíciles de entender y causan miedo y ansiedad porque vuelva a repetirse, no poder concebir o no poder llevar un embarazo normal a término.
Las causas más comunes de este tipo de aborto son varias:
- Genéticas, se cree que gran parte de los abortos ocurren por anomalías cromosómicas.
- Anatomía del útero, por malformaciones en el mismo que producen una adhesión inadecuada del embrión.
- Enfermedades endocrinológicas, sanguíneas o inmunológicas.
- Infecciones, algunas de ellas pueden derivar en una malformación del feto incompatible con la vida.

Hay distintos tratamientos para la expulsión del feto o, si no lo hubiera, del saco gestacional:
- Actitud expectante, esperar y comprobar que el propio cuerpo es capaz de expulsarlo. Se deben realizar controles ecográficos para valorar el estado.
- Tratamiento farmacológico, se administra medicación vía vaginal para que el útero se dilate y pueda expulsar el feto. La tasa de éxito se estima en torno al 90%. Se utiliza para embarazadas con menor tiempo de gestación puesto que el feto aún es muy pequeño y más fácil de expulsar.

Cirugía, lo que se conoce como legrado, para expulsar el feto. Hoy en día se hace a través de ecografía durante la intervención, y se percata de que el raspado ha sido efectivo y se han expulsado todos los restos del saco gestacional o feto. Si la embarazada está más avanzada, después de las primeras doce semanas, será el tratamiento de primera elección puesto que ya no es tan pequeño y se necesita expulsar por completo.

5 Discusión-Conclusión

Sería interesante a la par que importante, proponer una mayor investigación acerca de este tipo de aborto, poniendo especial ímpetu en las posibles causas que pueden provocarlo puesto que es una de las cosas que las mujeres no consiguen entender y a menudo se sienten culpables y piensan que han hecho algo mal durante la gestación. El apoyo emocional es fundamental en este proceso.
Con este capítulo podemos comprender la importancia de una buena información a las embarazadas, de los posibles riesgos a los que todas están expuestas, ya que este tipo de aborto involuntario y que ocurre involuntariamente es mayor del que pensamos.

6 Bibliografía

1. serpadres.es/embarazo/9248.html
2. mejorconsalud.as.com. IntraMed

Capítulo 4

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE LA PANDEMIA

ANDREA MOLAS MARCOS

1 Introducción

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Son muchos los países que en los últimos años han implantado políticas y medidas para mejorar la atención sanitaria a las embarazadas durante la gestación, el parto y el postparto. Desde el año 2004, América Latina implantó leyes para favorecer la humanización del parto, como por ejemplo la Ley Nacional 25.929 (1) denominada "Ley de parto humanizado" aprobada en Argentina hace dieciocho años.

En Europa éstas medidas llegaron más tarde. España tuvo que esperar hasta el año 2008 cuando el Ministerio de Sanidad desarrolló la campaña titulada "Estrategia de atención al parto normal" (2) destinada a mejorar la asistencia antes, durante y después del parto.

La creación de todas estas medidas surge por varias causas. Una de ellas es la medicalización que rodea al parto desde el siglo XX, momento en que pasó a desarrollarse en el ámbito hospitalario.
Otra de las causas por las que son necesarias las medidas mencionadas anteriormente es el aumento de la violencia obstétrica (V.O). Este tema se encuentra a la orden del día debido al incremento de su incidencia durante la actual pandemia.

Muchas organizaciones también han reconocido el aumento de esta violencia hacia las mujeres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2018 publicó

un documento donde se dan recomendaciones para una atención al parto más humanizada (3).
La Organización de Naciones Unidas (O.N.U) publicó en 2019 un informe donde analiza la cuestión del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica (4).
En este escrito se define V.O cómo la violencia sufrida por las mujeres durante la atención al parto en los centros sanitarios. Este término se refiere a las prácticas y conductas realizadas por profesionales a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, que por acción u omisión son violentas o pueden ser percibidas cómo violentas.

Dentro de este tipo de violencia podemos encontrar que existen diferentes formas, la violencia física y la violencia psicológica (5).

EJEMPLOS DE V.O FÍSICA:
- Episiotomía de forma rutinaria
- Maniobra de Kristeller
- Cesárea sin una verdadera justificación médica
- Administración de medicación innecesaria
- Tacto vaginal por más de una persona sin causa justificada
- Enema de rutina
- Rasurado perineal de rutina

EJEMPLOS DE V.O PSICOLÓGICA:
- Realizar intervenciones sin el consentimiento de la paciente
- No permitir la autonomía en la toma de decisiones
- Falta de intimidad

La V.O es una forma más de violencia de género. Se considera una violencia estructural e institucional que nace de una cultura patriarcal, provocada por las diferencias en las relaciones de poder entre mujeres y hombres, donde se perpetúa la subordinación y desvalorización de lo femenino frente a lo masculino (6). Según el informe de la ONU, la V.O está tan normalizada que en muchos países todavía no se considera violencia de género, por lo que es una agresión invisible y no reconocida socialmente, oculta tras protocolos hospitalarios.

En muchos de nuestros hospitales se ejerce este tipo de violencia y es aceptada. En algunos casos, se produce de una forma tan rutinaria que se ha llegado a considerar “normal” o “natural” tanto por parte de los profesionales sanitarios

cómo por parte de las mujeres víctimas de ella.

2 Objetivos

- Identificar si se ha producido un aumento de la violencia obstétrica durante la pandemia.
- Conocer si la pandemia ha sido un agravante de la violencia obstétrica y por qué.
- Analizar qué tipo de violencia obstétrica se ha producido durante la pandemia.

3 Metodología

Para la elaboración de la presente revisión bibliográfica se realizó una búsqueda bibliográfica y una lectura completa de las publicaciones más relevantes del tema expuesto. Para su síntesis se han empleado las siguientes bases de datos: Pudmed, CUIDEN, CROCHRANE, DIALNET, Google Académico.

4 Resultados

Tras la llegada en 2019 del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 los sistemas sanitarios se han visto obligados a modificar sus protocolos y adaptarse rápidamente a esta nueva situación epidemiológica.

Los servicios de maternidad no se han visto exentos de estos drásticos e improvisados cambios. Desde el inicio de la pandemia y aún a día de hoy son muchas las medidas sin evidencia científica que se llevan a cabo y que vulneran los derechos de las mujeres.

Los estudios han revelado que en los últimos años un 38.3% de las gestantes españolas han percibido este tipo de violencia (7). De las mujeres encuestadas, un 44.4% recibió procedimientos innecesarios y/o dañinos, de los cuales a un 83,4% no se les pidió consentimiento informado (7).

PROCEDIMIENTOS INNECESARIOS
De los procedimientos innecesarios la práctica de Kristeller es una de las más mencionadas por las encuestadas donde un 37.2% (7) manifiesta haberla sufrido. También los partos instrumentados y las cesáreas se han incrementado durante la pandemia.

ALIVIO DEL DOLOR
Las técnicas de alivio del dolor se han visto comprometidas y negadas en muchas ocasiones como consecuencia de la pandemia.

Los servicios de anestesia se han visto desbordados, ya que se hacían cargo del manejo de los pacientes infectados por Covid-19 y esto ha repercutido negativamente en el manejo del dolor durante el parto. Algunos de estos profesionales se negaron a administrar epidurales a las mujeres durante el trabajo de parto hasta que el resultado de la PCR Covid-19 fuera negativo. Como consecuencia la atención se demoró y en algunos casos no llegó.

Otro alivio del dolor, el óxido nitroso, se desaconsejó durante el trabajo de parto debido a los aerosoles que produce y la consiguiente exposición al virus de los profesionales.

SEPARACIÓN MADRE/RECIÉN NACIDO
Además, se ha observado que en muchos hospitales implementaron la separación de madres infectadas y sus recién nacidos sin ninguna evidencia científica que lo justificara. Esta separación ha repercutido tanto en la salud física de la madre como por supuesto, en la salud mental, aumentando el riesgo de padecer depresión postparto, mal adaptación al rol maternal y dificultad en el establecimiento del vínculo entre madre e hijo (8).

LACTANCIA MATERNA
Como consecuencia de esta separación la alimentación del recién nacido también se vio comprometida. Las mujeres infectadas por Covid-19 fueron aisladas tras el parto y separadas de sus bebés por lo que el inicio precoz de la lactancia, aconsejado por todas las organizaciones sanitarias, se vio afectado.

PROHIBICIÓN DE TENER ACOMPAÑANTE
Otro de los agravios de la pandemia ha sido la cantidad de mujeres que durante estos años han tenido que dar a luz solas. Tanto la OMS como el Ministerio de Sanidad insisten en el derecho de la mujer a ser acompañada durante el parto y puntualizan que se deben tomar medidas de protección para favorecer que esto se cumpla.

5 Discusión-Conclusión

La violencia obstétrica existe.

Las mujeres han expresado sus malas experiencias durante el proceso de parto en la actual pandemia. Se ha evidenciado que muchas de ellas tuvieron que parir solas debido a ser sospechosas o positivas por covid-19. Otras tantas han reportado que se les negó la oportunidad de poder recibir analgesia epidural. Además, los protocolos en el comienzo de la pandemia sugerían procedimientos que no se contrastaron con la evidencia científica y que perjudicaban gravemente la voluntad, respeto y derecho de las mujeres a tener un parto respetado. Algunos de estos procedimientos fueron las cesáreas a mujeres sospechosas o con covid-19 sin ninguna otra indicación médica; la utilización de instrumentos para acortar el periodo expulsivo y así evitar los pujos por el miedo de que la mujer realizara más exhalaciones; mujeres separadas de sus bebés al mismo nacer, no pudiendo realizar la piel con piel y perjudicando así el inicio precoz de la lactancia materna.

Todo esto que hemos visto agraviado por la pandemia ya existía antes de que estallara la crisis sanitaria por la covid-19. Si nos preguntamos cómo hemos llegado a este punto podemos ver que el problema es multifactorial. En él intervienen componentes culturales, sociales, históricos y formativos (9).

Por un lado, las sociedades patriarcales en las que vivimos intentan que aceptemos estos comportamientos como normales. Además, esto empeora debido al poder jerárquico que se establece en la relación profesional-usuaria, priorizando el poder de los profesionales de la salud por encima del de las pacientes.

Por otro lado, algunos estudios sugieren que el síndrome de burnout puede estar asociado con la violencia obstétrica (9). Los profesionales sanitarios que atienden a estas mujeres tienden a deshumanizar la atención debido al desgaste profesional.

Además, la falta de formación e información de los profesionales hace que estás prácticas pasen desapercibidas y no sean reconocidas.

Para erradicar la violencia obstétrica, será imprescindible mejorar los protocolos sanitarios actuales, sustituyendo las técnicas dolorosas y arriesgadas por otras menos invasivas. Debemos mejorar y actualizar la formación de los profesionales sanitarios y de los alumnos. De esta manera se podrá detectar y actuar sobre quien practica este tipo de violencia y lograremos luchar para eliminarla de nuestros centros sanitarios.

6 Bibliografía

1. Ley Nº 25.929 de Protección del Embarazo y del Recién Nacido (2004). Honorable Congreso de la Nación Argentina. En: BO Nº 30489.
2. Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Internet. Vitoria-Gasteiz (España); 2010.
3. Organización Mundial de la Salud. (2019). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178
4. Naciones Unidas. (2019, Julio). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Disponible en: https://undocs.org/es/A/74/137
5. Paris Angulo S, Gracia Suárez A. Parir en tiempos de Covid-19: aumento de la violencia obstétrica durante la pandemia [Internet]. 39.ª ed. Gaceta internacional de ciencia forense; 2021 [citado 11 enero 2022]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7859522
6. Ramírez SMD, Hernández MC, Ceballos GGY. La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. Rev. Conamed. 2021;26(3):149-155. Disponible en: https://doi: 10.35366/101680
7. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020;17:7726. Disponible en: https://doi.org/10.3390/ijerph17217726
8. Fernández Guillén F. ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos [Internet]. 18.ª ed. Rev. Dilemata; 2015;7(18):113–128. [citado 19 enero 2022]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106937
9. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España [Internet]. 35.ª ed. Gaceta Sanitaria; 2021 [citado 13 enero 2022]. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019.

Capítulo 5

GUÍA DE ACTUACIÓN PARA MATRONAS Y ENFERMERAS ANTE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

MIREN AZNAREZ IBAÑEZ

SARAY ADAN RODRIGUEZ

MIREN IZCO OREJA

EVA ZULET MURILLO

IRAIA SERRANO ALONSO

1 Introducción

Los profesionales de salud, entre los cuales se encuentran matronas y enfermeras, son unos de los agentes a los que más frecuentemente recurren las mujeres que han sufrido o están sufriendo violencia de género (VG), ya que son atendidas en la red de atención sanitaria.

Por ello, y teniendo en cuenta que la violencia que sufren les hará frecuentar la red sanitaria, el sistema de salud requiere de un procedimiento de atención para ellas. Tanto para su detección, como para su protección y atención. Los profesionales implicados (entre los cuales se encuentran las matronas y enfermeras), deberían conocer ese procedimiento, así como ser lo suficientemente capaces para identificar casos sospechosos de violencia.

Es de vital importancia que pongan en evidencia esas situaciones cuando no son las propias pacientes las que lo cuenten y que faciliten una atención integral y coordinada con otras instituciones (policías, bomberos, servicios sociales, judiciales, etc.).

Para todo ello, los profesionales sanitarios deben permanecer actualizados en este tema (tema en el que se ha investigado de manera importante durante los últimos años), con el fin de dar la mejor de las atenciones a las víctimas, que se encuentran en una situación de completa vulnerabilidad.

Esta guía pretende recoger ideas claras de actuación, así como recomendaciones en la atención a las víctimas de violencia de género y agresiones sexuales.

2 Objetivos

Recordar el ciclo de violencia de género con el fin de comprender los sentimientos y realidad de las víctimas.
Conocer las recomendaciones basadas en la evidencia científica actual disponible para el manejo de casos de violencia de género.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos en las principales bases de datos (Pubmed, Medline y Scielo), así como en los principales organismos oficiales y legislación vigente, seleccionando material científico procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A pesar de que existen varias teorías sobre la violencia de género y todavía hoy es un tema que se encuentra en constante estudio, las fases que se dan en la misma están bastante generalizadas. Es básico conocerlas para poder comprender los sentimientos y actitud de las posibles víctimas. La teoría del ciclo de violencia de género de Leonor Walker pretende simular las fases que se dan en la violencia de género y se resume a continuación:
- Fase de acumulación de tensión: el maltratador comienza a presentarse irascible, enfadado, nervioso y cualquier acción de la mujer víctima le sienta mal, aunque sea sin sentido. La mujer no entiende que es lo que ocurre y se siente culpable.

En este punto la víctima comienza a perder la capacidad de percibir la realidad objetivamente y cree que es su culpa el enfado de la pareja.

- Fase de explosión de violencia o agresión: en esta fase es cuando se suele denunciar y la víctima suele contar lo que le está ocurriendo. Es la etapa en donde se producen los malos tratos físicos (golpes, patadas, insultos) y por lo tanto la fase en donde más peligro corre la vida de la mujer.
- Fase de luna de miel o reconciliación: el maltratador trata de reconciliarse con la víctima prometiéndole que nunca volverá a ocurrir el episodio de maltrato físico y se muestra bueno y arrepentido. En esta fase la víctima comienza a pensar que ha sido un error y que su pareja va a cambiar.

En cualquiera de las fases en la que se encuentre la mujer (aunque especialmente en la fase de violencia) la actuación precoz es esencial y podría salvarle la vida.

Los profesionales sanitarios tienen que tener presente a diario en su trabajo que todo contacto con el servicio sanitario es una oportunidad para detección de casos de violencia de género y brindar ayuda a las víctimas. Para ello, es esencial que los profesionales reciban formación de signos y síntomas, características y otro tipo de datos que hagan pensar en que la paciente o usuaria que se esté atendiendo en ese momento podría ser una posible víctima de violencia de género. Las últimas recomendaciones hablan de que se debe preguntar de forma directa a la mujer ante sospechas por parte del profesional, y hacer un seguimiento de la posible víctima con el fin de darle la oportunidad de contar su situación cuando se sienta cómoda.

Así, las consultas de la matrona y enfermería constituyen unos momentos con condiciones ideales para abordar el tema, ya que son momentos que se van a dar a lo largo de la vida de la mujer que requieren de una atención repetida. Algunas de las situaciones que se consideran de especial vulnerabilidad para sufrir violencia de género son el embarazo, la migración, trastornos mentales, ser residente de municipios pequeños, víctimas de trata y explotación sexual, mujeres de edad avanzada, etc. En todas esas situaciones, la matrona o enfermera intervendrá por lo menos en alguna ocasión con la mujer, por lo que es esencial que sean profesionales preparados y con actitud de búsqueda activa de casos de VG. Aprovechar todos los contactos con el sistema sanitario es esencial para reducir el riesgo de cada mujer.

De esta manera, la matrona o enfermera debería abordar ante casos de sospecha de violencia de género el tema durante la consulta. Existen preguntas facilitadoras que pueden orientar al profesional sanitario a cómo abordar el tema, pero lo importante es que cada matrona/enfermera sepa identificar el momento y manera de introducir el tema con la paciente, de manera natural. Algunos ejemplos

pueden ser:

- A veces con el embarazo aumentan los problemas de pareja, ¿cómo estáis viviendo en casa la situación? ¿te sientes apoyada por tu pareja?
- Con frecuencia, las lesiones que me enseñas suelen sufrirlas mujeres que tienen problemas con su pareja, ¿crees que puede ser tu caso? ¿ necesitas ayuda?

Cada profesional deberá buscar las preguntas y el momento ideal para abordar el tema de la manera más natural posible, aprovechando cada contacto con el sistema sanitario y en especial los contactos en los que la mujer acuda sola. Atención Primaria es un servicio ideal para detectar y acompañar casos de violencia de género, ya que es la primera puerta al sistema sanitario y la que más frecuentan las víctimas, sin embargo, cualquier lugar es una oportunidad para ayudar a estas mujeres. Sea en el lugar que sea, lo ideal es proporcionar un espacio tranquilo (que no haya gente entrando y saliendo), que garantice la confidencialidad e intimidad de la víctima y aprovechando especialmente las veces que acuda sola.

Además, también existen una serie de prácticas no recomendadas cuando se atiende a víctimas de VG. Se podrían resumir en:

- Indicar terapia de pareja: intentar entrevistar a la mujer por separado, asegurado confidencialidad. No contrastar la información facilitada por la mujer con la pareja. La terapia de pareja está contraindicada en estos casos.
- Prescribir fármacos: es muy común prescribir ansiolíticos o antidepresivos antes estas situaciones. Esta práctica no ayuda a solucionar la situación de la víctima de VG y además disminuye su capacidad de reacción.
- Infravalorar el riesgo. Pensar que infravalorar el peligro que pueda correr la víctima puede poner en riesgo su vida y la de sus hijos (que en múltiples ocasiones son también víctimas de violencia). Hay que asegurar en todo momento la seguridad de la mujer, tomando en cada caso las medidas oportunas.
- Minimizar el problema: dejar pasar el problema dando por hecho que se resolverá de manera espontánea.
- Justificar la violencia: intentar justificar la actuación del maltratador. Se debe de dejar claro que la violencia nunca es justificable y que se debe de denunciar. Dejar clara la posición de los profesionales y transmitir que es función de los mismos proteger a las víctimas de violencia.
- Considerar que no es responsabilidad como profesional: todo contacto con el sistema sanitario es una oportunidad para poder ayudar a las víctimas e VG. No desaprovechar ninguna.

Para terminar, es importante tener en cuenta que los profesionales sanitarios se van a encontrar en el ejercicio de su profesión situaciones difíciles de gestionar y dilemas éticos. Es frecuente que muchas víctimas de violencia de género no

quieren denunciar su situación y el profesional sanitario tiene que respetar su decisión, su autonomía y su derecho a la confidencialidad. De forma general, los principios éticos que deben guiar la actuación profesional son:
- Velar por la vida y el beneficio de la salud.
- Evitar perjuicios con las intervenciones, minimizando los daños.
- Confidencialidad de toda la información a la que se tiene acceso en el trabajo.
- Respetar la autonomía de las pacientes.

5 Discusión-Conclusión

- La prevención y atención de víctimas de violencia de género requiere de una implicación por parte de los organismos públicos y de una política dirigida a su prevención.
- Las matronas y enfermeras, al igual que otros colectivos de profesionales sanitarios y no sanitarios, son unos de los profesionales que con mayor frecuencia está en contacto con víctimas de violencia de género, convirtiéndose en unos de los agentes más accesibles para las mujeres.
- Los profesionales sanitarios se encuentran en múltiples ocasiones con dilemas éticos difíciles de gestionar entorno a casos o sospechas de violencia de género.
- La formación en violencia de género y perspectiva de género para todos los profesionales implicados es imprescindible para brindar a las víctimas una atención de calidad. Igualmente es básico que los profesionales mencionados reciban asesoramiento para la comunicación y manejo de las mujeres que lo sufren.
- Los profesionales sanitarios deben mantener una actitud de detección continua de casos en su trabajo diario, y deberían incluir como parte de su trabajo diario el abordaje del tema sistemáticamente, para posteriormente individualizar según las necesidades de cada paciente las intervenciones a realizar.

6 Bibliografía

1. Martínez Ortega RM. Atención y cuidados profesionales a mujeres víctimas de Violencia de género. Madrid: Fuden; 2019.
2. Baides Noriega Raquel. Violencia de Género: papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria. Enferm. glob. [Internet]. 2018 [citado 2022 Nov 30] ; 17(51): 484-508. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000300017&lng=es.
Epub 01-Jul-2018. https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.307241.

3. Terré Rull C. La matrona ante la violencia doméstica. Matronas profesión. 2018; vol1: 4-9.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, 2012.
5. Ibarrola Intxusta S. Guía para la elaboración de protocolos locales de coordinación de la actuación ante la violencia contra las mujeres. [Internet]. Pamplona; Mayo 2018. Disponible en: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/8346E44F-1C60-4850-AAC8-7934034AB5C6/419755/ProtocoloViolenciaCASTELLANOweb.pdf
6. Guía rápida de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi. 1º edición. Vitoria; Mayo 2019.
7. Emakunde, Instituto Vasco de la mujer. [Internet]. Vitoria: Gobierno Vasco. Disponible en: https://www.emakunde.euskadi.eus/inicio/.

Capítulo 6

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA RELACIONADA CON EL SUICIDIO

FÁTIMA GARCILÓPEZ RUBIO

1 Introducción

El suicidio se describe como la acción de terminar de una forma deliberada y voluntariamente con la vida propia de una persona (1). Un comportamiento suicida es definido como una actuación mediante la cual una persona puede llegar a morir (1).

Existen muchos factores predisponentes a este fin, dentro de los cuales destacan la existencia de una enfermedad mental, siendo las más comunes la depresión y la ansiedad, el consumo de drogas y alcohol, o problemas personales, sobre todo a nivel económico y de relaciones con otros (1).

Esta causa de mortalidad se encuentra en la segunda posición referida a personas cuyas edades se comprenden entre los 15 y los 19 años, un dato verdaderamente relevante e impactante. Además, haciendo una distinción por sexo, los varones tienen una tasa de suicidio completa tres veces superior a las mujeres, aunque estas duplican la tasa de intentos de suicidio (2).

El suicidio supone la causa principal de muerte entre personas adolescentes en países con ingresos moderados y bajos, en los cuales se produce hasta el 75% de muertes por suicidio respecto del total global; en países con altos ingresos se encuentra situada como la segunda causa de mortalidad dentro de la región de Europa (3). Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) existe un gran riesgo que cada vez se incrementa más de que los adolescentes sufran problemas mentales y de comportamiento (3). La mitad de los problemas mentales que se sufren durante la etapa adulta tienen su comienzo en la adolescencia (3).

2 Objetivos

· Conocer los rasgos más destacados y actuales del suicidio
· Exponer los factores que influyen de forma negativa para el individuo y suponen un incremento del riesgo de suicidio
· Identificar programas de prevención del suicidio existentes

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha realizado una extensa búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos nacionales e internacionales. También se ha utilizado el buscador de Google y Google Scholar. La búsqueda ha sido realizada en el mes de noviembre del año 2019, usando términos relacionados con el suicidio y con la salud mental. También se ha utilizado el operador boleano: AND.
Palabras clave utilizadas (DeCS/MeSH): suicide, prevention.

4 Resultados

A lo largo del año se suicidan en todo el mundo casi un millón de personas, lo cual supone una tasa de mortalidad debido a esta causa de 16 por cada 100.000 habitantes, o lo que es lo mismo, en el planeta se produce una muerte cada 40 segundos por suicidio(3).
Según datos de la OMS, el suicidio se coloca en el ranking como una de las tres primeras causas de defunción en personas de edades de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de personas de entre 10 y 24 años (3). Dentro de estas cifras no se incluyen las tentativas de suicidio, que se suceden con una frecuencia de hasta 20 veces mayor que los casos donde ocurre el suicidio consumado (3). Desde el organismo internacional, se estimó que para el año 2020 supondría un 2,4% del total de mortalidad a nivel global (3).
Tradicionalmente, las mayores tasas de suicidio se relacionan con personas con una edad avanzada y de sexo masculino (3). Sin embargo, la incidencia entre los jóvenes han ido en aumento desde hace unos años en adelante, hasta el punto de actualmente ser considerados como el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, sin hacer distinción entre el nivel de desarrollo de su población (3). Dentro de todos los factores de riesgo a los que se expone la juventud mundial, en Europa y Norteamérica predominan los trastornos mentales, mientras que en países orientales se considera de mayor importancia la conducta impulsiva (3).

La Organización Mundial de la Salud expone que el suicidio debe ser abordado desde el punto de vista de la prevención, ya que actualmente la población general no está sensibilizada con el verdadero problema que supone, además del tabú que rodea al tema (3). También apunta al abordaje del problema desde un enfoque innovador, integral y multisectorial, ampliando así la participación de otros sectores más allá del sanitario: educación, mundo laboral, justicia, religión, política, medios de comunicación… (3). El día 10 del mes de septiembre se celebra el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, dedicado a intentar concienciar del problema que supone así como fomentar medidas para su prevención (3).

El programa SUPRE, puesto en marcha por parte de la OMS en el año 1999 pretende disminuir las tasas de suicidio a través de la prevención de éste, mediante guías para orientar programas nacionales, divide la prevención del suicidio en tres niveles (4): universal, selectiva e indicada.

A nivel estatal, no existe ningún plan actualizado extendido por toda España para la prevención del suicidio (5). En 2006 se publicó una "Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud" en el que se marcan unas líneas de acción estratégicas y, en base a la información expuesta en dicho documento, se establecen una serie de objetivos y recomendaciones dentro de los recursos disponibles y competencias de las CCAA (22). A partir de aquí, han sido desarrollados por cada comunidad autónoma y de forma local diferentes programas para abordar este objetivo (5).

Las líneas estratégicas expuestas por el SNS son seis, todas ellas planteadas con unos objetivos y recomendaciones específicas (5):

- Promoción de la salud mental, prevención de las enfermedades mentales y eliminación del estigma social de las personas que padecen trastorno mental
- Atención a los trastornos mentales
- Coordinación intrainstitucional e interinstitucional
- Formación del personal sanitario
- Investigación en salud mental
- Sistemas de información y evaluación

A continuación, se exponen los factores de riesgo que más influyen sobre el riesgo de tendencia suicida, clasificados a su vez en factores sociales, de relaciones individuales de riesgo (6). A pesar de esta clasificación, es posible categorizarlos en base a otras etiologías como, por ejemplo, factores de riesgo clínicamente modificables (trastornos psiquiátricos) de aquellos que no lo son (factores hereditarios, sexo o edad) (6).

Factores de riesgo sociales. Dentro de esta categoría se agrupan aquellos relacionados con los sistemas de salud y la sociedad (6):

- Barreras para acceder a la atención de la salud: La comorbilidad hace que aumente de forma significativa el riesgo de suicidio en las personas. Los sistemas de salud varían mucho de un país a otro, así como la capacidad de acceso a ellos o la calidad y cantidad de recursos que ofrecen al demandante. A esto hay que sumarle el estigma asociado a la búsqueda de ayuda.
- Acceso a medios utilizables: La capacidad de conseguir objetos para atentar contra la vida de uno mismo es un factor relevante ya que esto o la proximidad a ellos hacen que aumente el riesgo, lo cual también dependen de contextos como la localización geográfica y la cultura de la comunidad.
- Notificación no apropiada en medios de difusión: La forma en que los medios cuentan un acontecimiento de estas características puede lograr sensacionalizar y exaltar la acción y el riesgo de imitación en personas vulnerables. Internet se ha convertido en la principal fuente para conseguir información y es capaz de contribuir a incitar estos comportamientos ya que cualquiera puede acceder de una manera rápida y sin impedimentos.

Factores de riesgo de la comunidad y las relaciones. Alrededor del mundo las diferencias culturales, religiosas, legales e históricas marcan la existencia de una gran variedad de comunidades, cada una con sus particularidades características; además, las relaciones con la familia y el grupo de amigos son capaces de influir en los comportamientos (6):

- Desastres, guerras y conflictos: Las repercusiones negativas que estas experiencias tienen sobre la población que lo ha sufrido podría influir en las tasas de suicidio.
- Estrés debido a desplazamientos y aculturación: Este repercute sobre grupos que son vulnerables. El suicidio es frecuente entre los pueblos indígenas, especialmente entre los hombres jóvenes. Esta actitud también aumenta en comunidades de nativos que atraviesan una transición, ya que el cambio y violación de sus costumbres y posesiones pueden conllevar sentimientos de depresión, aislamiento y desconfianza respecto a los nuevos servicios de salud ofrecidos.
- Discriminación: Supone una actitud negativa que puede ser continua, endémica y sistémica y puede llevar a acontecimientos como la pérdida de libertad, rechazo y estigmatización. Algunos ejemplos se pueden dar en personas encarceladas, pertenecientes al colectivo LGBT, afectadas por intimidaciones o victimización, refugiados, personas migrantes, etc.
- Traumas psicológicos o abuso: hacen que aumente el estrés emocional, desencadenando problemas mentales en personas susceptibles. En adolescentes que han sufrido malas experiencias durante la etapa infantil hay un riesgo mucho mayor.

Estos factores adversos pueden actuar de forma acumulativa y aumentar el riesgo

tanto de desarrollo de trastornos mentales como de ideación suicida.
- Sentimiento de aislamiento y de no apoyo social: Si una persona se siente desconectada de su alrededor, a menudo acompañado de sentimientos de soledad o incomprensión puede aumentar el riesgo de comportamiento suicida. La decisión drástica de suicidio ocurre normalmente como respuesta a estrés de tipo psicológico dentro de un contexto social sin apoyo. Aquellos individuos que comparten relaciones estrechas, duraderas y personales, y valores, tienen un propósito y un sentimiento de seguridad y conexión con su alrededor.
- Conflictos en relaciones, conflictos o pérdidas: Pueden ser causa de aflicción y estrés, lo cual se asocia a mayor riesgo de acción suicida. A nivel mundial, el 35% de las mujeres han experimentado violencia física o sexual por parte de un compañero íntimo o violencia sexual infligida por alguien que no era su pareja.
Factores individuales de riesgo. Los factores propios de cada persona, como la vulnerabilidad individual o la capacidad de recuperación, son capaces de repercutir en la posibilidad de que esta tenga comportamiento suicida (6):
- Intento anterior de suicidio: Es el indicador más importante del riesgo de suicidio. Pasado un año tras un intento de suicidio, el riesgo de volver a intentarlo y de defunción de forma prematura por otras causas es muy elevado. En torno al 1-6% de personas que acuden al hospital por una tentativa de suicidio pierden la vida por un suicidio consumado en los 365 días posteriores a este, aumentando el riesgo si el paciente tiene una edad elevada o intentos previos.
- Trastornos mentales: La gran mayoría de personas que se suicidan poseen enfermedades mentales, y aquellas que no están diagnosticadas presentan síntomas compatibles con éstas (7).
- Consumo de tóxicos: El alcohol es el tóxico más prevalente en cuanto a consumo de forma abusiva, este unido al uso de otras sustancias como cocaína o cannabis se relaciona con un incremento del riesgo de suicidio (7).
- Pérdidas relacionadas con el dinero o trabajo: Aumentan el riesgo de suicidio ya que usualmente van asociadas a trastornos anímicos o el abuso de sustancias como el alcohol.
- Desesperanza: Tradicionalmente se ha utilizado como marcador de riesgo de suicidio si esta va asociada a trastornos mentales o intentos previos. Estas personas manifiestan pensamientos pesimistas y negativos sobre su futuro y poseen motivación nula.
- Dolor cronificado y enfermedades físicas: Las personas que sufren dolores crónicos tienen hasta el doble y triple de comportamientos suicidas respecto a aquellas que están sanas, y las enfermedades que comúnmente cursan con discapacidad física aumentan el riesgo de suicidio.

- Orientación sexual: Algunos estudios indican unas tasas de suicidio y tentativas más elevadas en personas no heterosexuales, aumentando la incidencia en la adolescencia y adultos jóvenes. Esto podría deberse a la discriminación homófoba que sufre este colectivo, unido a sentimientos de desesperanza, aislamiento o falta de apoyo social (8).
- Antecedentes familiares de suicidio: Este hecho puede influir de forma negativa en la vida de una persona. Perder a un ser cercano de esta forma traumática puede causar sentimientos de ira, angustia, dudas y culpa entre otros. El estigma asociado puede obstaculizar la búsqueda de ayuda.
- Factores biológicos. Un ejemplo es la baja producción de serotonina en el individuo, que se relaciona con estados de ánimo bajos y otros trastornos psíquicos como la esquizofrenia.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que el suicidio supone una de las causas principales de muerte alrededor de todo el mundo, actualmente aún se tiene muy poco en cuenta la salud mental, quedando siempre en un segundo plano, y llena de prejuicios e ideas erróneas concebidas por la población general. Si bien es cierto que, cada vez son más los programas y estrategias desarrollados y centrados, sobre todo, en atajar el problema desde el punto de vista de la prevención, quedando demostrada la efectividad de las intervenciones en cuanto a promoción de la salud mental y prevención de acciones autolíticas.

Sin embargo, aún queda mucho que avanzar, ya que sería propicio la creación de un plan a nivel nacional que abarque de una manera transversal todos los ámbitos sociales capaces de intervenir, centrándose en la prevención y detección precoz de futuras posibles personas con ideaciones e intentos de suicidio. Para ser eficaz, dicha estrategia debe contar con la colaboración multisectorial más allá del Sistema Sanitario, incluyendo otros sectores tanto públicos como privados.

Es un hecho que las personas pertenecientes a minorías sexuales poseen un potencial de riesgo de exposición al suicidio más elevado, necesitando así poner un foco más concreto de atención sobre este grupo de necesidades específicas. La solución más coherente sería la intervención a una edad temprana, siendo así los profesionales de Atención Primaria una pieza clave en la prevención suicida durante la adolescencia y juventud.

Teniendo en cuenta los cientos de miles de personas que cada año deciden suicidarse, y sea cual sea el motivo que lleva a alguien a tener la idea de terminar con su vida nunca es suficiente para hacerlo, por eso, todas y cada una de las muertes

a causa del suicidio son prevenibles.

6 Bibliografía

1. Medlineplus [Internet]. [cited 2019 Dec 1]. Available from: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001554.htm

2. Shain B. Suicide and suicide attempts in adolescents. Vol. 138, Pediatrics. American Academy of Pediatrics; 2016.

3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [cited 2019 Nov 22]. Available from: https://www.who.int/

4. SESCAM. Estrategia para la Prevención del Suicidio en Castilla-La Mancha [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 11]. p. 85. Available from: https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/prevencion-del-suicidio/estrategia-para-la-prevencion-del-suicidio

5. De Sanidad M, Consumo Y, Ministerio S, Sanidad DE. Estrategia en salud mental del SNS. 2007.

6. OMS. Prevención del suicidio un imperativo global. 2014.

7. José L. Ayuso-Mateos a, b,*, Enrique Baca-Garcíac, d, Julio Bobes e JG f, F LG, , Víctor Pérezg, Pilar A. Sáiz e JSR h y GR. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en Espana. 2012;

8. SESCAM. Recomendaciones para la detección y la intervención de la conducta suicida en AP [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 3]. Available from: https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/prevencion-del-suicidio/infografias-con-recomendaciones

Capítulo 7

INTERVENCIONES REALIZADAS POR MATRONAS EN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL PUERPERAL

ANDREA MOLAS MARCOS

1 Introducción

1.1 EL PUERPERIO

Clínicamente la etapa del puerperio se define cómo el periodo de tiempo que pasa desde que se produce el alumbramiento hasta que comienza la primera menstruación tras el parto. Este periodo se caracteriza por los cambios vitales de adaptación de la mujer, el recién nacido y la familia.
La etapa del puerperio se divide en tres etapas (1)(2):

• Puerperio inmediato. Abarca las primeras 24 horas postparto.
• Puerperio clínico. Se inicia al finalizar el puerperio inmediato y acaba cuando la mujer se va de alta del hospital. Suele durar de 2 a 4 días.
• Puerperio tardío. Desde que la mujer está en casa, hasta que aparece la menstruación.

Durante esta etapa, la mujer experimenta cambios físicos y psicológicos. Físicamente, tras el parto, el cuerpo de la mujer vuelve poco a poco a su estado no gravídico y se prepara para iniciar la lactancia materna. Psicológicamente, la mujer desarrolla ciertas conductas para poder adaptarse a la nueva situación vital y poder establecer un apego seguro con el recién nacido.

En muchas ocasiones, los profesionales sanitarios centramos nuestros cuidados en la esfera física y descuidamos la esfera psicológica. No podemos olvidar que la mujer tiene la tarea psicológica de "convertirse en madre" y tal y como señaló Lebovici: "Con el nacimiento del bebé nace también la madre" (3).

1.2 LA SALUD MENTAL EN EL PUERPERIO

HISTORIA

Desde los comienzos de la historia de la psiquiatría se sabe que el nacimiento de un nuevo hijo puede conllevar problemas de salud mental. Por ejemplo, Hipócrates ya describió ocho casos de delirium acompañados de sepsis puerperal y abortos. En el año 1551 un médico portugués llamado João Rodríguez describió la melancolía puerperal (3).

Durante finales del siglo XVI y en el siglo XVII, expertos alemanes estudiaron diversos casos de infanticidio, muy prevalente en Europa durante siglos. En el año 1757 un médico inglés describió en los Proceedings of the Royal Society "obsesiones de infanticidio", un grupo de trastornos de ansiedad relacionados con partos traumáticos (3).

Más tarde, en 1774, Kirkland, médico inglés, describió el delirium en el periodo puerperal y en 1797, Osiander, obstetra alemán describió la manía puerperal (3).

Cómo observamos, los trastornos de salud mental durante el post-parto son bien conocidos a lo largo de nuestra historia. Todos estos problemas son un reto actual para los profesionales sanitarios debido a la gran complejidad que requiere su diagnóstico.

Las matronas juegan un papel fundamental en la detección de este tipo de problemas post-parto ya que son la figura de referencia de las familias en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Tras las primeras horas después del nacimiento del bebé, la matrona encargada de los cuidados puerperales es un apoyo fundamental en el establecimiento del vínculo entre madre-hijo. Puede ser la primera en observar ciertas conductas inapropiadas que indicarían riesgo de padecer algún trastorno psicológico.

En atención primaria son la primera persona que hace una valoración integral a la familia tras el alta hospitalaria, pudiendo detectar a las mujeres que presenten más riesgo de padecer estos trastornos.

1.3 PROBLEMAS DE SALUD MENTAL PUERPERAL

TRASTORNOS DEPRESIVOS

MATERNITY BLUES

La tristeza puerperal o maternity blues consiste en un problema pasajero de salud caracterizado por labilidad emocional, tristeza, fatiga, llanto fácil, insomnio y creencias de ser incapaz para la crianza. Es un estado transitorio y los síntomas suelen desaparecer después de la primera semana postparto.

DEPRESIÓN

La tristeza llega a ser depresión cuando su gravedad, frecuencia y repercusión son excesivos e interfieren en el funcionamiento psicosocial normal de la mujer. Suele coexistir con síntomas de ansiedad.

TRASTORNO DEL VÍNCULO MADRE-HIJO

Este trastorno consiste en la desaparición de los sentimientos maternales y de ternura hacia el recién nacido. También se considera un trastorno cuando aparecen pensamientos hostiles hacia el bebé.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

TRASTORNO DE PÁNICO

Son ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se restringen a una situación en particular o a un conjunto de circunstancias, y que por lo tanto son impredecibles. El trastorno de pánico en particular tiene una frecuencia de 2% entre la población general y ocurre más en mujeres que en hombres.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

El TOC suele pasar desapercibido para los demás hasta que los síntomas son tan graves que interfieren en el normal funcionamiento psicosocial de la persona. Durante el período perinatal es más difícil de diagnosticar debido a que la mujer no expresa su preocupación por sentimientos de vergüenza o fracaso ante lo que debería ser un periodo feliz y positivo.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Consiste en la sensación de angustia y malestar emocional que la mujer experimenta casi todo el tiempo. Es de naturaleza crónica y puede acompañarse de la sensación subjetiva de angustia y preocupación constante, entre otras múltiples manifestaciones somáticas.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
Se caracteriza por síntomas de evasión de recuerdos desagradables, sensación de peligro y ansiedad constantemente, así como la idea de revivir los episodios traumáticos previos. La paciente responde con temor ante experiencias desencadenantes, a veces ante estímulos aparentemente triviales, que le recuerdan las experiencias abrumadoras previas.

PSICOSIS PUERPERAL
El término psicosis se refiere al estado mental en que la paciente no puede apreciar la realidad externa de modo normal. Tiene creencias falsas persistentes o percibe sensaciones que no existen de manera externa. La psicosis puede estar presente desde antes del embarazo en mujeres que tienen una enfermedad previa, por ejemplo, la esquizofrenia.

2 Objetivos

- Analizar la figura de la matrona en los problemas de salud mental puerperal.
- Conocer qué intervenciones llevan a cabo las matronas para identificar problemas de salud mental puerperal.

3 Metodología

Para desarrollar el presente trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica y una lectura de la bibliografía más relevante y actualizada del tema. Como buscadores bibliográficos se han seleccionado las siguientes bases de datos: Pudmed, CUIDEN, CROCHRANE, DIALNET, Google Académico.

4 Resultados

INTERVENCIONES DE LA MATRONA EN SALUD MENTAL PUERPERAL

4.1 ATENCIÓN PRIMARIA

PREGUNTAS DE DESPISTAJE DE DEPRESIÓN POSRTPARTO
Éstas dos sencillas preguntas sirven para detectar a las mujeres con riesgo de padecer depresión posparto. Están incluidas en la guía NICE (National Institut for Health and Clinical Excellence) y tienen una alta sensibilidad y baja especificidad (4).

• 'Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?'

• 'Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?'

Si se responde 'sí' a ambas preguntas, se sugiere hacer una última pregunta:
• '¿Cree que este sentimiento requiere de apoyo o ayuda?'.

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO

La escala Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) es la más utilizada en EEUU y en Europa para el cribado de la depresión postparto. El cuestionario tiene 10 preguntas. Se debe tomar como punto de referencia para el diagnóstico de depresión posparto una puntuación de más de 12 puntos.
Se estima que el porcentaje de sensibilidad y especificidad ronda el 90% por lo que es el método más recomendado (4). No obstante, para confirmar el diagnóstico es necesaria la evaluación clínica por parte de un profesional de salud mental. Las matronas debemos derivar con carácter urgente a las mujeres con riesgo elevado para que sean evaluadas por un psiquiatra.

GRUPOS POSTPARTO

Se ha comprobado que la realización de grupos posparto en Atención Primaria llevados a cabo por las matronas, ofrecen el apoyo psicológico que las mujeres y sus familias necesitan durante el puerperio. Estos grupos, refuerzan la adquisición de los conocimientos y las habilidades previamente trabajadas en los grupos de preparación a la maternidad/paternidad (5).

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

Estas intervenciones están indicadas para las mujeres que tienen riesgo de padecer trastornos mentales en el puerperio y que presentan síntomas leves. Se basan en la psicoeducación que es tratar de explicar tanto a la madre como a la familia la naturaleza del trastorno, haciendo hincapié en que se trata de una enfermedad y no de un fracaso personal. Se debe de intentar fomentar las técnicas de autocuidado y ofertar las redes de apoyo a las que pueden recurrir en busca de ayuda (5).

Las psicoterapias que más se aplican son la cognitivo-conductual y la interpersonal. Esta última se centra en la transición de roles y en la adquisición de nuevas habilidades vinculadas a la maternidad. Siguiendo la psicoterapia cognitivo-conductual, destacan las intervenciones basadas en el Mindfulness (5).

FARMACOTERAPIA
Ésta intervención deberá ser llevada a cabo por el médico especialista en salud mental. Las matronas debemos saber algunos conceptos básicos en cuanto a la toma de antidepresivos y ansiolíticos durante la lactancia materna. Se deberá sopesar el riesgo/beneficio en cada caso (6).

4.2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA

En mayor medida, los síntomas que nos pueden hacer sospechar de algún trastorno mental surgen cuando la mujer ya está en casa. Por ello, las matronas de atención especializada debemos centrar las intervenciones de salud mental en la prevención de la aparición de estos trastornos.
Algunos autores afirman que realizar durante el parto buenas prácticas basadas en la reducción del dolor, el apoyo continuo por parte de la matrona, el inicio precoz de la lactancia materna y el contacto piel con piel de la madre/bebé son factores imprescindibles para prevenir los trastornos mentales durante el post-parto (7)(8).

La promoción y el apoyo a la lactancia materna (LM) es fundamental, ya que protege a la madre frente a estos problemas. Promueve procesos hormonales que atenúan los niveles de cortisol, responsable del estrés. A su vez, ayuda a la regulación de los patrones de sueño y vigilia y en la interacción madre/bebé, ayudando a establecer el vínculo materno-filial (8).

En algunas ocasiones cómo puede ser en la psicosis puerperal, podemos observar conductas o comentarios inapropiados antes del alta. Estas conductas nos deben hacer sospechar de algún trastorno de salud mental y llevar a cabo actuaciones para poder diagnosticar estos problemas lo antes posible.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos de salud mental se consideran en la actualidad un problema de salud pública.

La etapa del puerperio es un momento desencadenante para la aparición de estos problemas debido a la labilidad emocional que sufre la mujer por encontrarse en unos de los momentos más delicados de su vida.
El deber de protección y de cuidados hacia el recién nacido puede desembocar en sentimientos de culpa y de sufrimiento que junto con una falta de apoyo familiar

o de incomprensión por parte de la sociedad pueden desembocar en trastornos de salud mental puerperal.

La figura de la matrona es fundamental para prevenir, diagnosticar y tratar estos problemas cada vez más comunes en nuestra sociedad.
Durante el embarazo las mujeres acuden a la matrona con regularidad, no solo para las visitas del embarazo, también para los talleres de preparación a la maternidad.
Durante el postparto, la matrona es uno de los primeros profesionales en tener contacto con la mujer y su familia. Esto hace que se cree una relación de confianza entre profesional-paciente, facilitando la detección de síntomas de alarma para poder diagnosticar los mencionados problemas de salud mental.
Sin embargo, muchas veces las matronas nos sentimos perdidas en este ámbito debido a la falta de protocolos y de programas para la detección de trastornos de salud mental durante el puerperio.

Para poder detectar y tratar estos problemas de forma temprana, las matronas debemos de conocer las intervenciones necesarias para su prevención, diagnóstico, y tratamiento y así poder disminuir las consecuencias en la salud de la mujer y sus implicaciones en los cuidados del recién nacido.

Debemos de explorar en cada visita postparto el estado emocional de las mujeres, su apoyo familiar y social y las estrategias de afrontamiento desarrolladas para hacer frente a las situaciones de la vida diaria, valorando con ellas y sus parejas o familiares cualquier cambio emocional o en el estado de ánimo.

6 Bibliografía

1. Herráiz I, Martínez-Lara A, Sanfrutos L, Arbués J. Concepto y límites del puerperio. Mutaciones anatómicas. Clínica y asistencia al puerperio. Establecimiento y mantenimiento de la lactancia. En: Bajo JM, Melchor JC, Mercé LT, eds. Fundamentos de obstetricia. Madrid: SEGO, 2007; 377-83.

2. Limia S, Sanz Díaz M C, Pérez Martínez E, Santa Cruz Martín B, Vicente López A, Pacheco Ardila F. Puesta en marcha del informe de alta emitido por matronas en el puerperio de bajo riesgo. Matronas Prof. 2012; 13(3-4): 90-96.

3. Maldonado-Durán, J. M. (2011). Salud mental perinatal. OPS.

4. Seoane Vázquez, L. (2017). Screening de depresión posparto: papel de la ma-

trona.

5. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.

6. Becerril A, Avellana M C. Revisión bibliográfica: Depresión postparto e intervención enfermera.

7. Laviña Castán A B. Relación Depresión posparto y Prácticas del parto recomendadas en la Estrategia de atención al parto normal. NURE investigación: Revista Científica de enfermería. (2013). 63; 8.

8. Camps Marmi M. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad. (2017). 2(1), 57-85.

Capítulo 8

ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DEL COLECTIVO ENFERMERO HACIA PACIENTES SEROPOSITIVOS

ANDREA MOLAS MARCOS

1 Introducción

Si echamos la vista atrás y retrocedemos a 1981, nos encontramos con el surgimiento de una de las mayores epidemias y problemas de salud que han ocurrido en nuestro planeta, el SIDA.
Los primeros casos se situaron en California y Nueva York entre hombres homosexuales que presentaban enfermedades raras como el sarcoma de Kaposi y la Pneumonía por Pneumocystis carinii, hoy en día llamada P. Jiovecii. La tendencia de que los infectados fueran personas hemofílicas y adictos a drogas por vía parental (ADVP) aprobó la idea de que el SIDA era producido por un agente infeccioso transmitido a través de la sangre (1).

Poco después de 1982 se evidenció que la infección era producida por un retrovirus humano, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), perteneciente a la familia Retroviridae (1). Una vez dentro del organismo el virus se reproduce a gran velocidad atacando a las células linfocitarias CD4, responsables del sistema de defensa del organismo; el sistema inmunológico (2).

Cuando el virus ha logrado destruir considerablemente el sistema inmunitario decimos que hay una inmunodeficiencia y es aquí cuando aparecen ciertos signos o síntomas que en conjunto llamamos síndrome y que son característicos de

esta enfermedad; por ejemplo infecciones y canceres oportunistas (3). La infección aguda por el VIH puede durar desde semanas hasta años, convirtiéndose en un contagio asintomático. Durante este periodo de latencia, la persona puede transmitir el virus a otras personas, ya que no sospechan que sean portadoras (2), por ello es muy importante reforzar los planes de prevención y promoción de la salud en torno a la enfermedad.

Dada la magnitud del problema, el SIDA ha supuesto una prioridad en las políticas internacionales, que llevan más de treinta años luchando contra la enfermedad. Así, en el año 2001 se firmó la Declaración sobre SIDA en una sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA). A partir de esta fecha y gracias a los compromisos políticos y económicos, los progresos obtenidos en los últimos diez años han sido extraordinarios. Esto se ve reflejado en una disminución de las cifras de incidencia y prevalencia, y de mortalidad asociada a la infección por el VIH (4).

Los logros obtenidos han supuesto un punto de inflexión en la lucha contra la enfermedad, pero no se consideran suficientes, por ello la Declaración Política sobre el SIDA adoptada en junio de 2011 por la Asamblea General de las Naciones Unidas fijó metas más ambiciosas, relacionadas con los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio (4).

A raíz de la Declaración de ONUSIDA la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO) presentó la "WHO Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS" para 2011-2015 (5), estrategia que está relacionada con la desplegada por ONUSIDA llamada "Llegar a Cero" cuyo objetivo es llegar a cero nuevas infecciones, a cero muertes relacionadas con el SIDA y a cero discriminación, apoyándose en las siguientes direcciones estratégicas: revolucionar la prevención del VIH, impulsar la próxima fase de tratamiento, atención y apoyo, y fomentar el respeto de los derechos humanos y la igualdad de género en respuesta al VIH (4).

Como consecuencia de los nuevos planes de intervención y prevención llevados a cabo por los gobiernos y en conjunto con el éxito de los nuevos tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA) se ha conseguido reducir de manera espectacular la incidencia de casos con VIH y la tasa de mortalidad por la enfermedad, que ha pasado de constituir una afección aguda y terminal, a adquirir prácticamente las características de un proceso crónico (7, 8).

Los/as profesionales de la salud desempeñan un importante papel en esta epidemia, ya que su labor es intentar ayudar a las personas a recobrar el bienestar

biopsicosocial, mejorando su calidad de vida y cuidando de esta desde una perspectiva humanista, es decir, preocupándose por el ser humano desde un punto de vista holístico integral (1).

Por ello el colectivo enfermero debe luchar constantemente contra el estigma y la discriminación que sufren las personas con VIH. El papel que desempeñan es muy importante, no solo por ser quienes deben brindar cuidados de calidad, sino por la transcendencia que tiene su opinión y actitud a la hora de dar información para reducir el riesgo y evitar la marginación social de las personas que presentan la enfermedad (9).

Este trabajo se centra en dos conceptos indispensables en el rol del profesional, las actitudes y los conocimientos.
La actitud es una variable entendida como la tendencia a responder de la misma forma, ya sea favorable o no con relación a un objetivo o situación dada. Las actitudes de estigmatización hacia el VIH/SIDA provienen de dos fuentes principales; la primera es el temor a la transmisión, y la segunda son las suposiciones negativas relacionadas con los valores acerca de las personas que viven con el VIH (6, 10).

Los conocimientos sobre el SIDA pueden influir en las actitudes de las personas con relación a la infección por el virus y con relación a las personas diagnosticadas (11). Estos conocimientos son considerados como un factor de protección frente a la infección e incluyen las diferentes ideas erróneas sobre la infección, las vías de transmisión del VIH y las formas de prevención del mismo (12).

2 Objetivos

Objetivo General

- Conocer las actitudes y los conocimientos que tiene el colectivo enfermero hacia los pacientes con VIH/SIDA seropositivos en el abordaje multidisciplinar que conlleva la práctica clínica.

Objetivos Específicos

- Identificar si ha disminuido el estigma por parte del colectivo enfermero hacia los pacientes seropositivos.
- Estudiar si los conocimientos en torno al tema SIDA, condicionan las actitudes hacia los pacientes seropositivos.

3 Metodología

Métodos de búsqueda:
La búsqueda literaria se realizó en las principales bases de datos nacionales e internacionales cuya estrategia de búsqueda se detalla a continuación.
Las palabras claves que se utilizaron fueron: actitudes/attitudes, conocimientos/knowledge, enfermería/nursing, SIDA/AIDS, VIH/HIV, seropositivo/seropositive y estigma/stigma.

Criterios de inclusión y de exclusión:
En esta revisión se incluyen artículos que tratan tanto de estudiantes de enfermería como de profesionales, por ello nos referimos a colectivo enfermero. La búsqueda se limitó a los estudios publicados en inglés y castellano.

Tras la lectura de los títulos y los resúmenes convenientes han sido excluidos los artículos que no tienen relación con las actitudes y conocimientos del colectivo enfermero hacia pacientes seropositivos, como por ejemplo los relacionados con médicos, dentistas y otros profesionales.

La presente revisión bibliográfica se centró en las siguientes bases de datos:

- Dialnet Plus: (Attitudes) AND (knowledge) AND (nursing) AND (HIV) AND (seropositive).

- Medline: (Attitudes) AND (knowledge) AND (nursing) and (HIV). Obteniendo 518 artículos. Se añadió ("treatment of patients"). Reduciendo la búsqueda a 63 artículos. Se incluyeron los limitadores (free full tex) y (humans). Quedando 16 artículos, de los cuales 2 han sido incluidos en la revisión.

- Cochrane: (Attitudes) AND (knowledge) AND (nursing) AND (HIV). Obteniendo 1 artículo que no se encuentra en línea.

- Plinio: (Attitudes) AND (knowledge) AND (nursing) AND (HIV) AND (AIDS) AND (ser(opositive). Texto completo en línea. Se encontraron 1.096 resultados. Al añadir (Attitudes) OR (knowledge) OR (nursing) se redujo la búsqueda a 1 articulo, que ha sido incluido en la revisión.

- Google académico: Tras buscar en todas las bases de datos anteriores se recurrió a Google académico, donde además de buscar documentos, se consultaron páginas web oficiales de gran interés como la de GeSIDA: http://www.gesida-seimc.org/;

la de Infosida: http://www.infosida.es/
y la de la OMS: http://www.who.int/es/.
Esta búsqueda se realizó el 8 de Enero de 2016.

Los criterios de búsqueda en Google académico fueron:
- (Actitudes) AND (conocimientos) AND (enfermería) AND (VIH) AND (SIDA) AND (seropositivo) AND (estigma) + (actitudes OR conocimientos). Se obtuvieron 340 artículos, de los cuales 10 fueron incluidos en la revisión.

4 Resultados

Resultados en torno a las actitudes

Arroyo Ruíz LM (21) establece en su revisión que las actitudes en torno al SIDA y al cuidado de pacientes seropositivos han mejorado durante los últimos años. Ha aumentado la empatía, los conocimientos y actitudes en torno al sexo, la educación y las experiencias de cuidado hacia estos pacientes. Sin embargo, no es suficiente, ya que siguen existiendo algunas actitudes negativas como impotencia, fatiga, tensión física, rabia y frustración. Además, podemos observar que los mitos y las creencias erróneas que rodean al SIDA siguen estando presentes en un gran número de enfermeros/as.

En esta misma línea se encuentra la revisión que realizó Conejeros I et al (20) donde concluyó que los profesionales de enfermería tenían actitudes positivas en cuanto a estigma social, educación, consejería, miedo al contagio y cuidado directo. No obstante los estudiantes se sentían más incómodos al atender y sobre todo al realizar procedimientos invasivos a los pacientes seropositivos.

Por otra parte Uribe AF et al (9) observaron en su estudio que se siguen manteniendo temores y actitudes negativas como prejuicios y discriminación en los profesionales de la salud, asociados al contacto con personas seropositivas. Esto se manifiesta en el porcentaje de algunos de los ítems empleados en sus escalas como por ejemplo en el 26,5% que afirmó sentirse incómodo usando el mismo baño y vestuario que un seropositivo. A un 82,4% les preocupa contraer el virus, lo que puede funcionar como un factor de protección. Establecieron que es fundamental un trabajo de coherencia entre la vida personal y profesional, sobre todo en la reflexión sobre vulnerabilidad percibida, conductas de riesgo y de protección y el establecimiento de estrategias de autocuidado.

En el estudio de Arana Ramírez Y et al (3) el 81,7% tuvo una actitud positiva

frente a estos pacientes. A pesar de que no poseían los conocimientos adecuados, los profesionales se mostraron tolerantes y con apenas actitudes de rechazo y temor. Esto nos indica que al asociar las actitudes con los conocimientos, la actitud sigue siendo positiva sean los conocimientos adecuados o inadecuados. Los resultados del estudio se diferencian del realizado en España por Merino Godoy A (26), donde una gran proporción de profesionales manifestaron rechazo y temor en relación al paciente seropositivo, asociado a la poca capacitación de los encuestados.

Por otra parte encontramos que Tomás Sábado J et al (7) sigue la línea de Arana Ramírez Y et al (3) al concluir que el aumento de conocimientos no parece tener un reflejo suficiente en los cambios de actitud. Observaron que aún hay un grado considerable de actitudes defensivas y prejuiciosas. En su estudio, los estudiantes tenían una actitud más positiva que los profesionales. Solo en los ítems 8 y 12 de la EASE los profesionales puntuaron más alto, ya que estos se relacionan con el ámbito hospitalario, donde los profesionales tienen más competencias.

En la experiencia pedagógica realizada por Fernández Donaire L et al (24) se encontró un aumento significativo de las puntuaciones de la EASE en los estudiantes que participaron en el programa docente, es decir, se modificó positivamente la actitud hacia el VIH/SIDA.

Las enfermeras Chinas según Chen W-T et al (16) expresaron frustración e insatisfacción en el trabajo con pacientes seropositivos, ya que al tener conocimientos y formación insuficiente en enfermedades infecciosas solo pueden proporcionar cuidado físico, dejando a un lado la atención psicosocial. En el estudio de Bacchus Cornelius J et al (22) las estudiantes Afroamericanas tenían actitudes negativas hacia los pacientes homosexuales y los CDI, también una alta percepción de riesgo en torno a la exposición. Cabe destacar que los estudiantes de mayor edad tenían más actitudes discriminatorias que los jóvenes.

Desde la perspectiva de los pacientes encontramos que un 63,3% del estudio llevado a cabo por Domenech Portilla D et al (19) consideraron que la atención recibida por parte del personal de enfermería fue muy satisfactoria. Aun así, pudieron afirmar que los profesionales no aplican eficazmente los procesos de atención dirigidos a satisfacer las necesidades de preocupación, claridad al hablar de la enfermedad, satisfacción y temores. Esto evidencia un desapego en la atención de las necesidades psicológicas de los pacientes con VIH. De la misma manera, en el estudio de Alarcón Rivas HA (18) los pacientes atribuyen un nivel regular a los profesionales de enfermería. Manifiestan que el cuidado se centra en

la enfermedad y en los cuidados meramente físicos, obviando las esferas social-familiar, psicológica y espiritual. El paciente no recibe la ayuda para conseguir la aceptación y la adaptación en la sociedad.

Pérez N (23) divide las actitudes en tres variables: aceptación de expresiones y de sentimientos positivos; sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás; y ecuanimidad de un cuidado consciente. Encontramos que en todas ellas la calificación es de media alta, pero sin embargo sigue habiendo una tendencia a actitudes discriminatorias.

Resultados en torno a los conocimientos

Las revisiones bibliográficas más antiguas (17, 20) muestran que los conocimientos han aumentado a lo largo del tiempo, pero aun así una gran cantidad de profesionales observan déficits en su formación académica. Mockiené V et al (17) observó que muchas de las enfermeras no conocían aspectos básicos sobre el SIDA y aseguraron sentirse incómodas a la hora de brindar cuidados a los pacientes seropositivos. En su revisión pudo concluir que las intervenciones educativas son de gran utilidad para erradicar el miedo y las creencias erróneas en torno al SIDA. A su vez Conejeros I et al (20) nos muestra que a nivel mundial existen conocimientos adecuados sobre el SIDA, sobre todo en lo relacionado a la vía y mecanismo de transmisión y a las principales conductas de riesgo. Sin embargo, afirma que las creencias erróneas en torno a la enfermedad siguen estando a la orden del día.

La revisión más actual realizada por Arroyo Ruiz LM (21) afirmó que un gran número de estudiantes presenta conocimientos deficientes sobre la enfermedad y que los profesionales encuentran déficits en su formación.

En lo relacionado a los estudiantes, Pérez N (23) comprobó que un alto porcentaje de estudiantes poseía un buen nivel de conocimientos sobre definición y modo de contagio, pero aunque en la mayoría los conocimientos eran adecuados, un 31,7% presento conocimientos medios y uno de cada siete estudiantes obtuvo conocimientos bajos sobre la enfermedad. Observó que las actividades de riesgo siguen presentes, ya que un 52% afirmó usar el preservativo solo algunas veces. Esto se diferencia del estudio realizado por Dávila María E et al (25) donde los estudiantes presentaron conocimientos deficientes sobre la enfermedad y su modo de transmisión. El 40% de la muestra presentó un conocimiento regular sobre el SIDA y un 96% contesto correctamente a los ítems sobre las generalidades.

Uribe AF et al (9) afirma que los conocimientos de los profesionales de la salud con correctos en lo relacionado a la prevención y formas de transmisión e infección, pero sostiene que aún existen conceptos erróneos sobre algunos factores de riesgo. Por otra parte, Arana Ramírez Y et al (3) comprobó en su estudio que un 23,3% de la muestra presentaba buenos conocimientos frente al 76,7% que obtuvieron conocimientos deficientes.

Vargas González GF (1) sigue la línea de Arana Ramírez Y et al (3), ya que comprobó que un 63% de la muestra no contaba con la preparación suficiente para trabajar con este tipo de pacientes, ya que no poseían conocimientos amplios sobre la patología y los factores de riesgo. Observó que pese al conocimiento de la existencia de guías y protocolos, estos profesionales no las implementaban.
En el estudio llevado a cabo en China por Chen W-T et al (16) la mayoría de las enfermeras fueron capaces de identificar correctamente las posibles fuentes de infección por VIH.
Sin embargo muchas de ellas demostraron tener conocimientos inadecuados sobre las vías de transmisión. Debido a las limitaciones de la cultura china conservadora, la mayoría no tiene la formación adecuada en lo relacionado con la salud reproductiva e infecciosa. Por ello, proponen la integración de programas continuos de educación para actualizar los conocimientos relacionados con el VIH y las medidas universales de prevención.

Luzia Leite J et al (15) divide en tres categorías su modelo de cuidado al paciente seropositivo:
1ª) Cuidado al portador enfocado en lo profesional, que se fundamenta en la educación de los profesionales de enfermería.
2ª) Cuidado al portador enfocado al SIDA, en lo referente a los conocimientos acerca de los avances y las implicaciones de la enfermedad, en los aspectos relacionados con la TAR y su adhesión.
3ª) Cuidado al portador enfocado en el paciente, donde le dan suma importancia a la humanización de la asistencia.
Este estudio favorece la reflexión acerca del cuidado prestado a los pacientes seropositivos, la importancia de la competencia técnico-científica y política, y la postura ética y critico-reflexiva del profesional de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

En la presente revisión se examinó si los conocimientos y las actitudes manifestadas por profesionales y estudiantes de enfermería hacia pacientes seropositivos

son los idóneos y correctos para poder brindar al paciente una atención de calidad.

Esta revisión se basa en los datos y porcentajes que hemos obtenido de los estudios, para poder considerar si las actitudes juegan en la enfermería el papel decisivo para alcanzar la excelencia de los cuidados. A la vez, reflexionamos sobre si los conocimientos de las enfermeras/os y estudiantes son los adecuados, o si en cambio, las instituciones docentes deberían de replantear sus modelos educativos y/o proporcionar nuevas intervenciones en torno al SIDA.

En general se observa que el grado de conocimientos en torno a las generalidades de la enfermedad es bueno y ha aumentado en los últimos años. Aun así, se encuentran lagunas sobre aspectos importantes, como son vías y mecanismos de transmisión del VIH.

Se evidencia que los profesionales de enfermería tienen unos conocimientos más amplios y consolidados que los estudiantes. Esto puede deberse a que la práctica y la experiencia en el mundo laboral hacen que el profesional se interese por aumentar y refrescar sus nociones en torno al tema. No obstante, una cantidad considerable de profesionales encuentra déficits en su formación.

Los estudiantes conocen los aspectos corrientes de la enfermedad, pero, bien por no invertir demasiado tiempo o por no adquirir las suficientes competencias en la enseñanza, muchos no conocen los aspectos más específicos del VIH y del cuidado hacia los pacientes seropositivos.

La mayoría de los estudios incluidos plantean la importancia de instaurar intervenciones educativas nuevas e innovadoras, para poder así aumentar y actualizar los conocimientos.
Para los estudiantes, sería conveniente mejorar el plan de estudios y realizar talleres o seminarios con el objetivo de manejar o simular casos reales identificando así conductas, ideas y experiencias que aumenten su seguridad y confianza a la hora de tratar y cuidar a estos pacientes.
Los profesionales deben de enfatizar en su autoformación y actualizar sus conocimientos periódicamente para mejorar y alcanzar una atención integral al paciente y su entorno.

Es fundamental la detección precoz y el papel de la educación sanitaria. Detectando tempranamente a los afectados por el VIH, mejoraremos su calidad de vida y evitaremos que otras personas se contagien al reducir el riesgo de

transmisión de forma inconsciente. Por otro lado, el papel de la enfermería en la educación sanitaria es primordial para vencer la epidemia. Debemos reconocer posibles síntomas, y recomendar la realización del test del VIH. También es importante mantener una relación de confianza con el paciente para abordar la salud de un modo más eficaz.

Generalmente las actitudes del colectivo enfermero han mejorado con el paso de los años. Aun así, muchos de los estudios muestran que se siguen manteniendo actitudes negativas en torno al SIDA y al paciente seropositivo. Los prejuicios y la discriminación hacia estas personas, basados en mitos o creencias erróneas, condicionan la disposición a ofrecerles cuidados de calidad.

No se puede afirmar con claridad si el grado de conocimientos de una persona en relación al SIDA tiende a condicionar su actitud frente a los pacientes y la enfermedad. Se observa que los conocimientos no condicionan la actitud de estudiantes y profesionales a la hora de tratar con pacientes seropositivos, pero a su vez otros estudios nos muestran lo contrario. Este hecho se puede explicar a través de la misma definición de actitud, que es "la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las labores" (31). Por lo tanto podemos alegar que hay tantos comportamientos, como personas en el mundo, y estos comportamientos pueden cambiar o no según el nivel de conocimientos de una persona.

A menudo la atención se centra meramente en los cuidados y procedimientos físicos, dejando a un lado otras dimensiones, que son iguales o más importantes. El colectivo enfermero es prácticamente quien tiene más contacto directo con estos pacientes. Por esta razón, no debemos olvidar que las personas seropositivas o con SIDA tienen una enfermedad por ahora incurable, y por lo tanto los cuidados deben proporcionarse desde una perspectiva biopsicosocial.

6 Bibliografía

1. Vargas González GF. Universidad católica de Santiago de Guayaquil. Rol de la enfermera en el cuidado de los pacientes del programa nacional contra el VIH/SIDA en el hospital "Doctor Vicente Pino Moran" del cantón daule. 2014
Disponible en: http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/3085/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-130.pdf
2. Biblioteca Nacional de Medicina. NIH. SIDA.
Disponible en: https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/

000594.htm
3. Arana Ramírez Y, Corredor Angarita PA, Ramos Domínguez TM, Vallejo Cedra AP, Vásquez Badillo ML. Conocimientos y actitudes de las enfermeras y auxiliares de enfermería relacionado con el cuidado brindado a pacientes con VIH/SIDA. [Trabajo fin de licenciatura]. 2010: 1-129.
Disponible en: http://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/5252
4. Sanidad MDE, Igualdad SSE. Sanidad 2015 ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Plan estratégico de prevención y control de la infección por el VIH y otras ITS. Madrid; 2016.
Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013_2016.pdf
5. OMS: Organización Mundial de la Salud. Francia: OMS; WHO 2011. Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011-2015.
Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44606/1/9789241501651_eng.pdf
6. ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida. Suiza: ONUSIDA. Llegar a Cero: Estrategia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (ONUSIDA) para 2011-2015.
Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_es.pdf
7. Tomás Sábado J, Aradilla Herrero A. Actitud ante el sida en enfermería. Un análisis de las diferencias entre estudiantes y profesionales. RechearchGate. 2006; (6).
Disponible en: http://www.agoradenfermeria.eu/CAST/num006/recerca01.html
8. Kawonza L. Raising awareness of HIV for World AIDS Day. Nurs Times. 2003; 99(48): 28-9.

9. Uribe AF, Orcasita LT. Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente a VIH/SIDA en profesionales de la salud. Av. Enferm. 2011; 29(2): 271-284.

10. Fishbein M, Ajzen I. Belief attitude intention and behavior. An introduction to theory and research. Reading (MA): Adison-Wesley; 1975.
Disponible en: http://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html
11. Bermúdez MP, Telva I. Situación actual del sida en España: análisis de las diferencias entre comunidades autónomas. Rev. Int. Psicol. Clín. Salud. 2004; 4:553-570.
Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-124.pdf

12. Cabrera S, Savio E. Actualizaciones clínico-terapéuticas en infección por el VIH- parte I. Durabilidad del tratamiento antirretroviral (TARV) en pacientes naive. Rev. Panam. Infectol. 2007; 9(1): 38-49.

13. ONUSIDA. Estadísticas globales de 2014. 2015; 0-3.
Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150714_FS_MDG6_Report_es.pdf
14. Merino Godoy Á. Actitudes y conocimientos de profesionales de Enfermería sobre el paciente VIH+/SIDA. Unidad de Infecciosos. Nure Investigación. 2004; 6: 1-6.
Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/original6.pdf
15. Luzia Leite J, Carvalho-Dantas F, Carvalho-Dantas C, Lorenzini-Erdmann A, Soares de Lima SB, Oliveira-Barros P. Delineando un modelo de cuidado a partir del análisis sistemático de la actividad diaria del enfermero en un hospital universitario de Rio de Janeiro. Aquich.2010;10(2): 146-56.

16. Chen W-T, Han M. Knowledge, attitudes, perceived vulnerability of Chinese nurses and their preferences for caring for HIV-positive individuals: a cross-sectional survey. Science Research. 2010;19(21-22):3227-3234.

17. Mockiené V, Suominen T, Välimäki M. Impact of intervention programs on nurses, knowledge, attitudes, and willingness to take care of patients with human immunodeficiency virus/ acquired immunodeficiencysyndrome: a descriptive review. Med (Kaunas).2010;46(3):159-68.

18. Alarcón Rivas HA. Cuidado integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el hospital nacional dos de mayo. [Trabajo fin de grado]. 2012 p. 1-80.
Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/326/1/Alarcon_ha.pdf
19. Domenech Portilla D, Viteri Maulme V. Percepción de la atención de enfermería desde la óptica de los pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida atendido en el hospital de infectología Dr. "Daniel Rodríguez Maridueña" de la ciudad de Guayaquil. [Trabajo fin de grado]. 2013 p.1-95.

20. Conejeros I, Emig H, Ferrer L, Cabieses B, Cianelli R. Conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeros y estudiantes de enfermería hacia VIH/SIDA. Invest Educ Enferm. 2010; 28(3): 345-54.

21. Arrollo Ruíz LM. Conocimientos y actitudes de profesionales y estudiantes de enfermería sobre el paciente con VIH/Sida. Rev Mult del SIDA. 2014; 1(2):25-41.

22. Bacchus Cornelius J. HIV-Related Knowledge, Attitudes, and Perceived Risk of Exposure of African-American Nursing Students from a High Prevalence AIDS Area. Journal of Multicultural Nursing & Health. 2006;12(1):41-50.

23. Pérez N. Conocimientos y actitudes de los estudiantes de enfermería para el abordaje de las personas VIH/SIDA seropositivas. Ciencia y cuidados. 2014;11(2):7-18.

24. Fernández Donaire L, Fernández Narváez P, Tomas-Sábado J. Modificación de actitudes ante el Sida en estudiantes de enfermería. Resultados de una experiencia pedagógica. Educ Med. 2006;9(2):84-90.

25. Dávila María E, Gil M, Tagliaferro Zulay A. Conocimiento de los estudiantes de enfermería sobre VIH/SIDA. La Revista de Enfermería y Otras Ciencias de la Salud. Salud, arte y cuidado. 2011;4(2):4-12.

26. Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: McGRAW-HILL; 1994.

27. Watson J. Ponencia del primer Congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. Revista Actualizaciones en Enfermería. 2007; 10(4): 15-21.

28. Bermejo Higuera JC, Carabias Maza R, Villacieros Durbán M, Moreno Lorite C. Humanización de la Atención Sanitaria. Importancia y significado en una muestra de población de la Comunidad de Madrid. Ética de los Cuidados. 2011; 4(8). Disponible en: http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/Investigacion/Humanizacion_de_la_Atencion_Sanitaria.pdf

29. López-Rosales F, Moral-de la Rubia J. Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. Salud Pública Mex 2001;43:421-432.

30. Uribe AF, Orcasita LT. Análisis de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficiencia frente al VIH/Sida en docentes de instituciones educativas de Cali-Colombia. Revista de Psicología Universidad de Antioquia. 2011; 3(1): 39-57.

31. Wikipedia; 2001 [actualizado 4 Mar 2016].
Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Actitud

Capítulo 9

DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

LUCÍA GARCÍA PÉREZ

1 Introducción

Según la Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y la Negligencia Infantil, el Maltrato infantil se describe como cualquier acto o descuido que traumatice o pueda llegar a hacerlo de manera significativa en un niño y pueda llegar a repercutir en su desarrollo social o emocional.

Atención Primaria y en especial Enfermería son la primera línea para detectar casos de maltrato infantil y participar en una intervención de protección al menor y poder realizar las medidas preventivas oportunas.

El maltrato infantil es un problema de gran magnitud en cuanto a las repercusiones y consecuencias que puede ocasionar tanto individual como colectivamente.

Los causantes son en un porcentaje muy alto personas que se incluyen dentro den ámbito familiar. La atención comunitaria en este caso tiene un papel fundamental debido a que es el único servicio que tiene un acercamiento generalizado y normalizado con los familiares en la principal etapa en la que el menor se encuentra en una fase de debilidad y fragilidad.

La detección del maltrato infantil es fundamental tanto para la prevención como erradicación del mismo y aunque ninguna situación de maltrato sigue el mismo

esquema, podemos identificar ciertos indicadores o señales tanto el padres como en el menos que nos ayudan a confirmar esta terrible situación.

Por esta razón el equipo de enfermería debe de reconocer este tipo de señales para poder actuar de manera correcta y poder atajar la situación cuanto antes.

En España, la edad en la que se detecta por primera vez un maltrato son los 6 años, siendo mayor la tasa en las niñas y constituyendo un total del 57% de los casos. Siendo los padres los protagonistas de estas situaciones en un 98%.

Hay numerosos tipos de maltrato y aunque el físico se considere de manera popular el más común, según numerosas estadísticas está situado el último.

La negligencia representa un 86,4 % del total de maltratos siendo el abuso sexual el segundo tipo más recurrente.

Tanto los tipos de maltratos nombrados anteriormente como los que se van a detallar en profundidad en este capítulo, conllevan a múltiples trastornos tanto emocionales como conductas de carácter delictivo que pueden llegar a crear una predisposición al consumo de drogas y a tener tendencias suicidas.

2 Objetivos

1- Diferenciar los tipos de maltrato infantil y sus posibles indicadores para poder detectarlos.

2- Identificar los indicadores físicos de maltrato infantil así como reconocer los comportamientos o actitudes que pueden definir los padres del niño maltratado.

3 Metodología

Para la creación del este capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversas fuentes de datos como:

- Revistas especializadas además de ensayos clínicos que se complementan con la asistencia a cursos formativos.
- Bases de datos en las cuales los motores de búsqueda han sido: Dialnet y Google Académico

4 Resultados

Como ya describimos anteriormente, el maltrato infantil es cualquier acto o traro negligente hacia un menos que llega a originar una interferencia en su correcto desarrollo. Pues bien, a continuación describiremos los deferentes tipos y algunas de sus manifestaciones en el menor que nos puede ayudar para su detección.

1- Maltrato físico Cualquier acto realizado de manera voluntaria que provoque lesiones. Como indicadores presentes en el menor destacamos:

• Quemaduras y escaldaduras
• Lesiones dentales
• Alopecia traumática
• Lesiones osteo-articulares
• Mordeduras
• Lesiones oculares torácicas u óticas

2- Abuso sexual Cualquier acto en el cual un adulto utiliza a un menor como objeto con el fin de que se lleve a cabo una conducta de carácter sexual. Manifestaciones:
• Dificultad para andar o sentarse
• Ropa interior ensangrentada
• ETS no adquiridas por vía perinatal
• Lesiones anales o genitales recientes
• Hematomas por succión en mamas y cuello

3- Negligencia Descuido de forma intencionada en un acto el cual es necesario para garantizar un buen desarrollo físico y psicológico del menor. Algunas señales que lo evidencian son:
• Mala alimentación que conlleva a trastornos alimenticios
• Falta de higiene en el hogar
• Mal aseo
• Negligencia en cuidado médico
• Nulo cuidado odontológico

4- Abandono emocional Cualquier acción verbal o no verbal al igual que cualquier actitud que ocasiones en el menor una reacción de ansiedad, temor y múltiples daños psicológicos.

• Retraso en el desarrollo psicomotor
• Problemas en el lenguaje
• Retraso crecimiento madurativo

5- Maltrato perinatal Se define como cualquier acto premeditado realizado por la madre o cualquier persona del entorno familiar que influya de manera negativa en el embarazo y que afectan al desarrollo del feto.
6- Síndrome de Münchausen Se define como una enfermedad en la cual la madre, en la gran parte de los casos, se inventa una serie de síntomas de origen orgánico o psicológico de síntomas totalmente falsos que provocan que los menores se sometan a numerosas pruebas médicas tanto invasivas como no invasivas totalmente innecesarias que como consecuencias pueden agravar enfermedades o síntomas en los niños

Si bien el menor es el escenario clave para la detección del maltrato, también podemos analizar una serie de indicadores en los padres que nos pueden llevar a sospechar y analizar la situación dentro de los diferentes tipos de maltrato infantil descritos anteriormente y actuar de la manera más rápida y eficaz posible.

1- Maltrato físico:
• Intenta ocultar lesiones
• Es alcohólico, drogadicto o psicópata
• Ha sufrido malos tratos en su infancia
• Culpa a otros de las lesiones
• Antecedentes de malos tratos previos
2- Abuso sexual:
• Quema al niño en zonas genitales
• Desmiente y niega en todo momento lo relacionado con el abuso
• Madre sumisa pasiva
• Habitualmente es el padre
• Extremadamente protector y celoso

3- Negligencia:
• Exceso de vida social
• Nunca cumple los tratamientos pautados al niño
• Exceso de vida social
• Falta de supervisión
• No se preocupa por las enfermedades del menor

4- Abandono emocional:
• Diferencia en el trato entre hermanos
• Afecto nulo
• No deja que el niño interaccione
• No hace caso al niño
• Intenta y menosprecia constantemente al niño
• No tiene consideración por los problemas

5 Discusión-Conclusión

Siendo claro que los profesionales sanitarios tienen un papel privilegiado en cuanto a una prevención y detección temprana del maltrato infantil el problema global al que nos enfrentamos es la ausencia de protocolos y las pautas de actuación que se deben de llevar a cabo.

El maltrato infantil es un problema a nivel global el cual llega a provocar en el menor multitud de problemas psíquicos y sociales por lo que es fundamental atajarlo cuanto antes.

Una buena relación y comunicación entre los servicios sociales y enfermería llega a garantizar en un porcentaje muy alto la solución del problema.

La buena comunicación y apoyo en estos casos ayuda a que las secuelas psicológicas puedan reducirse a corto plazo aunque desgraciadamente acaben siendo en la mayoría de los caso a largo plazo.

Para lograr conseguir un método de detección que resulte efectivo, la enfermería debe seguir trabajando y luchando para la creación de protocolos, charlas de prevención y logrando conciencias a la población para evitar y poder actuar frente a situaciones de maltrato infantil.

6 Bibliografía

• Gonzalvo, G. O. (2002). Indicadores de maltrato infantil. Guías clínicas de España, 2, 44.
• Soriano Faura, F. J. (2009). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. Pediatría Atención Primaria, 11(41), 121-144.

• Cabrera, C. L. P., Cruz, G. P., & Reyes, L. D. L. C. C. (2017). Maltrato infantil y la atención en el nivel primario de salud. Humanidades Médicas, 17(2), 415-435
• Soriano Faura, F. J. (2009). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. Pediatría Atención Primaria, 11(41), 121-144.
• Faura, F. J. S. (2001). Prevención y detección del maltrato infantil. PREVENCIÓN.
• Mouesca, J. P. (2015). Prevención del maltrato infantil: función del pediatra: 1ra parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. Archivos argentinos de pediatría, 113(6), 558-567.

Capítulo 10

LARINGITIS AGUDA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

ROCÍO PALACIO ALONSO

1 Introducción

La laringitis es una enfermedad respiratoria aguda, en la que se produce una inflamación de la laringe, que es la parte inferior de la garganta donde se encuentran las cuerdas vocales. Está caracterizado por: ronquera, tos disfónica y estridor inspiratorio, con o sin dificultad respiratoria. La mayoría son producidas por virus respiratorios. Afecta generalmente a niños de entre 6 meses y 6 años. Es más frecuente durante el otoño y el invierno.

Cuando empiezan a aparecer los primeros síntomas de la enfermedad, suele manifestarse como un catarro de vías altas o resfriado común que puede estar asociado habitualmente a fiebre de temperatura variable (entre 38 – 40ºC).
La relación de síntomas característicos es: tos seca fuerte parecida al ladrido de un perro (conocida como tos perruna) y ronquera o incluso afonía (se produce una pérdida de la voz).
Dependiendo del grado de inflamación en las cuerdas vocales, puede apreciarse un ruido ronco agudo al respirar. Se denomina estridor y es más frecuente cuando el niño inspira. Este ruido aumenta cuando el niño se agita, llora o están más activos.

Cuando la inflamación de la laringe dificulta la correcta entrada de aire, provoca dificultad para respirar. Aparece una respiración rápida (taquipnea), en la que se le marcan las costillas al respirar o se le hunde el pecho (tiraje).

Pueden diferenciarse tres tipos de laringitis aguda o croup:
- Laringitis leve: sus síntomas son la tos perruna, ronquera o afonía y puede presentar estridor cuando tose, llora o se agita.
- Laringitis moderada: se caracteriza por tos perruna, ronquera, estridor en reposo y dificultad para respirar.
- Laringitis grave: igual que la moderada, pero aumenta mucho la dificultad para respirar y puede presentar coloración azulado alrededor de la boca cuando se agita.

2 Objetivos

Dar a conocer e identificar los signos y síntomas de la laringitis aguda así como su gravedad.
Informar a los padres sobre los signos de alarma.

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

4 Resultados

Habitualmente la laringitis aguda normalmente se trata de un proceso benigno y que por lo tanto, no requiere de otras medidas terapéuticas aparte de antiinflamatorios y corticoides previamente recetados por un médico. La mayoría de los pacientes pueden ser vistos en Atención Primaria ya que no precisan de exploraciones complementarias, como analíticas o placas, ni ser hospitalizados.
Además, dado que se trata de un proceso producido por virus, no es necesario tomar antibióticos. En casos moderados y/o graves, se recurrirá a adrenalina administrada en aerosol con el fin de bajar la inflamación de la vía aérea.

Claves ante la laringitis aguda en niños:
1. Favorecer ambiente húmedo en el domicilio..
Habitualmente la laringitis aguda normalmente se trata de un proceso benigno y que por lo tanto, no requiere de otras medidas terapéuticas aparte de antiinflamatorios y corticoides previamente recetados por un médico. La mayoría de

los pacientes pueden ser vistos en Atención Primaria ya que no precisan de exploraciones complementarias, como analíticas o placas, ni ser hospitalizados.
No es necesario el tratamiento con antibioterapia puesto que se trata de un proceso vírico. En casos moderados y/o graves, puede ser necesario recurrir a la adrenalina administrada en aerosol con el fin de bajar la inflamación de la vía aérea.

Claves ante la laringitis aguda en niños:
1. Favorecer ambiente húmedo en el domicilio.
Pueden usarse humidificadores o permanecer en el baño con el niño para que respire el vapor del agua caliente.
2. Respirar aire frío en la calle (previamente se deberá abrigar al niño correctamente)
El aire frío parece ayudar en la desinflamación de las vías aéreas, aunque, sin embargo, su eficacia no está demostrada.
3. Elevar el cabecero de la cuna de niño durante la noche.
Elevar el cabecero de la cuna le ayudará a respirar mientras duerme y evitará que se despierte por las molestias.
4. No forzarle a ingerir alimentos.
La pérdida de apetito es habitual y normal durante una laringitis. Sería conveniente ofrecerle bebidas para que el niño mantenga una correcta hidratación.
5.La laringitis aguda mejorar en, aproximadamente, una semana tras dos o tres días de tratamiento con corticoides, que deberán ser pautados por el médico, y no requiere de tratamiento con antibiótico.
6. Control de temperatura.
Se le puede administrar un fármaco antitérmico (paracetamol o ibuprofeno) para bajar su temperatura corporal.
7. Vigilar su respiración en busca de signos de distrés.
Los signos de alarma son: la presencia de estridor en reposo, la dificultad para tragar o babear mucho, y si su dificultad respiratoria empeora, es imprescindible acudir a urgencias.

5 Discusión-Conclusión

La laringitis es una infección vírica cuyo signo principal es la tos perruna a la que, si es leve, le favorece un aire frío e incorporar el cabecero de la cuna o cama para facilitar su respiración. Se trata de una enfermedad que, si no hay complicaciones,

no es necesario ir a urgencias y puede tratarse de forma ambulatoria en su centro de salud correspondiente.
Se debe ir a urgencias cuando se produce dificultad para respirar y ruidos respiratorios en reposo.
Generalmente, es un proceso leve pero que, ante el desconocimiento, alarma a los padres. Por ello, es muy importante hacer una correcta educación sanitaria.

6 Bibliografía

1. Pau V, Carles L. Diagnóstico y tratamiento de la laringitis en Urgencias [Internet]. Seup.org. [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/6_Laringitis.pdf
2. Arroba Basanta ML. Laringitis aguda (Crup). An Pediatr (Barc) [Internet]. 2003 [citado 18 de noviembre de 2022];01:55-61. Disponible en: https://www.analesdepediatria.org/es-laringitis-aguda-crup--articulo-13054787
3. Laringitis. Crup y estridor [Internet]. Pediatriaintegral.es. [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-06/laringitis-crup-y-estridor
4. Laringitis Aguda - Pediátrica [Internet]. Hospital Ruber Internacional. [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.ruberinternacional.es/es/paciente/patologias/laringitis-aguda-pediatrica
5. Doctora Eva Navia P. Laringitis [Internet]. Cinfasalud. [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://cinfasalud.cinfa.com/p/laringitis/

Capítulo 11

TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INTRAMUSCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

ROCÍO PALACIO ALONSO

1 Introducción

La administración parenteral de medicamentos se caracteriza por ofrecer una absorción muy regular, lo que evita pérdidas pre-sistémicas de la cantidad efectiva del fármaco.

A su vez, engloba numerosas vías y puede dividirse según su forma de absorción en:

- Vías parenterales indirectas: son aquellas que precisan absorción. En este caso, la administración no se realiza directamente en la sangre. De esta manera el medicamento necesitará un tiempo para llegar a la circulación sistémica y dependerá mayoritariamente de la irrigación de la zona de inyección. En este grupo se incluyen las vías intradérmica, subcutánea, intramuscular, intralingual e intraarticular.
- Vías parenterales directas: se administra el fármaco directamente a la circulación sistémica, por lo que no precisan absorción. Se incluyen en esta categoría las vías intravenosa e intraarterial.

La inyección intramuscular es una de las formas de administración de medicamentos incluidos en vía parenteral. Permite administrar mayor volumen de líquidos que en otras vías, a la vez que se produce un inicio más rápido de la acción farmacológica al producirse antes la llegada de la sustancia administrada al torrente sanguíneo.

Es la vía de elección para determinados fármacos y vacunas debido a su facilidad, su comodidad y su velocidad de absorción.
De todas las zonas disponibles para esta técnica, la zona de los glúteos es el lugar más común utilizado para administrar las inyecciones intramusculares. Se trata de una región corporal con un músculo del tamaño suficiente para aplicar medicamentos en mayor volumen y de manera segura para el paciente.

2 Objetivos

- Conocer las distintas zonas de aplicación de medicación intramuscular.
- Conocer la correcta técnica de aplicación por esta vía así como sus contraindicaciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las zonas de punción elegidas y el volumen máximo a infundir en ellas mediante la vía intramuscular son:
- Zona dorsoglútea: 7 ml de volumen. Evitar en menores de 3 años.
- Zona deltoidea: hasta 2 ml.
- Zona ventroglútea: hasta 5 ml.
- Zona externa del muslo: hasta 5 ml.

Secuencia de administración de medicación intramuscular:
Antes que nada, hay que informar al paciente de lo que se le va a hacer para evitar que se sobresalte y disminuir así el riesgo de un posible pinchazo accidental.
- Correcta higiene de manos y protección mediante de guantes.
- Pedirle al paciente que se coloque en la posición adecuada.
- Aplicar un antiséptico para la limpieza de la piel, dejándolo secar durante unos segundos.
- Se estirará la piel de la zona donde se va a aplicar la inyección con no dominante.
- Pinchar la piel con la aguja en un ángulo de 90º.

- Antes de la introducción del fármaco en el tejido muscular, se procederá a realizar una aspiración suave. El objetivo de esto es comprobar que la aguja no está alojada en un vaso sanguíneo. En el caso de que al aspirar saliera sangre, tendremos que retirar la aguja y volver a repetir el proceso.
- Para no causar más dolor del necesario, se introducirá la medicación lentamente.
- Desechar el material usado tras retirar la aguja. La enfermera procederá al lavado de manos nuevamente y luego registrará la técnica. La aguja deberá tirarse en un contenedor rígido para evitar el riesgo biológico por un pinchazo accidental.

Algunos fármacos irritantes pueden producir tinciones en la piel o requerir una absorción total del mismo por lo que en esos casos, usaremos la técnica en ”Z”. Esta técnica mantiene el fármaco en el músculo evitando que se filtre a otro tejidos.

Procedimiento a seguir:
- Desplazar la piel y tejido celular subcutáneo sobre el músculo antes de la inyección.
- Realizar la punción mientras mantenemos el tejido desplazado.
- Aspiración suave antes de introducir el medicamento.
- Soltar la piel cuando se haya retirado la aguja.
- No masajear zona de inyección ya que facilitaríamos la salida del medicamento.

5 Discusión-Conclusión

La principal ventaja de la vía intramuscular sobre otras vías parenterales, es que los músculos presentan mayor irrigación sanguínea y menor número de fibras nerviosas. Esto hace que la absorción del medicamento administrado por esta vía sea casi completa.

Ventajas de la vía intramuscular:
- Es la vía adecuada y más cómoda y segura para administrar algunas sustancias irritantes, sustancias oleosas y volúmenes moderados de líquidos.
- Al disponer de menos terminaciones nerviosas, la administración de fármacos por esta vías en sus distintas zonas resulta menos dolorosa.
- No hay disminución del efecto terapéutico por la actividad del estómago.
- Es indiferente del estado en el que se encuentre el paciente, es decir, su administración sigue siendo posible aunque el paciente esté inconsciente o no sea colaborador.

Inconvenientes:

- La velocidad de absorción puede variar dependiendo de la zona en la que se aplique la inyección.
- Puede haber riesgo de dañar vasos sanguíneos y nervios al realizar la técnica.
- Cada zona de inyección tiene unos límites en cuanto a la cantidad de volumen que se puede administrar por ellas.

6 Bibliografía

1. Técnicas de Enfermería: inyección intramuscular [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. 2017 [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tecnicas-enfermeria-inyeccion-intramuscular/
2. Reis M. Inyección Intramuscular: qué es y cómo se aplica [Internet]. Tua Saúde. 2022 [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.tuasaude.com/es/inyeccion-intramuscular/
3. Cepeda JM. Técnica correcta de inyeccion intramuscular [Internet]. Administración de Medicamentos. José Ma Cepeda; 2015 [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://administraciondemedicamentos.com/via-parenteral/tecnica-inyeccion-intramuscular
4. Cepeda JM. ▷ VIA PARENTERAL: Definición, Tipos y Características más importantes [Internet]. Administración de Medicamentos. José Ma Cepeda; 2019 [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://administraciondemedicamentos.com/via-parenteral

Capítulo 12

”NO HACER” EN ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

CLARA INSUA PASTRANA

1 Introducción

Una de las intervenciones enfermeras más habituales en el día a día de la práctica clínica en atención primaria es el cuidado de las heridas y lesiones vasculares, así como úlceras por presión (UPP).

Las úlceras por presión son lesiones que resultan de mecanismos como presión, cizalla o rozamiento sobre la piel. Para su formación a veces solo hacen falta días e incluso horas, por lo que es fundamental un buen conocimiento acerca de su prevención y cuidado.

Por otra parte, las heridas crónicas son aquellas que requieren períodos prolongados de tiempo para su completa curación, con un abordaje y complicación diferente a las heridas agudas, así como unos diferentes mecanismos de formación.

El abordaje de estas lesiones (tanto heridas crónicas como úlceras por presión) requiere de una formación continua, actualizada y reglada para un adecuado manejo. También es importante conocer las diferentes recomendaciones actuales para poder instruir en su cuidado y prevención a los principales cuidadores de nuestros pacientes.

Por todo ello es importante la redacción de protocolos de actuación y guías clínicas, así como también es fundamental el conocimiento de las acciones y actuaciones incorrectas, inefectivas y que generan un escaso impacto en su curación al no corresponderse con la actualidad y que por tanto, deben evitarse.

2 Objetivos

Conocer las intervenciones menos recomendables en el cuidado y tratamiento tanto de úlceras por presión como de heridas crónicas en el ámbito de atención primaria.
Actualizar los conocimientos sobre un correcto manejo de lesiones crónicas y por presión.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva entre octubre y noviembre de 2022, para poder plasmar en esta actualización los datos más actuales sobre la prevención y los cuidados de enfermería en las heridas crónicas y úlceras por presión, así como aportar conocimientos sobre las acciones ineficaces en el tratamiento de ellas.
En Internet, se ha realizado una búsqueda en Google académico, Cochrane, Scielo, y Dialnet. También se han revisado páginas web de diversos organismos, tanto nacionales como internacionales, como GNEAUPP (Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas) Asociación nacional de enfermería dermatológica e integridad cutánea (ANEDIDIC), Asociación española de enfermería vascular y heridas (AEEV), Sociedad española de heridas (SEHER).
Las palabras clave utilizadas combinadas entre sí han sido: herida, ulcera por presión, curación, no hacer, cuidados de enfermería, prevención.
Los datos incluidos en esta revisión pertenecen a artículos, informes nacionales de salud, guías de cuidados, libros y páginas web escritas en español, cuyo año de publicación se encuentre entre los años 2010 y 2022, para que se realice una revisión lo más actual posible. Se han descartado aquellos artículos en los que no esté disponible el texto completo, así como aquellos que se refieran a la patología y tratamiento en animales.

4 Resultados

Las UPP repercuten a nivel sistémico en todas las esferas (física, emocional y social), por lo que es necesario construir una práctica enfermera holística e integradora. Los profesionales de enfermería deben incluir intervenciones que favorezcan la cicatrización de la lesión, alivien el dolor, aseguren el confort, atenúen las emociones negativas y faciliten la adaptación al entorno.

En cuanto a los resultados el documento que reúne gran información sobre las intervenciones a evitar es la nueva guía "«Qué no hacer en las heridas crónicas». Recomendaciones basadas en la evidencia", publicada por el grupo GNEAUPP en el que se recogen gran cantidad de recomendaciones en función de la lesión y su situación actual. Es tan importante el realizar una buena valoración y cuidado de la lesión, como evitar aquellas actuaciones de escaso impacto, o incluso perjudiciales para el desarrollo óptimo.

En cuanto a las heridas crónicas podemos destacar como recomendaciones más importantes:

- No aplicar tratamientos tópicos sin un correcto diagnóstico previo.
- Evitar utilizar escalas no validadas para el diagnóstico de las lesiones.
- No utilizar agua para retirar restos de pomada de óxido de zinc. Utilizar productos oleosos.
- No utilizar vendas crepé como mecanismo compresivo en pacientes con lesiones de etiología venosa. Es preferible la utilización del vendaje multicapa, por sus importantes ventajas.
- No utilizar antisépticos de manera rutinaria en la limpieza del lecho de las heridas, ya que pueden dañar la piel perilesional o el tejido de granulación.
- No desbridar lesiones si no se posee la formación adecuada. No realizar desbridamiento en caso de dolor si no se aplica la analgesia adecuada.
- No utilizar antibióticos si no está plenamente justificado.
- No recortar los apósitos si no lo indica el fabricante.

En cuanto a las úlceras por presión tendríamos como recomendaciones más importantes:

- No realizar masajes sobre prominencias óseas para la prevención de las úlceras por presión.
- No aplicar productos alcohólicos.
- No utilizar doble pañal en pacientes incontinentes.
- No recomendar el uso de flotadores para su prevención ya que generan un aumento de la congestión venosa.
- No elevar el cabecero más de 30º de inclinación. No existen estudios que comparen la efectividad, solamente, de los cambios posturales frente a la no realización de estos cambios. Los pacientes en decúbito lateral de 90 grados tienen una tasa casi 4 veces superior de lesiones que los que están a 30 grados. La investigación cualitativa es casi inapreciable en los estudios sobre cambios posturales.
- No arrastrar a los pacientes al realizar cambios posturales.
- No aplicar de manera habitual povidona yodada para limpiarlas salvo cuando se precise disminuir la carga bacteriana.

- No utilizar apósitos de plata para prevenir la infección de lesiones cutáneas ni en heridas sin signos claros de infección local.

5 Discusión-Conclusión

Son multitud de intervenciones que se han realizado a lo largo del tiempo con la idea de que benefician el curso clínico de una lesión por presión o una lesión crónica, por lo que es importante realizar una actualización periódica reglada para conocer aquellas intervenciones habituales en la práctica clínica que están desaconsejadas por su escaso impacto.
Este correcto abordaje generaría un aumento en la calidad de atención del paciente, una mayor confianza en el sistema sanitario, un mejor manejo por parte de los cuidadores informales y un uso racional de recursos sanitarios (material de curas, antibióticos y el resto de recursos materiales).

6 Bibliografía

1. López-Casanova Pablo, Verdú-Soriano José, Berenguer-Pérez Miriam, Soldevilla-Agreda Javier. Prevención de las úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura. Gerokomos [Internet]. 2018 [citado 2022 Nov 13] ; 29(2): 92-99. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200092&lng=es.
2. Martín Muñoz Begoña. Calidad de vida de las personas con úlceras por presión. Estudio cualitativo fenomenológico. Index Enferm [Internet]. 2018 Dic [citado 2022 Nov 13] ; 27(4): 206-210. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300006&lng=es.
Epub 20-Ene-2020.
3. Otero González Gabriela, Agorio Norstrom Caroline, Martínez Asuaga Miguel. Úlceras de miembros inferiores: características clínico-epidemiológicas de los pacientes asistidos en la unidad de heridas crónicas del Hospital de Clínicas. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2012 Sep [citado 2022 Nov 21] ; 28(3): 182-189. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902012000300004&lng=es.
4. Arantón L. Evaluación de un programa integral de mejora de la calidad en prevención y tratamiento del deterioro de la integridad cutánea y tisular en Galicia [Tesis doctoral en Internet]. Universidad de la Coruña; 2015. Disponible en: http://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/16454

5. López-Casanova, P; Pancorbo-Hidalgo, PL; Verdú-Soriano, J; Rodríguez-Palma, M; Soldevilla-Ágreda, JJ; García-Fernández, FP. Qué no hacer en heridas crónicas Recomendaciones basadas en la evidencia. 2ª Edición. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº XIV. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2020.
6. García Fernández FP, Soldevilla Àgreda J, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez Palma M, et al. Documento técnico GNEAUPP No III: «Manejo local de las úlceras y heridas». 2018. p. 1-53.

Capítulo 13

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN ATENCIÓN PRIMARIA: PAPEL DE ENFERMERÍA

PAULA GONZÁLEZ BLANCO

PAULA SOLÍS MARTÍN

1 Introducción

La gran epidemia actualmente son las enfermedades crónicas asociadas al aumento de la esperanza de vida. Entre ellas destaca la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), considerada un problema de salud pública, ya que presenta una elevada tasa de prevalencia (10,2% en población de 40 años a 80 años) y es la 3ª causa de muerte a nivel mundial. La magnitud de esta enfermedad respiratoria conlleva importantes repercusiones sociosanitarias y socioeconómicas a pesar de ser prevenible.

Su origen radica principalmente en el tabaquismo, aunque también se han demostrado otras causas, menos comunes, como la inhalación de determinadas partículas y gases nocivos. Consiste en una limitación al flujo aéreo circulante por el árbol bronquial provocada por un daño pulmonar crónico, es decir, es irreversible. Esta enfermedad crónica se presenta de manera progresiva y com-

pleja, ya que existe tanto afectación pulmonar como sistémica. Entre los síntomas destacan tos y dificultad para respirar.

Los pacientes con EPOC perciben un deterioro en su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) desde el inicio de la enfermedad, incluso en las actividades más simples de la vida diaria. El hábito tabáquico, el infradiagnóstico de la enfermedad y la dificultad para la correcta administración al tratamiento hace imprescindible y de gran eficacia la realización de Programas de Educación Sanitaria destinados a pacientes con EPOC. Por este motivo, es de gran importancia educar y producir cambios conductuales en el enfermo, mediante la información y la práctica de intervenciones enfermeras desde Atención primaria.

2 Objetivos

Describir, mediante evidencia científica actual, los cuidados e intervenciones de Enfermería en pacientes con EPOC y las principales áreas de actuación en las que deben aplicarse desde el ámbito de la Atención Primaria.

3 Metodología

Se ha realizado esta revisión bibliográfica efectuando una investigación sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda avanzada con operadores booleanos AND/Y en el buscador Google Académico y en diferentes bases de datos, entre las que se encuentran Pubmed y Scielo (Scientific Electronic Library Online).

Las palabras clave fueron ”EPOC”, ”enfermera”, ”atención primaria”, ”cuidados”, ”prevención”, previamente introducidas en los descriptores de Ciencias de la Salud (deCS).

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión para la selección de artículos: publicaciones entre los años 2006-2022, en castellano e inglés y acceso al texto completo.

4 Resultados

Pruebas y diagnóstico

Como ya mencionamos anteriormente, la EPOC se trata de una enfermedad infradiagnosticada, con una tasa del 75% de pacientes que desconocen padecerla. A la hora de realizar un correcto diagnóstico debemos centrarnos en las manifestaciones clínicas más características : disnea, tos y expectoración.

Por otro lado, para un diagnóstico más preciso, es necesario apoyarse en instrumentos de medida como, por ejemplo, la escala de disnea modificada del Medical Research Council (mMRC). Esta permite al paciente cuantificar su propia disnea, además de funcionar también como un indicador de exacerbación. Por lo tanto, el diagnóstico precoz consiste en valorar los signos y síntomas más comunes, junto con la exposición prolongada al humo de tabaco u otros irritantes pulmonares, en personas mayores de 40 años de edad, siendo aconsejable descartar la EPOC mediante una espirometría. Esta se trata de una prueba no invasiva y existen dos tipos: simple y forzada. La simple se basa en solicitar al paciente que expulse todo el aire de sus pulmones tras una inspiración máxima, independientemente del tiempo empleado. Sin embargo, la forzada consiste en soltar todo el aire en el menor tiempo posible. Esta última es la más adecuada para el diagnóstico, valoración y seguimiento de los pacientes con EPOC.

Clasificación de la EPOC
La detección precoz de la EPOC asociada a la aplicación de tratamientos específicos, pueden retrasar su desarrollo. No obstante, se trata de una enfermedad crónica incurable. En nuestro modelo sanitario, la Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema, por lo que es necesario una adecuada comunicación y coordinación entre niveles asistenciales. Los profesionales de enfermería, como parte del equipo multidisciplinar, debemos mantenernos actualizados para abordar su adecuado diagnóstico y tratamiento.

El diagnóstico debe confirmarse a través de la espirometría forzada, mencionada anteriormente. Un patrón obstructivo en la espirometría se define como una relación FEV1 (volumen espiratorio máximo en el primer segundo)/FVC (a capacidad vital forzada) < 0,7, posterior a la administración del broncodilatador.
Con el propósito de aumentar la sensibilidad de los profesionales ante el EPOC, se creó la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), un consenso internacional sobre la estrategia para el diagnóstico, estadificación, seguimiento y prevención de la enfermedad. Esta iniciativa estableció, en base a la gravedad de la obstrucción, cuatro estadíos de la EPOC: paciente en riesgo, EPOC leve, EPOC moderada y EPOC grave.

Por su parte, la guía española de la EPOC (GesEPOC) clasifica primero a los pa-

cientes según su riesgo, teniendo en cuenta el grado de obstrucción medido por el porcentaje de FEV1 tras administración de broncodilatador, el grado de disnea medido por la escala modificada del mMRC y el número de exacerbaciones. Sin embargo, en estadíos avanzados de la enfermedad, existe una variación de los criterios determinantes. Es necesario realizar integralmente una valoración del enfermo prestando atención a otras esferas como la nutricional, perceptiva o capacidad de ejercicio. Por este motivo, se crea el índice BODE, el cual permite la clasificación de los pacientes según cuatro factores: B:índice de masa corporal (Body mass index), O: obstrucción bronquial (airflow Obstruction), D: disnea (Dyspnea), E: distancia caminada en 6 minutos (Exercise capacity). Este índice resulta de gran utilidad para los profesionales de enfermería, ya que permite un análisis integral de la situación de salud del paciente.

Cuidados de enfermería al paciente con EPOC
El papel de enfermería resulta de vital importancia en el manejo de pacientes con EPOC, no solo a nivel de diagnóstico y valoración con una búsqueda activa de casos, sino también y de manera fundamental, en el ámbito de educación sanitaria tanto al enfermo como a su entorno. Existen una serie de medidas generales a tener en cuenta en todo paciente, que comprenden principalmente la deshabituación tabáquica, una nutrición adecuada, la realización de actividad física regularmente, así como la evaluación y tratamiento de las comorbilidades. Para conseguir esto, es imprescindible un manejo multidisciplinar y una continuidad asistencial, creando planes de cuidados estandarizados.

No obstante, el tratamiento más efectivo es el abandono del tabaco. Desde la consulta de enfermería de AP se debe realizar hincapié en este tema ofreciendo a los pacientes diferentes herramientas para gestionar la situación en función de la fase del cambio en la que se encuentren.

Por otro lado, es frecuente que los pacientes con EPOC sufran algún episodio de empeoramiento de los síntomas conocido como “exacerbación”. Esto implica un gran gasto de recursos sanitarios y la disminución del estado de salud de los enfermos. Los diagnoósticos de la North American nursing Diagnosis Association (NANDA) identificados con más frecuencia al alta hospitalaria son la limpieza ineficaz de las vías aéreas (55,9 %), el patrón respiratorio ineficaz (47,1%) y el manejo inefectivo del régimen terapéutico (40,2%).

5 Discusión-Conclusión

La EPOC es una enfermedad respiratoria de carácter crónico aunque prevenible, que provoca una gran carga tanto social como económica a nivel mundial. Esta enfermedad impacta en el enfermo a nivel físico, social y emocional, provocando repercusiones en su calidad de vida y generando progresivamente un mayor grado de dependencia. A pesar de su carácter incurable, una detección precoz y la aplicación de tratamientos específicos pueden retrasar su desarrollo. El factor de riesgo de mayor relevancia es el hábito tabáquico y la deshabituación de este, la medida terapéutica más eficaz.

En el contexto sanitario actual, existe una situación de infradiagnóstico. Sin embargo, la aplicación de programas educativos y un seguimiento sanitario coordinado por parte de los distintos niveles asistenciales de atención en salud permiten llevar un estilo de vida saludable y adaptado. Los profesionales de Enfermería tienen una función protagonista y muy relevante en la EPOC, ya que son uno de los profesionales sanitarios más cercanos al paciente y a su familia. Desde Atención Primaria, enfermería se encarga de la adecuada gestión de cuidados al paciente EPOC; como la deshabituación tabáquica, la administración de oxigenoterapia, la ventilación mecánica no invasiva o la fisioterapia respiratoria.

6 Bibliografía

1. Vázquez Rosa A, Tarraga Marcos A, Tarraga Marcos L, Romero de Ávila M, Tarraga López PJ. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y comorbilidad. JONNPR. 2020;5(10): 1195-1220.
2. Hynninen MJ, Pallesen S, Nordhus IH. Factors affecting health status in COPD patients with co-morbid anxiety or depression. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2007;2(3):323-328.
3. Guzman Guzman RE. EPOC en el adulto mayor: control de síntomas en consulta del Médico de Familia.Rev Clíhn Med Fam. 2008; 2(5): 244-249.
4. Santeliz J. Estudio comparativo de la estadificación de pacientes con EPOC según GOLD 2007,2011 y 2019.Rev.chil.enferm.respir. 2019; 35(3):173-180.
5. Lozano JA. EPOC. Medidas terapéuticas y tratamiento farmacológico. OFFARM. 2006;25(6):68-75.
6. De Abajo Larriba AB, Díaz Rodríguez Á, González-Gallego J, Peleteiro Cobo B, Capón Álvarez J, Mahmoud Atoui O, et al. Estimación de actividades preventivas en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.Estudio ADE-

POCLE.Nutr Hosp.2016;33(5):1187-1193.

Capítulo 14

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA

LUCIA MUÑIZ CHILLON

1 Introducción

La enfermedad coronaria es la primera causa de mortalidad en todo el mundo.
La revascularización coronaria es lo más recomendado en estos casos. Se puede realizar mediante intervención coronaria percutánea (ICP) o mediante bypass arterial. En este artículo hablaremos de la primera. Es una técnica muy elegida. Se lleva a cabo mediante la repermeabilización de la arteria coronaria que durante el procedimiento se vea ocluida.
Se realiza inflando un balón, en este caso se llama angioplastia o se puede colocar un implante de endoprótesis, llamado stent.
Esta intervención la realiza un equipo muy especializado, en unas unidades de Hemodinámica que habitualmente sólo encontraremos en los hospitales de referencia. Los pacientes que procedan de otros hospitales serán derviados el mismo día de realización de la técnica al de referencia y volverán a su hospital tras ella, para completar la recuperación.
Las indicaciones primaria de la ICP son angina de pecho, estable o inestable; infarto agudo de miocardio o isquemia miocárdica.
Son muy importantes los cuidados de enfermería previos y posteriores a este tipo de intervenciones. En cada hospital están establecidos protocolos que deben ser conocidos por todo el personal. Depende de unos cuidados adecuados el evitar ciertas complicaciones de la intervención.

2 Objetivos

Describir los cuidados necesarios previos y posteriores a una intervención coronaria percutánea por parte del personal de enfermería.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos y buscadores como: Google académico, Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La intervención se realiza a través de una punción normalmente radial o femoral percutánea.
El más habitual y menos incómodo para el paciente es el acceso radial, aunque en ocasiones no es posible.
Se introduce un catéter guía en una arteria periférica y se avanza hasta las arterias coronarias para observar cuál está ocluida y se quiere tratar. Después se introducirá el balón con guía y llegado al punto indicado se hincha para destruir la placa aterosclerótica.

Las actividades de enfermería se pueden dividir en dos partes:

Antes de la ICP:
-Ayuno desde las 24h de la noche anterior.
-Comprobar la presencia y buen funcionamiento de las vías venosas periféricas.
-Revisar que esté firmado en la historia el consentimiento informado.
-Avisar a la familia del traslado al servicio de Hemodinámica.
• No llevar objetos metálicos y retirar la ropa interior.

Posterior a la ICP:
-Vigilar pulsos pedio y tibial. Controlar la temperatura y coloración de la extremidad donde se ha realizado la punción.
-Mantener el miembro afectado, a través del que se haya realizado la ICP, elevado y no movilizarlo.

-Tras la implantación de un stent o balón el paciente pasará unas horas en la unidad de cuidados intensivos para monitorizar el ECG y la presión arterial. Se debe colocar el manguito en el lado opuesto al miembro afectado.
-Dar tolerancia, normalmente con un zumo.
-Controlar primera diuresis tras intervención.
-Administrar medicación según pauta médica.
-Revisar el vendaje compresivo de la zona de punción. Chequear la presencia de sangrado o hematoma y en tal caso comentar con el médico, realizar nuevo vendaje y seguir controlando.
-4h después se puede retirar vendaje compresivo, colocar apósito normal y observar que no sangre.
-Indicar al paciente que avise de cualquier tipo de dolor, sangrado o malestar.

5 Discusión-Conclusión

Existe un volumen muy alto de este tipo de intervenciones a diario. Cada día se realizan traslados de pacientes de todos los hospitales de cada comunidad al hospital de referencia.
Esta técnica intervencionista necesita de unos cuidados previos y posteriores por parte del personal de enfermería que son imprescindibles. Es esencial el conocimiento por parte de ellos y la capacidad de observar posibles efectos adversos y detectar los riesgos cuanto antes.
Por supuesto es muy importante la humanización de los cuidados, acompañar al paciente y resolver sus dudas siempre que lo precise pues esto hará que el paciente se encuentre más tranquilo y cómodo con el personal que le va a atender.

6 Bibliografía

- Álvarez M, Arkáute I, Belaustegi A, Chaparro S, Erice A, Pilar M, et al. Guía de práctica clínica. Cuidados críticos de enfermería. Vitoria: Hospital de Txagorritxu; 2004. Disponible en: http://www.seeiuc.com/profesio/criticos.pdf
- Hernández J, Díaz M, Sánchez J. Guía de intervención rápida de Enfermería en cuidados intensivos. Madrid: DAE; 2011

Capítulo 15

RECOMENDACIONES SOBRE EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

ALBA GARCÍA MENÉNDEZ

ALBA GONZALEZ MARTINEZ

LAURA ALVAREZ CARRION

1 Introducción

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) se define como el fallecimiento de manera repentina de un lactante menor de 1 año cuya causa parece inexplicable tras ser investigada. Entre los posibles motivos de este suceso se encuentran los siguientes: la genética, procesos inflamatorio-infecciosos junto con alteraciones del sistema inmunitario, entre otros, aunque ninguna de estas causas ha sido probada.

Actualmente la prevalencia de SMSL se mantiene en cifras estables en la mayor parte de los territorios, pero la investigación sobre los posibles factores de riesgo continúa y tiene como último objetivo lograr disminuir el número de casos.

La hipótesis del triple riesgo propuesta por Filiano y Kinney podría explicar la etiología del SMSL. Según su teoría esta muerte se produciría por la aparición simultánea de tres factores de riesgo: un lactante considerado vulnerable, un periodo crítico del desarrollo (entre los 0 y los 12 meses de vida) debido a un rápido crecimiento, cambios fisiológicos como la frecuencia respiratoria, la frecuencia

cardiaca, la termorregulación, el desarrollo mental, el patrón del sueño, la inmadurez e inestabilidad por las que se caracteriza esta etapa y un factor externo de estrés que puede ser intrínseco (el sexo, la prematuridad…) o extrínseco (posición para dormir, ambiente durante el sueño, realización de colecho…)

2 Objetivos

Dar a conocer los factores de riesgo asociados al SMSL así como aquellos denominados "protectores" con el fin de educar a las familias y evitar, en la medida de lo posible, estos sucesos.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda y revisión bibliográfica utilizando las siguientes bases de datos: Pubmed y Scielo así como documentos elaborados por distintos grupos de trabajo de la Asociación Española de Pediatría (AEP) como el comité de nutrición y lactancia materna (CNYLM) y el grupo de Prevención en la Infancia y la adolescencia (PrevInfad).

4 Resultados

Factores relacionados con el SMSL:

-Cuidados prenatales y control de la gestación: existen estudios que demuestran que el riesgo del SMSL disminuye en los lactantes cuyas madres han realizado un seguimiento y cuidados adecuados durante el embarazo y en el periodo perinatal.

-Prematuridad y bajo peso al nacimiento: bebés que nacen con menos de 37 semanas de gestación y/o bajo peso al nacimiento (<2.500gr) tienen un mayor riesgo de sufrir SMSL.

-Hermano víctima del SMSL: existe un pequeño aumento del riesgo en niños con hermanos que fueron víctimas del SMSL. Este incremento posiblemente sea debido a una combinación de factores, biológicos y epidemiológicos, aunque algunos de ellos coinciden con factores de riesgo comunes a otras causas de muerte.

-Lactancia materna: numerosos estudios están de acuerdo con que la lactancia materna actúa como factor protector en el SMSL. Se recomienda dar lactancia materna los primeros 6 meses de vida (puesto que la mayor parte de las muertes se producen en este periodo). La leche materna se considera la mejor forma de

nutrición para los lactantes colaborando en la prevención de infecciones y mejorando la capacidad de giro de la cabeza lo que les permite ganar fuerza en los músculos del cuello.

-Colecho: se define como la práctica en la que un bebé o niño pequeño duerme con uno o ambos progenitores. Está directamente relacionado con el SMSL especialmente si el niño es menor de 12 semanas y existen determinadas situaciones que pueden aumentar su riesgo como por ejemplo el cansancio excesivo de los padres. Se recomienda no realizar colecho en sofás o superficies blandas. Tampoco con lactantes menores de 3 meses de edad, prematuros o bebés con bajo peso al nacimiento. Sin embargo, compartir habitación con el bebé pero sin compartir cama, reduce el riesgo del SMSL en un 50%.

-Tabaquismo: fumar durante el embarazo se relaciona con una disminución del crecimiento intrauterino y un aumento de las muertes perinatales ya que se asocia, entre otras cosas, con una disminución de la función pulmonar del recién nacido.

-Postura del lactante mientras duerme: es el principal factor de riesgo modificable. La manera más segura para que los lactantes duerman es en decúbito supino (boca arriba) así se reduce el riesgo del SMSL en más de mitad de los casos. La posición de decúbito prono (boca abajo) o decúbito lateral son opciones posibles cuando el niño está despierto y siempre bajo vigilancia, pero se desaconsejan durante el sueño principalmente los seis primeros meses de vida.

-Ambiente en el dormitorio: una superficie blanda para dormir supone un factor de riesgo alto por lo que debe usarse un colchón firme procurando que no haya espacio entre este y la barandilla de la cuna, tampoco se recomienda tener almohadas, mantas sueltas o juguetes. Además, un calentamiento excesivo supone también un mayor riesgo de muerte súbita por lo que es aconsejable mantener la habitación donde duerme el niño a una temperatura alrededor de los 20ºC. Tampoco se recomienda que los niños duerman cerca de un radiador ni con luz solar directa. Se debe refrescar y ventilar la habitación para lograr disminuir estos factores de riesgo.

-El chupete durante el sueño: aunque el mecanismo aún no está establecido se piensa que su uso supone un efecto protector que podría estar relacionado con un aumento en la protección de la permeabilidad de la vía aérea y una disminución del reflujo gastroesofágico por estimulación de la succión durante el sueño. La Asociación Americana de Pediatría (AAP) en sus recomendaciones recientes sugiere su utilización en el primer año de vida y para evitar que interfiera con el establecimiento de la lactancia materna (aunque no queda demostrada esta interferencia) se recomienda esperar al mes ya que será el momento en el que por

norma general esté establecida.

5 Discusión-Conclusión

Una vez explicados los factores de riesgo y los considerados protectores para el SMSL, es importante trabajar para reducir aquellos que pueden elevar las probabilidades de que se produzca este acontecimiento inesperado en los lactantes, siguiendo siempre las recomendaciones de los profesionales.
Más del 95% de los casos de SMSL se asocian con uno o más factores y debido a que nos encontramos en ocasiones con que estas muertes se producen durante los primeros días de vida, los consejos irán dirigidos a todos los lactantes independientemente de su edad.
Existe un documento donde se exponen como recomendaciones todas las referidas por la AAP y también están publicadas y forman parte del "Programa de Salud Infantil" puesto en marcha por los pediatras españoles de Atención Primaria y todas estas medidas son conocidas y aconsejadas a nivel profesional.

6 Bibliografía

1. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Ortiz González LC, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Síndrome de muerte súbita del lactante. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013;15:361-70.
2. Sierra Sirvent J. Campañas de prevención. Factores de riesgo. En: Izquierdo Macián MI, coordinadora. Libro blanco de la muerte súbita infantil. 3ªedición. Madrid: ediciones ergon; 2013. p. 61-70.
3. Díaz Gómez NM, Izquierdo Macían I, San Feliciano Martín L. Colecho, síndrome de muerte súbita del lactante y Lactancia Materna. Recomendaciones actuales de consenso. [Internet]. 2014 [citado 16 Nov 2022]. Disponible en: https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/colecho-sindrome-muerte-subita-lactancia-materna-consenso
4. Murez Mojica N, Mojica Blanco A, Tierra Burguillo MP. Educación para la salud como prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante. [Internet]. 2016 [citado 16 Nov 2022]. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/prevencion-muerte-subita-lactante/
5. Ruiz Botia I, Cassanello Penarroya P, Díez Izquierdo A, Martínez Sánchez JM, Balaguer Santamaria A. Síndrome de muerte súbita del lactante: ¿siguen las familias las recomendaciones? An Pediatr [Internet]. 2019 [citado 17

Nov 2022]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403319302516

Capítulo 16

VACUNACIÓN EN EL NIÑO PREMATURO

ALBA GARCÍA MENÉNDEZ

LAURA ALVAREZ CARRION

ALBA GONZALEZ MARTINEZ

1 Introducción

Cerca de un 10% de los lactantes en el mundo nacen de forma prematura (antes de las 37 semanas de edad gestacional) siendo esta la principal causa de mortalidad neonatal, a menor edad gestacional mayor riesgo, especialmente entre las 28 y 32 semanas y, principalmente, en los menores de 28 semanas (prematuros extremos) y/o <2.500 gr (recién nacidos con bajo peso al nacimiento oRNBPN).
Los recién nacidos prematuros (RNP) tienen mayor riesgo de adquirir infecciones en especial aquellas inmunoprevenibles, puesto que su sistema inmune es inmaduro así como sus barreras cutáneo-mucosas, además poseen menores concentraciones de anticuerpos debido a una menor transmisión por parte de su madre (que comienza alrededor de la semana 17 de gestación) y también por diferentes motivos relacionados con su condición de prematuridad que influyen en esa respuesta inmunitaria.
Infecciones causadas por bacterias como el neumococo y H. influenzae tipo b, que pueden provocar patologías graves, tienen un mayor riesgo de producirse en prematuros que en los nacidos a término durante los dos primeros años de vida, por ello, la vacunación en estos casos cobra especial relevancia.

En ocasiones, debido a patologías que presentan estos niños o por situaciones transitorias en las que están contraindicadas las vacunas, el calendario vacunal se atrasa. Otra causa puede ser el desconocimiento o desinformación a cerca de la seguridad de las vacunas.

2 Objetivos

Conocer las recomendaciones de las pautas de vacunación para los recién nacidos prematuros, sus características y las posibles diferencias con el resto de la población.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consultando artículos en las siguientes bases de datos: ScienceDirect y Dialnet. Los términos de búsqueda empleados fueron: vacunas, recién nacido prematuro, calendario de vacunación, seguridad. Se consultaron también guías de recomendación de la Asociación Española de pediatría (AEP) y del comité asesor de vacunas.

4 Resultados

Los niños prematuros deben vacunarse teniendo en cuenta su edad cronológica, independientemente de su edad gestacional y de su peso al nacimiento, por lo que se seguirán las mismas recomendaciones establecidas para los recién nacidos a término. El inicio de la vacunación no se deberá retrasar, salvo situaciones excepcionales, más allá de los dos meses de vida pudiendo administrarse las vacunas en el hospital y teniendo siempre en cuenta la estabilidad clínica del paciente.
La respuesta inmunológica en los prematuros es similar a la alcanzada en el recién nacido a término para la mayoría de las vacunas al igual que los posibles efectos secundarios y la seguridad de las vacunas es elevada. Algunos eventos transitorios que se pueden producir son apneas y/o bradicardias durante el primer y segundo día tras administrarse las vacunas.
Recomendaciones para las gestantes:
- vacunación frente a la tosferina (con la vacuna dTpa) en el tercer trimestre de embarazo, preferiblemente en la semana 27 o 28.

- vacunación frente a la gripe en cualquier trimestre del embarazo ya que no solo protege a la gestante si no también al bebé y se asocia con una disminución de la probabilidad de sufrir un aborto y un parto prematuro.

Para aquellas madres portadoras o sin cribado prenatal de hepatitis B se recomienda que su recién nacido reciba la vacuna y la inmunoglobulina antihepatitis B durante las primeras doce horas de vida.

En cuanto a la vacuna frente a la gripe, todos los prematuros deberán recibirla a partir de los 6 meses (con especial hincapié en los nacidos con menos de 32 semanas de edad gestacional o aquellos que sufran alguna enfermedad crónica) y durante los dos primeros años de vida. Por otro lado, se recomienda la vacunación frente al rotavirus entre las seis y las doce semanas de vida en RNP (cuya vacunación está financiada por ser grupo de riesgo) si su condición clínica lo permite y no existe contraindicación, incluso pudiendo administrarse si se encuentran ingresados.

Tanto hermanos, padres, cuidadores y contactos estrechos de los RNP deberán cumplir con el calendario de vacunación habitual. Para aquellos que convivan con niños con antecedentes de prematuridad (hasta que estos cumplan 2 años) se recomienda la vacuna anual frente a la gripe.

Debemos recordar también que todo el personal sanitario que trabaje en contacto con prematuros deberá estar adecuadamente vacunado según las recomendaciones y pautas vigentes.

5 Discusión-Conclusión

Los RNP deben ser vacunados según su edad cronológica y en base al calendario vacunal correspondiente. No se retrasará la vacunación en estos niños ya que la seguridad de las vacunas es similar a los recién nacidos a término, por norma general, al igual que su eficacia. Incluso se pueden administrar las vacunas en aquellos prematuros que se encuentran ingresados en el hospital en el momento de iniciar el calendario vacunal.

Existe una protección indirecta hacia los niños prematuros mediante la vacunación de convivientes y contactos estechos así como de los profesionales que desempeñen su trabajo en las unidades de neonatología.

6 Bibliografía

1. Comité Asesor de Vacunas. Vacunación de niños prematuros. Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; mar/2022. [consultado el

16/11/2022]. Disponible en: http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-10
2. Grupo de trabajo vacunación en prematuros de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en prematuros. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; nov 2019.
3. Izquierdo G, Martínez D. Vacunas e inmunizaciones en recién nacidos y recién nacidos prematuros. REV. MED. CLIN. CONDES - 2020; 31(3-4) 270-279.
4. Álvarez Aldeán J, Ares Segura S, Díaz González C, Montesdeoca Melián A, García Sánchez R, Boix Alonso H, et al, en representación de la Sociedad Española de Neonatología y del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría, Recomendaciones para la vacunación frente al rotavirus de los recién nacidos prematuros (ROTAPREM). An Pediatr (Barc). Sept 2019;91:205.e1-7.

Capítulo 17

RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA Y MATRONAS SOBRE LA EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL CONSUMO DE INFUSIONES HERBALES EN EL EMBARAZO

IRAIA SERRANO ALONSO

MIREN AZNAREZ IBAÑEZ

SARAY ADAN RODRIGUEZ

MIREN IZCO OREJA

EVA ZULET MURILLO

1 Introducción

El embarazo es un momento en la vida de la mujer de especial cuidado. El organismo de la mujer embarazada sufre cambios, debidos al propio proceso de la gestación, y puede haber sustancias que influyan en él y el desarrollo del feto. Una de esas sustancias que pueden afectar a la embarazada y al futuro bebé son las infusiones herbales.

El consumo de infusiones es habitual en nuestro medio, y en ocasiones también se produce durante el embarazo. Diversos autores afirman que el uso internacional

de terapias herbales durante la gestación está entre un 1 – 60% (1,5) y entre 6-48% en la Unión Europea. (5) Además, existe la creencia popular de que, al ser sustancias de origen natural, son inocuas (1,2, 4, 5, 6) y son productos de fácil accesibilidad para las mujeres, al no estar sujetos a prescripción médica. (5) Sin embargo, estas infusiones de productos herbales contienen principios activos que pueden interactuar en el organismo de la embarazada produciendo cambios en él, en el desarrollo fetal y con otros medicamentos concomitantes.

Los efectos de estas hierbas dependen de en qué trimestre se utilicen. El primer trimestre es el más importante, ya que es el momento en el que se produce la organogénesis del feto, la cual puede verse afectada por ciertas sustancias. (2)

La consulta de matrona o enfermería es el recurso al cual suelen recurrir las mujeres para consultar dudas en el embarazo, entre ellas la efectividad/seguridad en el consumo de infusiones. Es nuestro deber como personal sanitario con función de educación para la salud aportarles información veraz y fiable sobre consejos higiénico dietéticos en el embarazo y riesgos toxicológicos.

Sin embargo, la formación que se recibe acerca del uso de productos herbales en el embarazo puede no ser suficiente. Estudios señalan que, en ocasiones, los profesionales sanitarios recomiendan la utilización de algún producto herbal que no seguro, debido a que no disponen de conocimientos actualizados sobre el tema. (1, 5, 6) Esto puede deberse a que la evidencia científica de la que se dispone es escasa, de calidad insuficiente y a veces con resultados contradictorios. (6)

2 Objetivos

- Llevar a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas sobre la utilización de infusiones herbales en la gestación, recopilando los artículos más recientes y de mayor evidencia.

- Hacer una lectura crítica de la bibliografía recopilada.

- Establecer unas conclusiones válidas tras la lectura de la bibliografía, que permitan a los profesionales establecer unas recomendaciones seguras a las gestantes sobre la utilización de estas terapias herbales.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane, Cuiden y Dialnet; utilizando las palabras clave en términos Decs "Embarazo (Pregnancy)" y "Tés de Hierbas (Teas, Herbal)".

Con el objetivo de obtener los artículos más novedosos y de mayor calidad se refinó la búsqueda en base a los siguientes parámetros: 5 últimos años de fecha de publicación, acceso a texto completo, idiomas (inglés, español, francés) y tipo estudio (revisiones, ensayo clínico aleatorizado, metaanalisis).

Al inicio se obtuvieron 28 resultados en el total de las bases de datos mencionadas anteriormente. De esos 28 resultados se seleccionaron 3 artículos que, tras la lectura del resumen, se consideró que cumplían los objetivos de la revisión. Por último, se completó la búsqueda con 4 artículos encontrados con el buscador científico Scholar Google.

4 Resultados

La fitoterapia es una rama de la medicina que utiliza preparaciones farmacéuticas obtenidas de productos herbales en profilaxis y tratamiento. Una de esas preparaciones, que se utiliza muy a menudo, es la infusión. El efecto terapéutico de estas plantas se debe a que contienen principios activos con actividad farmacodinámica. (3)

A continuación, se exponen los resultados obtenidos en función del tipo de plantas/infusiones más utilizadas en la actualidad y que aparecen mencionadas en la bibliografía con mayor frecuencia.

Jengibre (Zingiber officinale Rosc.):

Al jengibre se le atribuyen diversas propiedades: antinauseoso, antiemético, antiinflamatorio, espasmolítico, carminativo, para problemas gastrointestinales como estreñimiento, antiagregante plaquetario y se puede utilizar en resfriados y gripes. Su uso más extendido es como tratamiento de nauseas y vómitos en el embarazo. (1,2,3,4, 6,7)

Este efecto antiemético se debe a un ingrediente, el 6-gingerol, que actúa directamente en el tracto gastrointestinal, estimulando su motilidad. (2,6) También contiene Shogaol, que actúa como un antagonista de 5-HT sobre los receptores

de serotonina en el íleon. (6)

El jengibre es, sin duda, la planta que más se ha estudiado para el consumo en la gestación. La FDA la considera segura, mientras que otras entidades, como la Agencia Finlandesa de Alimentos, no recomienda los productos que la contengan para el embarazo por la falta de conocimiento disponible sobre sus efectos. (6)

Cabe destacar que la OMS la recomienda como terapia alternativa para las náuseas y vómitos del embarazo, en base a estudios que han demostrado su seguridad. (7)

Según la revisión bibliográfica de Márquez el jengibre se podría considerar seguro, ya que no tiene efecto teratogénico ni afecta al embarazo. Se menciona en dicha revisión que la dosis consumida debe ser inferior a 1 gr diario. (1)

Terzioglu, en su revisión, también menciona como dosis recomendada de gengibre
1 gr diario, y no exceder los 4 gr diarios. Esta precaución en la dosificación se establece debido a los posibles efectos secundarios que menciona el autor, observados en algunos estudios aleatorizados, como sangrado en el segundo y tercer trimestre del embarazo, prematuridad y disminución de la circunferencia cefálica fetal. También se ha observado su interacción con fármacos como la metformina, insulina y nifepidino. (2,3, 6)

La revisión de Sarecka-Hujar no recomienda su utilización si se esta tomando terapia anticoagulante, por su efecto antiagregante plaquetario, que podría interferir con la misma. (6)

Por el contrario, otros autores han observado la inocuidad del jengibre en ECAS con poblaciones muy amplias, sin describir efectos negativos como abortos, prematuridad, muerte fetal o malformaciones; en dosis mayores a 1 gr diario para ser efectivo. (3) Sin embargo recomiendan utilizarlo con precaución ya que la calidad de dichos estudios es media-baja.

Bruno considera su uso seguro, pero describe efectos secundarios como acidez y somnolencia. (4) Sarecka-Hujar afirma que es eficaz y seguro en dosis de 1 gr al día para las gestantes. (6) Ramadhani también la categoriza como de uso seguro, aunque los estudios muestras resultados contradictorios en cuanto a su efectividad. (7)

Arándano (V. macrocarpon):

El arándano se utiliza como antiséptico urinario y astringente. (1,3, 6) Estos efectos son debidos a su alta capacidad antioxidante derivada de su alto contenido en flavonoides. (6)

Hay diferentes variantes de arándano. En la revisión de Márquez se consideran seguras las variantes "Vaccinium Oxycoccus y Vaccinium Macrocarpon". "Vaccinium Vitis Idaea" estaría contraindicado. (1)

Estudios en humanos han observado que no se producen malformaciones fetales, ni alteraciones gestacionales derivadas de su uso. Únicamente un ensayo estableció una relación estadísticamente significativa entre el uso de arándanos y un test de Apgar al minuto de nacimiento inferior a 7 puntos. (6)

Sarecka-Hujar, en su revisión, afirma que no hay suficientes datos que avalen su efectividad. (6) Otros autores (Ramadhani) coinciden en esta afirmación, pero la consideran de uso seguro. (7)

Hojas de frambuesa:

El uso de las hojas de frambuesa en el embarazo está muy extendido entre la población para estimular el inicio de contracciones uterinas en el parto. (2,3, 4) También se ha utilizado como tratamiento de gripes y resfriados, astringente y antinauseoso. (1) Se le atribuye un efecto hemostático indirecto en le postparto inmediato. (3)

En su revisión, Márquez destaca que las hojas de frambuesa se deben usar con precaución porque no proporcionan ningún beneficio en la sintomatología para la cual se le atribuyen propiedades. (1)

Coincide en esa misma conclusión otros autores, como Terzioglu y Grigoriu, añadiendo que aún no hay estudios suficientes sobre los efectos que esta planta puede tener en el embarazo (2) y que no se pueden establecer recomendaciones basadas en evidencia científica para su utilización. (3). Existen estudios que atribuyen efectos antiglucemiantes en las hojas de mora, y ése mismo efecto podría estar relacionado también con las hojas de frambuesa, por lo que debería utilizarse con precaución. (2,3)

Grigoriu no le atribuye efectos perjudiciales para la gestación si se utiliza en cantidad limitada. (3)

Hinojo:

El hinojo se utiliza como galactogogo, espasmolítico, estrogénico y carminativo . También se usa para favorecer contracciones uterinas y antinauseoso. (1,2,3)

Según Márquez, no debe utilizarse como alcohol de hinojo o extracto de aceite de hinojo, (1) en lo cual también coincide Terzioglu, al observar efectos tóxicos en las células fetales en un estudio hecho con ratas.(2)

Bruno le atribuye efecto emenagogo, por lo cual no estaría recomendada. (4)

Equinácea:

La equinácea tiene propiedades inmunomoduladoras, antiinflamatorias, antimicrobianas y de drenaje linfático. (1) Se puede utilizar en la prevención y tratamiento de catarros y gripes en el embarazo. (4)

En la revisión de Márquez se menciona la equinácea. Los autores observaron en un estudio prospectivo que su uso podría considerarse seguro, ya que no se asoció con ningún efecto teratogénico. (1)

Grigoriu no le atribuye efectos perjudiciales para la gestación si se utiliza en cantidad limitada (3) y otros autores también la han descrito como de uso seguro en la gestación. (4, 7)

Canela:

La canela se utiliza por sus propiedades como astringente , carminativo y para problemas gástricos. (1)

En la revisión de Márquez se mencionan como variantes seguras: Cinnamomun Verum y Cinnamomum Zeylanicum. La variante de Cinnamomum Aromaticum se menciona en la revisión como contraindicada para la gestación por provocar malformaciones fetales, (1) y por otros autores por efecto emenagogo. (4)

Por el contrario, Grigoriu desaconseja el uso de la variante Cinnamomun Verum por tener efecto emenagogo.(3)

Para Ramadhani ninguna variedad de canela debería utilizarse, porque todas contienen cumarinas, que son anticoagulantes. Afirma que el consumo en grandes cantidades causa metahemoglobinemia, hematuria, albuminuria y cilindruria en mujeres embarazadas. (7)

Menta (Mentha Piperita)

A la menta se le atribuyen efectos antieméticos y como galactogogo. Su efecto antiemético se produce debido a que es antagonista del receptor 5-HT326. Se utiliza como tratamiento de los vómitos y problemas gastrointestinales. (2,3, 4, 5,6) También se usa frente a enfermedades respiratorias (2,5,) e infecciones urinarias. (2,6)

Sobre la menta, Grigoriu no le atribuye efectos perjudiciales para la gestación si se utiliza en cantidad limitada (3) y otros autores también la han descrito como de uso seguro en la gestación. (4) Estudios en ratones no han demostrado efectos teratogénicos. (6)
La revisión de Terzioglu afirma que no se ha demostrado ningún efecto perjudicial para la gestante ni para el feto derivado de su uso. Sin embargo, según el autor, su utilización debe restringirse en el inicio del embarazo debido a su efecto emenagogo. (2)

En la revisión de Márquez se afirma que, aunque no es efectiva para disminuir las náuseas por completo, sí que reduce su intensidad, pero hay que limitar su uso, ya que un consumo excesivo provoca un efecto emenagogo con el consiguiente riesgo de aborto. (5)

Sarecka-Hujar concluye que no hay suficientes datos que avalen su efectividad. (6) Ramadhani la considera de uso seguro en el embarazo.(7)

Manzanilla / camomila:

La manzanilla alemana o camomila (Matricaria recutita, Anthemis Nobilis), se utiliza como terapia para problemas gastrointestinales (2,3, 4, 5, 6) , insomnio y molestias articulares. (2,4, 5) Otros autores también le atribuyen propiedades uterotónicas (3,4, 5)y para alivio de síntomas catarrales/gripales. (5)

Al igual que el jengibre, la OMS recomienda su uso para el alivio de náuseas y vómitos en el embarazo y la define como de uso seguro. (7)

Según Terzioglu, su uso excesivo en el embarazo se ha asociado con parto pretérmino y mayor incidencia de aborto. El autor también establece la asociación del uso de esta hierba con cierre prematuro del ductus arterioso, debido a un efecto similar al que produce un consumo excesivo de AINES en la gestación. (2) La misma asociación la ha establecido Márquez en su revisión si se toma de manera continuada, por lo que recomienda hacer un uso limitado y no continuado de la misma. (5)

Sarecka-Hujar también menciona la presencia de complicaciones en su revisión, concretamente en un estudio que reportó que un 21,6% de mujeres que utilizan camomila regularmente tienen mayor frecuencia de complicaciones gestacionales, como amenaza de aborto o parto prematuro. (6) Por el contrario, también recopiló otros artículos que no observaron complicaciones en el uso de camomila durante el segundo y tercer trimestre de embarazo. (6) Otros autores también describen su uso como seguro para el embarazo. (4)

Grigoriu no le atribuye efectos perjudiciales para la gestación si se utiliza en cantidad limitada. Un consumo excesivo aumenta el riesgo de parto prematuro. Describe una posible interacción de esta planta con el ondasetron y benzodiacepinas. (3)

En cuanto a su efectividad, un ECA con una muestra de 105 mujeres demuestra que su uso disminuye significativamente los vómitos. (6) Otro estudio también establece relación significativa entre la camomila y un inicio de parto más rápido. (6)

Hay que tener especial cuidado con la variante de la camomila de origen Rumano (Chamaemelum nobile), ya que aparece en la bibliografía como contraindicada por efecto emenanogo. (4)

Valeriana (Valeriana Officinalis):

A esta planta se le atribuyen efectos uterorelajantes y utilización para la ansiedad o trastornos del sueño. (3,4, 5)

Márquez la menciona en una revisión, recomendando utilizarla con precaución, ya que no hay evidencia sobre efectos perjudiciales, pero los estudios encontrados al respecto son muy limitados. (5)

Tila o té de tilo:

Escasamente mencionada en la bibliografía recopilada (únicamente aparece en un artículo) la revisión de Márquez, en la que se recomienda utilizar con precaución por escasa evidencia disponible al respecto. No hay descritos efectos secundarios materno-fetales derivados de su uso. (5)

Té negro, verde o rojo:

Se producen a partir de una planta llamada “Camelia Sinensis”. Tienen efecto

antiviral, antioxidante, antianginoso, relajante, laxante y cicatrizante. (5)

No tiene efectos perjudiciales para la gestante y el feto, pero esta contraindicada por contener cafeína. Una revisión no la recomienda por su posible interacción con el metabolismo de la gestante. (5)

Infusión de menta-poleo:

Es importante diferenciarla de la infusión de menta (Mentha Piperita). La menta-poleo es producida a partir de la planta "Mentha Pulegium", se utiliza para alivio de síntomas gripales/catarrales, tiene efecto galactogogo y emenagogo, por lo que esta contraindicada en el embarazo (aumenta el riesgo de aborto espontáneo). (5)

Tomillo (T. vulgaris):

Apenas mencionada en la bibliografía (únicamente aparece una mención a esta hierba en la revisión de Ramadhani), debido a que no hay muchos estudios sobre su uso actualmente. Parece que el tomillo tiene un efecto uteroestimulante, por lo que es potencialmente peligroso de usar. (7)

Plantas con especial precaución:

A continuación, se detallan plantas con las que hay que tener especial precaución, debido a sus efectos.

Plantas con efecto emenagogo descrito: Milenrama común (Achillea millefolium), Ruda (Ruta greveolens), cálamo (Acorus calamus L), caléndula (Calendula officinalis), regaliz (G glabra), perejil (Petroselinum crispum), ajedrea (Satureja hortensis L), hinojo (Foeniculum vulgare), ajenjo (Arthemisia absinthium), rosa de Siria (Hybiscus syriacus), cola de caballo (Tussilago farfara), verbena (Verbenna officinalis), senna (Senna alexandrina), frángula (Rhamnus frangula), ortiga (Urtica dioica), enebro (Juniperus communis L.), lavanda (Lavender Angustifolia), anís (Pimpinella anisum) y genciana (Gentiana lutea), angelica (Angelica), albahaca (ocinum basilicum), cáscara sagrada (rhamnus purshiana), hierba de San Juan (Hypericum perforatum). (3,4)

Plantas contraindicadas en la gestación por efectos embriotóxicos: agracejo (Berberis vulgaris), malvarrosa (Chelidonium majus), efedra (Ephedra sp), hidrastis (Hydrastis canadensis). (3)

5 Discusión-Conclusión

Tras la lectura de la bibliografía recopilada podemos concluir que, en líneas generales, la evidencia existente acerca del consumo de infusiones en el embarazo es escasa, y en ocasiones, con resultados contradictorios.

El jengibre es la terapia herbal que más veces aparece mencionada en la bibliografía. Entre sus usos, destaca el de alivio de náuseas y vómitos en la gestación. La mayoría de los artículos refieren que es eficaz y seguro para el embarazo en dosis inferiores a 1 gr diario. Únicamente un ECA recomienda dosis mayores a 1 gr para ser efectivo. Señalar que hay organizaciones, como la FDA y la OMS, que lo han categorizado como de uso seguro en el embarazo. Se debe tener especial precaución en su utilización junto con otros fármacos a los que puede afectar (metformina, insulina, nifepidino y medicamentos anticoagulantes).

El arándano se utiliza como terapia en infecciones urinarias. Se consideran seguras las variantes "Vaccinium Oxycoccus y Vaccinium Macrocarpon". "Vaccinium Vitis Idaea" estaría contraindicado. Dos autores lo consideran de uso seguro, pero parece que no hay suficientes resultados para poder considerarla una terapia con efecto eficaz.

Las hojas de frambuesa se han utilizado tradicionalmente para estimular en inicio de contracciones uterinas en el parto. Los autores coinciden en que no hay evidencia de que su uso proporcione ningún beneficio y que, si se utiliza, debe hacerse en cantidad limitada, por la falta de estudios sobre sus efectos (posible efecto hipoglucemiante descrito).
El hinojo tiene propiedades espasmolíticas y carminativas. Ningún autor de los recopilados en la búsqueda recomienda su utilización, atribuyéndole efecto emenagogo y embriotóxico si se utiliza en forma de alcohol de hinojo o extracto de aceite de hinojo.

La equinácea se suele utilizar en la prevención y tratamiento de catarros y gripes en el embarazo. Aparece mencionada en 4 revisiones, ninguna de ellas le atribuye efectos perjudiciales para el embarazo, por lo que parece que su uso sí que podría recomendarse en cantidades limitadas. Sin embargo, no hay ninguna referencia que mencione su eficacia para la sintomatología en la que se utiliza.

La canela aparece utilizada como terapia para problemas gastrointestinales. A la variante Cinnamomum Aromaticum se le ha atribuido efecto emenagogo y teratogénico, por lo que no se puede recomendar. Tampoco la variante Cin-

namomun Verum, porque, aunque un autor la describe como segura, otro le atribuye efecto emenagogo. Para otro autor ninguna variante debería recomendarse, porque todas tienen efecto anticoagulante. Resumidamente, parece que actualmente no es posible recomendar su consumo en la gestación en ninguna de sus variantes.

La menta (Mentha Piperita) se utiliza principalmente por su efecto antiemético. La totalidad de autores consultados la consideran de uso seguro para el embarazo, aunque algunos destacan su uso limitado en el primer trimestre por tener efecto emenagogo. En cuanto a su efectividad, hay resultados contradictorios. Es muy importante diferenciarla de la infusión de menta-poleo ("Mentha Pulegium"), que está contraindicada en el embarazo por efecto emenagogo que produce un aumento en el riesgo de aborto espontáneo.

La manzanilla o camomila, en su variante alemana (Matricaria recutita, Anthemis Nobilis), tiene múltiples usos. Es terapia para alivio de problemas gastrointestinales, insomnio y síntomas catarrales/gripales. Destacar que la OMS la recomienda como segura para alivio de náuseas y vómitos del embarazo. Su efectividad como terapia para alivio de estos síntomas aparece probada en la bibliografía, pero no se han hallado resultados de su eficacia para los síntomas de insomnio y catarrales. Se han encontrado resultados contradictorios en cuanto a su seguridad. Aunque la OMS y algunos autores la categorizan como segura, hay otros autores que han asociado su consumo excesivo con cierre prematuro del conducto arterioso, aborto y parto pretérmino. Debido a esta contradicción en los resultados, parece que únicamente podría recomendarse un consumo muy ocasional de la misma, o ningún consumo, ya que no hay referencias que describan que cantidad de camomila es segura y cuánta es excesiva. La variante rumana (Chamaemelum nobile) está contraindicada por efecto emenagogo.

La valeriana tiene propiedades que ayudan en la reducción de la ansiedad y los trastornos del sueño. Aunque no se han descrito efectos negativos derivados de su uso, apenas hay bibliografía sobre los efectos de esta planta en el embarazo, por lo que todavía no se puede recomendar con seguridad. Lo mismo ocurre con la tila y la infusión de tomillo. Al tomillo sí que se le ha atribuido efecto uteroestimulante en una revisión bibliográfica.

El consumo de té, aunque lo parece tener efectos secundarios en la gestación, no se recomienda por su contenido en cafeína.

En resumen, parece que las únicas plantas sobre las que hay consenso en cuanto

a que son seguras en la gestación son el arándano (aunque parece que su efectividad es dudosa), equinácea y menta (en cantidad limitada en el primer trimestre).

En cuánto al jengibre, si se recomienda, debería ser con precaución y en dosis menores a 1 g diario, ya que, aunque hay varios estudios y organizaciones de renombre que la avalan, también se han encontrado referencias que indican que no se dispone de conocimientos suficientes sobre sus efectos.

Parece necesario ampliar la evidencia científica actual sobre el tema, emprendiendo más estudios sobre la seguridad y eficacia de las infusiones herbales en la gestación, con el fin de proveer a enfermeras, matronas y demás profesionales de la obstetricia, de conocimientos fiables, en base a los cuales poder establecer recomendaciones para las pacientes.

6 Bibliografía

1. Márquez Carrasco ÁM, Leo Rodríguez M de los R, Rico Neto M. El uso seguro de terapias herbales en la época reproductiva. Nuberos científica [Internet]. 2018 Jan 10 [cited 2022 Nov 23];3(23):16–20.
2. Terzioglu Bebitoglu B. Frequently used herbal teas during pregnancy - Short update. Medeniyet Med J. 2020;35:55-61.
3. Grigoriu C, Varlas V, Călinescu G, Bălan AM, Bacalbaşa N, Gheorghe C-M, et al. Phytotherapy in obstetrics - therapeutic indications, limits, and dangers. Journal of medicine and life [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 23];14(6):748–55. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8811673/Pregnancy and herbal medicines: an unnecessary risk for women´s healt
4. Bruno LO, Simoes RS, de Jesus Simoes M, Girão MJBC, Grundmann O. Pregnancy and herbal medicines: An unnecessary risk for women's health-A narrative review. Phytotherapy Research. 2018 Feb 8;32(5):796–810.
5. Márquez Carrasco ÁM, Rico Nieto M, Leo Rodríguez maría de los R. Seguridad de la toma de infusiones herbales en el embarazo: manzanilla, valeriana, tila, té y menta-poleo. Enfermería docente [Internet]. 2017 [cited 2022 Nov 23];julio-diciembre(109):77–81. Available from: https://www.huvv.es/profesionales/revista-enfermeria-docente/seguridad-de-la-toma-de-infusiones-herbales-en-el-embarazo-
6. Sarecka-Hujar, B.; Szulc-Musioł, B. Herbal Medicines—Are They Effective and Safe during Pregnancy? Pharmaceutics 2022, 14, 171. https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14010171

7. Ramadhani ZN, Rochmanti M, Mulawardhana P. The Safety of Herbal Used for Health Complaints during Pregnancy – A Systematic Review. Systematic Reviews in Pharmacy [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 23];11(11):1930–9. Available from: https://www.sysrevpharm.org/articles/the-safety-of-herbal-used-for-health-complaints-during-pregnancy--a-systematic-review.pdf

Capítulo 18

DETECCIÓN, EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO PEG

ALBA GONZALEZ MARTINEZ

LAURA ALVAREZ CARRION

ALBA GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

Se conoce como recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG), a aquel que por su peso y/o longitud no alcanza el percentil 3 en las gráficas de crecimiento, o se encuentra dos o más desviaciones estándar (DE) por debajo de la media establecida para su población de referencia, sexo y edad gestacional. (1) Dentro del diagnóstico recién nacido PEG se diferencia en función de los parámetros antropométricos que se vean afectados:(2)

- Recién nacido PEG simétrico o armónico: si se ven afectados el peso y la longitud.
- Recién nacido PEG asimétrico o disarmónico: si solo se ven afectados uno de los dos parámetros.

Se debe identificar a estos pacientes de forma precoz para realizar un seguimiento adecuado, ya que el diagnóstico de recién nacido PEG va asociado en numerosas ocasiones a un mayor riesgo de morbimortalidad perinatal, y también de desarrollar enfermedades cardiovasculares en la edad adulta. Por lo que es importante establecer correctamente tanto la edad gestacional mediante ecografía como las

medidas antropométricas al nacimiento, así como disponer de tablas de referencia actualizadas acordes a la raza, población, sexo y edad gestacional. (3)
A pesar de que en un gran porcentaje de los casos, los recién nacidos PEG, han sufrido un crecimiento intrauterino retardado (CIR), y las causas de ambos son similares, se deben diferenciar estos términos, ya que en la práctica se usan indistintamente de forma errónea. El CIR es un concepto obstétrico y dinámico que conlleva una disminución en la velocidad de crecimiento fetal, pero esto no implica necesariamente que el peso al nacimiento vaya a estar por debajo del límite establecido en 2.500 gramos. (2)(3)
Hay múltiples causas que ocasionan un ambiente uterino desfavorable, que pueden ser placentarias, maternas, fetales y ambientales, favoreciendo una disminución en la velocidad de crecimiento fetal y ocasionando cambios permanentes en el metabolismo, crecimiento y desarrollo. Este ambiente uterino desfavorable provoca una desnutrición en el feto, preservando el desarrollo cerebral a expensas de otros órganos y tejidos, y produciendo una resistencia hormonal en los ejes insulina/IGF-1 en la etapa prenatal y GH/IGF-1 en la postnatal, de forma que los niños PEG presentaran una evolución diferente a los niños que no presentan PEG, viéndose afectado a lo largo de su vida el crecimiento, el desarrollo neurológico, la conducta, el metabolismo de los carbohidratos y el sistema cardiovascular. (2)

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Describir las consecuencias a corto y largo plazo que implica el diagnóstico PEG, la importancia de detectarlo a tiempo, y como realizar un seguimiento adecuado de estos pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se ha realizado una revisión sistemática basada en una búsqueda bibliográfica en las bases de datos como PubMed, Scielo y Medline, utilizando como palabras clave “recién nacido” “peg” “hormona del crecimiento”. Además, se han utilizado guías y protocolos de los principales organismos y asociaciones pediátricos como la Asociación Española de Pediatría y la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica.

4 Resultados

Según los resultados obtenidos de diferentes artículos sobre las posibles causas que producen este fenómeno, se detalla a continuación una tabla con los factores más prevalentes dentro de cada grupo:
PLACENTARIAS
- Defectos en la implantación
- Anomalías vasculares
- Insuficiencia placentaria
MATERNAS
- Edad materna <16 años o >35 años
- Enfermedades hipertensivas y/o diabetes pregestacional y otras enfermedades mal controladas
- Talla y peso bajos
- Antecedentes de otro recién nacido PEG
- Paridad: nulíparas o gran multíparas
- Intervalo < 6 meses entre embarazos
FETALES
- Enfermedades genéticas o malformaciones congénitas
- Infecciones
- Gestaciones múltiples
AMBIENTALES
- Desnutrición o desequilibrio de nutrientes
- Tabaco y otros tóxicos
- Fármacos
- Altitud

Es importante destacar que se ha observado una relación entre la muerte perinatal y los niños PEG, además de una mayor prevalencia de hipoglucemias en los primeros días de vida. En cuanto al crecimiento, la mayoría de los PEG presentan un crecimiento recuperador, conocido como "catch-up", durante esta fase los niños PEG tienen una velocidad de crecimiento por encima de la media para su edad, de tal forma que aproximadamente un 85% de los recién nacidos PEG sufrirán este proceso de crecimiento durante los dos primeros años de vida. Hay que tener en cuenta, que aquel niño PEG que una vez transcurridos esos dos primeros años de vida, no ha experimentado ese crecimiento recuperador, tiene un mayor riesgo de presentar talla baja en la etapa adulta, de forma que se estima que el 20% de población adulta con talla baja fueron niños pequeños para su edad

gestacional, esta talla baja es en muchos casos lo que va a condicionar problemas de conducta, por lo que es importante dar soporte psicológico a estos pacientes.
Aquellos niños PEG que experimenten un crecimiento recuperador rápido facilitan la acumulación de grasa visceral y favorecen una resistencia a la insulina, con lo que presentan riesgo elevado de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en la edad adulta; también se ve aumentado el riesgo de enfermedad coronaria y accidentes cerebro-vasculares. Además, este catch-up rápido también está relacionado con la aparición precoz de caracteres sexuales secundarios, siendo este fenómeno más llamativo en las niñas, seguido de una menarquía adelantada, lo que impide alcanzar la talla diana en la edad adulta.
El desarrollo neurocognitivo también se ve afectado, ya que estos recién nacidos presentan un volumen cerebral disminuido, por lo que desde el inicio de sus vidas se observa en muchos casos un perímetro craneal en el límite inferior. Esto va a condicionar que caminen y hablen de forma tardía en comparación con el resto de niños, que tengan más tendencia a presentar trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y en muchos casos se observará un coeficiente intelectual por debajo de la media. Además en la etapa adulta, tienen mayor riesgo de deterioro cognitivo.

5 Discusión-Conclusión

Es importante en estos pacientes controlar de forma exhaustiva las medidas antropométricas y la velocidad de crecimiento desde el inicio de la vida, y a lo largo de toda la infancia. Además de utilizar herramientas para detectar cualquier desorden neurocognitivo desde edades tempranas, de forma que se pueda trabajar en diferentes ámbitos cada una de las dificultades, y remitir al especialista para iniciar el tratamiento con hormona GH lo antes posible. (1)
Se deben dar recomendaciones para prevenir estos casos, y en caso de estar ante un recién nacido PEG, los profesionales sanitarios deben conocer los problemas que pueden presentar estos pacientes y los signos de alarma, para poder explicar a las familias las medidas de prevención y detectando de forma precoz los mismos, derivando a los especialistas que correspondan cuanto antes. (3)(4)
Dada la prevalencia de este problema, y el aumento de la misma, principalmente por el retraso en la maternidad, los profesionales de enfermería, y sobre todo los especialistas en pediatría, deben ser conocedores de este problema, y saber dar recomendaciones adecuadas desde el momento de su detección, además en atención primaria por la facilidad para realizar un seguimiento en la consulta de enfermería, se debe prestar especial atención a estos pacientes.

6 Bibliografía

1. López ID, De Arriba Munoz A, Munoz JB, Rodríguez PC, Gómez EG, Ollero MJMA, et al. Pautas para el seguimiento clínico del niño pequeño para la edad gestacional. An Pediatría [Internet]. 2012 Feb 1 [cited 2022 Jun 8];76(2):104.e1-104.e7. Available from: https://www.analesdepediatria.org/es-pautas-el-seguimiento-clinico-del-articulo-S1695403311004346
2. Paisán Grisolía L, Sota Busselo I, Muga Zurriarían Imaz Murgiondo Hospital Donostia San Sebastián OM. El recién nacido de bajo peso. [cited 2022 Jun 8]; Available from: www.aeped.es/protocolos/
3. Arriba Muñoz D, Bosch Muñoz A, Cabanas Rodríguez J, Cañete Estrada P, Díez López R, Ibáñez Toda I, et al. Guía de Práctica Clínica para el seguimiento de los niños PEG PEG GRUPO DE LA SEEP PARA EL ESTUDIO DEL NIÑO NACIDO PEG. [cited 2022 Jun 8]; Available from: www.clubaulamedica.es
4. Ibáñez Toda L. Viernes 2 de febrero de 2018 Seminario: Pequeño para la edad gestacional: consecuencias endocrino-metabólicas. [cited 2022 Jun 20]; Available from: www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E5/P1-E5-

Capítulo 19

LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA, IMPRESCINDIBLE EN LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

ALBA GONZALEZ MARTINEZ

ALBA GARCÍA MENÉNDEZ

LAURA ALVAREZ CARRION

1 Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que de forma habitual se inicia en la infancia y se mantiene a lo largo de la vida, manifestándose por un exceso de peso y de volumen corporal, provocando la aparición de otras enfermedades crónicas y aumentando la morbimortalidad.
La Organización Mundial de la Salud establece el diagnóstico de obesidad cuando el índice de masa corporal (IMC) es superior a los 30 kg/m2, en el caso de la población infantil se usa como referencia el peso ideal del niño, y se habla de obesidad cuando este parámetro es superado en un 20%. (1)
La obesidad infantil, también denominada "la enfermedad del siglo XXI", ha visto aumentada su prevalencia en los últimos años con el consiguiente aumento de otras patologías, como son las dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas óseas, enfermedades del sistema circulatorio, o problemas de autoestima entre otras.

Es imprescindible actuar en la prevención desde los primeros años de vida, dado el problema de salud pública que supone la obesidad infantil, contando para esta labor con el trabajo de profesionales de la salud que estén capacitados para detectar a las familias de riesgo y realizar evaluaciones clínicas y antropométricas adecuadas, como es el personal de enfermería especialista en pediatría. (2)
La enfermera de pediatría tiene un papel clave para llevar a cabo esta detección y seguimiento, dada su cercanía a la población pediátrica y la oportunidad de realizar programas, entrevistas y seguimientos en las revisiones del niño sano y de forma oportunista. (3).

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Destacar la importancia del papel de la enfermera de pediatría en atención primaria como personal clave para realizar la detección y el seguimiento de la obesidad infantil.

Objetivos secundarios:
- Conocer las principales causas de la obesidad infantil.
- Resaltar la gravedad de este problema de salud pública.

3 Metodología

Para elaborar este artículo se ha realizado una revisión sistemática basada en una búsqueda bibliográfica en las bases de datos como PubMed, Scielo y Medline, utilizando como palabras clave “obesidad infantil” “enfermera pediatría” “atención primaria” “prevención”. Además, se han utilizado guías y protocolos de la Asociación Española de Pediatría, y la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

4 Resultados

La prevalencia de la obesidad infantil a nivel internacional está afectada por distintas variables; demográficas, culturales, económicas, educativas o de salud, y en los últimos años ha aumentado en todos los países, llegando a encontrar en alguno de ellos la combinación de la obesidad infantil con la desnutrición. La obesidad infantil genera un problema de salud pública en todo el mundo, siendo su causa fundamental los cambios en los estilos de vida que se han producido. (4)

En el año 2016, entre la población infantil y adolescente había más de 340 millones de personas que padecían sobrepeso u obesidad, según datos de la OMS. A nivel europeo, el estudio ALADINO 2018 – 2020, en el que se recogen datos de niños de entre 6 y 9 años de edad, muestra que los países mediterráneos ocupan los puestos más altos en el ranking en cuanto a sobrepeso y obesidad. Según este estudio en España, hay más niñas con sobrepeso (39,3%) que niños (38,4%), estos datos cambian si hablamos de obesidad, que es superior en niños (17,8%) que en niñas (14,2%). (5)(6)

Si analizamos los factores demográficos, socioeconómicos y culturales que favorecen la incidencia sobrepeso y obesidad, se ha visto que la prevalencia de obesidad es mayor en zonas del sur, también en la población infantil que pertenecen a familias con un nivel socioeconómico inferior al resto, al igual que en aquellos niños que han tomado leche materna durante poco tiempo, o directamente han tomado lactancia artificial. (7)

Sin embargo, el factor que más peso tiene para justificar el aumento de la prevalencia de la obesidad, son los estilos de vida; que se han visto modificados principalmente por los cambios en la dieta, entre los que se encuentran el aumento del consumo de grasas y azúcares, un excesivo consumo de alcohol y una disminución de la ingesta de frutas y verduras, así como de la actividad física, que a su vez favorecen la aparición de otras enfermedades crónicas y de muertes prematuras prevenibles. (8)

Además del punto de vista ético de las obligaciones básicas de la enfermería que son "promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento", el personal de enfermería pediátrica está cualificado y formado para llevar a cabo tareas de prevención, proporcionar información veraz y fiable a las familias, detectar conductas de riesgo y hacer seguimiento de la población más vulnerable de sufrir obesidad infantil. (9)

5 Discusión-Conclusión

La obesidad infantil implica un grave problema de salud pública a nivel mundial a día de hoy, ya que se trata de una patología crónica. No debemos olvidar que la gran mayoría de los niños obesos serán adultos obesos, con la gran cantidad de enfermedades crónicas asociadas que ello conlleva, además de las muertes prematuras evitables. (1,2,4,8)

La causa fundamental de este problema son los estilos de vida, y es principalmente sobre lo que hay que actuar, dando prioridad a la prevención de la obesidad, aprovechando los medios humanos y materiales necesarios para realizar es-

tudios que consten de datos antropométricos válidos y fiables. Es por ello que el personal que se destine a realizar esta labor debe estar capacitado y haber recibido formación en este ámbito. (7,8)
Los profesionales de enfermería pediátrica, por su formación en cuanto al contacto con el paciente pediátrico, además de sus conocimientos en materia de prevención y hábitos de vida saludables, tienen un papel clave en la detección, prevención y seguimiento del paciente pediátrico que padece sobrepeso y obesidad. (3,7,8)

6 Bibliografía

1. Tarbal A. La Obesidad Infantil: una epidemia mundial. [cited 2022 Nov 23]; Available from: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/2624_d_obsidad_infantil.pdf
2. Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte II. Diagnóstico. Comorbilidades. Tratamiento [Internet]. [cited 2022 Nov 23]. Available from: https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-13099693
3. Antunez Martinez OF, Calcagno Gomes G, Soares Mota M, Devos Barlem EL, De Oliveira Ribeiro D, Avila Minasi AS. Consulta de enfermería al usuario con obesidad infantil. Enfermería Comunitaria [Internet]. 2021[cited 2022 Nov 24]; 17. Available: http://ciberindex.com/c/ec/e13275
4. Obesidad y sobrepeso infantil: abordaje desde el servicio de enfermería escolar. [Internet]. [cited 2022 Nov 24]. Available from: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/obesidad-y-sobrepeso-infantil-abordaje-desde-el-servicio-de-enfermeria-escolar/
5. Aesan - Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición [Internet]. [cited 2022 Nov 24]. Available from: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/vigilancia_obesidad_infantil.htm
6. Nazar-Carter G, Sáez-Delgado F, Maldonado-Rojas C, Mella-Norambuena J, Stuardo-Álvarez M, Meza-Rodríguez D, et al. Intervenciones en obesidad infantil. Una revisión sistemática de la literatura. Hacia la Promoción la Salud [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 24];27(1):213–33. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772022000100213&lng=en&nrm=iso&tlng=es
7. Aranceta Bartrina J, Rodrigo Pérez C, Ribas Barba L, Serra Majem L. Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. [Internet]. 2005 [cited 2022 Nov 24];7:13-30. Available from: https://pap.es/files/1116-

422-pdf/435.pdf
8. Obesidad infantil en España: hasta que punto es un problema de salud publica o sobre la fiabilidad de las encuestas. [Internet]. Nutr. clín. diet. hosp. 2013; 33(2):80-88. Available from: https://www.fundacionsaborysalud.com/web/portal/images/documentacion/OBESIDAD-INFANTIL.pdf
9. Sotomayor Sánchez SM, Bernal Becerril ML, Salazar Gómez T, Ponce Gómez G. Sobrepeso y obesidad infantil: Necesidad de intervención de Enfermería. Enferm. univ [Internet]. 2010 Jun [cited 2022 Nov 24];7(2): 32-37. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000200005&lng=es.

Capítulo 20

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN BRONQUIOLITIS PEDIÁTRICA

PAULA SOLÍS MARTÍN

PAULA GONZÁLEZ BLANCO

1 Introducción

La bronquiolitis se define como una infección de las vías respiratorias inferiores causada en su mayoría por el virus respiratorio sincitial (VRS), perteneciente a la familia de los Paramyxoviridae.
Los pacientes que más sufren esta patología son los lactantes durante los primeros dos años de vida y en concreto entre los meses de noviembre y febrero, suponiendo un 18% de los ingresos hospitalarios, mientras que en adultos puede tomarse como un simple catarro de invierno.
Se trata de una enfermedad muy contagiosa transmitida por secreciones respiratorias, con un periodo de incubación de entre 4 y 6 días.
Cursa en un primer momento con síntomas de vías respiratorias altas como rinorrea, estornudos y tos, acompañados o no de fiebre no muy alta; a las 24-48 horas del inicio comienza la verdadera dificultad respiratoria, a la que se suma en algunas ocasiones, en particular en menores de un mes de vida, la apnea, momento en el que los padres acuden a urgencias con su bebé y se procede a su ingreso con el fin de aliviar los síntomas.
En cuanto a la exploración física nos fijaremos en el aumento de trabajo respiratorio del menor, reflejado en taquipnea (más de 60 respiraciones por minuto) y tiraje intercostal, la saturación de oxígeno en aire ambiente en muchos casos estará disminuida (entre 90 y 95%) y notaremos cierta irritabilidad desconsolada

del menor; en la entrevista con sus padres es frecuente que nos comenten que han notado disminución o incluso rechazo de la alimentación.
Se valorará a partir de escalas, como la escala SCORE, el ingreso en planta o en UCIP (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos).
Como criterios de ingreso en planta destacamos como más importante la apnea, debido a las consecuencias neurológicas que la patología conlleva en caso de que esta perdure en el tiempo; además de deshidratación, inanición, hipoxemia, signos de insuficiencia respiratoria grave ya comentados anteriormente e imposibilidad para ser atendidos de una manera óptima por sus padres en el domicilio.
En cuanto a ingreso en la UCIP, este procedimiento se lleva a cabo en muy pocas ocasiones en niños anteriormente sanos (alrededor de un 2%), el porcentaje aumenta considerablemente si nos referimos a niños con patologías previas o factores de riesgo tales como prematuridad; factores puramente identificativos de ingreso en UCIP son síntomas refractarios a aerosolterapia administrada en planta, frecuencia cardiaca muy baja para su edad, saturación de oxígeno por debajo de 85%, irritabilidad inconsolable por sus progenitores y el consiguiente agotamiento por parte del niño.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del personal de enfermería en la bronquilotis pediátrica.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha optado por una revisión apoyada en referencias de varios libros y publicaciones de la asociación española de pediatría, también en la gran biblioteca de enfermería, "Enferteca", además de en artículos, sobre todo de Pubmed, de donde hemos seleccionado los más acordes en relación con el tema del que se hace mención en este capítulo.

4 Resultados

Al hablar del tratamiento para la bronquiolitis distinguiremos medidas no farmacológicas (que se aplicarán tanto en el domicilio por sus padres en caso de no ser necesario el ingreso hospitalario como en el hospital) del propio tratamiento basado en administración de fármacos.

Centrándonos en las primeras mencionadas, una de las más importantes y que más aliviará al lactante será el lavado y aspirado de las secreciones nasales, que se hará con suero fisiológico tantas veces como se precise (si se aprecian signos de obstrucción de vías aéreas superiores) y antes de cada toma; en cuanto a la alimentación, si el menor se encuentra en su domicilio y tolera mal las tomas se le ofrecerán cantidades más pequeñas en periodos de tiempo más cortos, en caso de estar ingresado y valorar pérdidas importantes de peso se consensuará la colocación de sonda nasogástrica para alimentación enteral; por último, mantendremos la cuna con elevación de la cabecera aproximadamente unos treinta grados para facilitar la movilización de secreciones y la respiración.
En cuanto al tratamiento farmacológico, se administrarán antitérmicos en caso de presentar fiebre y oxígeno mediante gafas nasales o mascarilla para mantener la saturación de oxígeno por encima de 92% (siempre que se consiga la saturación mencionada y se vea clara mejora en cuanto al patrón respiratorio se desconectará el dispositivo de oxigenoterapia para favorecer la mejora de la autonomía del lactante); no se habla del uso de ningún otro tipo de fármaco tales como antibióticos, broncodilatadores, corticoides… Ya que su eficacia en esta patología no está demostrada con cifras significativas.
En el ingreso en UCIP los cuidados varían, el menor permanecerá monitorizado (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y pulsioximetría), de esta manera el control será mucho más exhaustivo y centrado; se le realizarán pruebas, tales como gasometría arterial y venosa, radiografía de tórax…, que determinen de manera objetiva la mejoría o empeoramiento clínico; se canalizarán varias vías de acceso venoso para administrar líquidos con el fin de evitar la deshidratación; la alimentación se realizará por sonda nasogástrica o vía parenteral; en cuanto al soporte respiratorio se utilizará oxigenoterapia de alto flujo con el fin de evitar la CPAP y la intubación, esta última se utilizará en caso de que se aprecie un aumento del distrés respiratorio acompañado de disminución del nivel de conciencia y apneas consecutivas a pesar de la previa utilización de CPAP o BIPAP.

5 Discusión-Conclusión

La bronquiolitis del lactante es sin duda una de las patologías más frecuentes en dichas edades y una de las que acarrea mayores consecuencias a nivel respiratorio; viene dada por síntomas variables en función de las características del menor (como es normal en edades tan tempranas) y sus antecedentes.
En líneas generales se debería asesorar a los padres, una idea sería en las clases pre-mamá, en cuanto a la prevención y cuidados de esta enfermedad, así como de

las técnicas más importantes que se llevan a cabo tales como el lavado y aspirado nasal y la colocación de la cuna a treinta grados para favorecer la eliminación rápida de moco y la movilización de secreciones de una manera más fácil.
Como remate final, fomentar la entrevista tranquila con los padres o tutores legales del menor, ya que de ahí se obtiene mucha información y es una buena manera de transmitir tranquilidad y normalidad a la patología, de forma que ellos puedan transmitírsela a su hijo a la hora de calmar su irritabilidad, que favorecerá su mejoría, hablando en términos respiratorios.

6 Bibliografía

1. Orthomyxoviridae I, Arn O, Picornaviridae R, Aren R, Adenoviridae A. INTRODUCCIÓN (Internet). Aeped.es.
2. Javier F, Orive P, López Fernández YM. Manejo de la bronquiolitis aguda en la UCIP (Internet). Aeped.es.
3. Morales Gil IM, García Piñero JM. Guía de intervención rápida en Enfermería Pediátrica. Enferteca, la gran biblioteca de enfermería.

Capítulo 21

CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Mª ENCARNACIÓN ROJAS PORRAS

TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

1 Introducción

Según estudios recientes de la OMS, la depresión es uno de los trastornos mentales más comunes hoy en día, tiene mucha incidencia en la actualidad junto con los asociados al consumo de alcohol y trastornos de ansiedad.

La depresión es un tipo de enfermedad mental que tiene como principal característica el sentimiento de un bajo estado de ánimo y otros sentimientos de tristeza que se asocian con cambios en el comportamiento, el nivel de actividad y el pensamiento de la persona.

Según los estudios, se puede estimar que más del 10% de los hombres y más del 25% de las mujeres van a sufrir al menos un episodio depresivo mayor a lo largo de su vida. La edad más probable es entre los 20 y los 45 años, en esta franja de edad aumenta considerablemente la estadística. En la vejez, la prevalencia vuelve a aumentar, ya que la depresión es la enfermedad psiquiátrica más común entre las personas de edad más avanzada, sobre todo afecta a las que viven en residencias de ancianos.

Método diagnóstico

Se considera necesario para el diagnóstico de depresión tener cinco síntomas, uno de los cuales debe ser tristeza permanente que dura dos semanas y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en la vida social, profesional o individual.

Por supuesto, la exposición a drogas, alguna situación especial que pueda suponer un cambio en la vida de la persona recientemente de forma puntual o los episodios maníacos deben descartarse antes de hacer un diagnóstico.

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es analizar las distintas características que presenta un trastorno por depresión, cuáles son sus síntomas y su tratamiento.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una búsqueda bibliográfica a cerca del tratamiento a personas con trastornos depresivos mayores, empleando como motor de búsqueda Google Académico. Se han consultado distintas fuentes como páginas web, revistas y bases de datos sanitarias.

4 Resultados

Clínica del trastorno depresivo
Cambios de humor: Tristeza patológica, diferente a la tristeza habitual, el paciente no sabe el origen de su tristeza, puede hacer que un evento que normalmente genera mucha tristeza no le afecte; sin embargo, puede afectarle otro tipo de situación que para otros sea insignificante.
Cambios somáticos: pérdida de peso significativa sin dieta o por contraposición, aumento de peso, disminución o aumento diario del apetito.
Alteraciones psicomotoras: inhibición psicomotora, sobrexcitación en niños.
Cambios en el comportamiento social: Hay aislamiento o marginación social, descuido de la apariencia, retraimiento emocional.
Cambios afectivos: incapacidad para sentir placer o apatía.
Alteraciones cognitivas: capacidad reducida para tomar decisiones, falta de concentración, culpa, desesperación…

Cambio en el ritmo circadiano: alteraciones del sueño, también a veces produce hipersomnia.
Las escalas se pueden utilizar para evaluar el desarrollo, siendo la escala de Hamilton la opción más generalista. Por otro lado, la prueba de Yesavage se puede realizar para valorar el grado de depresión en la población geriátrica.

Tratamiento
El tratamiento más usado para combatir el trastorno depresivo son los antidepresivos, principalmente, existen varios tipos y familias de antidepresivos como son los tricíclicos, ISRS y duales. Los duales suelen ser los más elegidos en una primera estancia debido a que tienen un buen efecto curativo para el paciente y tardan poco en hacer efecto inicialmente.

Se recomienda que el mantenimiento nunca sea inferior a nueve meses. Es también muy recomendado que al dejar la terapia no sea de golpe, tiene que ser gradualmente.

Siempre intentaremos tratar de forma ambulatoria, pero hay situaciones que requieren hospitalización si se presentan los siguientes eventos:

Alto riesgo de suicidio
Negarse a alimentarse
Comorbilidad grave
Incapacidad para conducir o falta de mobilidad
Se recomienda psicoterapia para la recuperación social y emocional del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes en nuestra sociedad a nivel mundial, con una gran incidencia en la actualidad. Según datos oficiales de la Organización Mundial de la Salud, España está el cuarto país europeo con un mayor número de casos de depresión, afectando a gran parte de la población estimadamente sobre dos millones de personas actualmente.

Si el trastorno depresivo dura más de dos años, se denomina trastorno depresivo persistente. No es el resultado de un trastorno depresivo mayor. Ocurre con mayor frecuencia en mujeres, tiene gran prevalencia y suele comenzar en edades cercanas a la adolescencia.
Los síntomas más comunes que se presentan es las carencias de afecto, ansiedad y falta de compromiso social y profesional.

6 Bibliografía

Alberto Botto, Julia Acuña, Juan Pablo Jiménez . La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas 2014 https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003988720140010000010#::text=Siguiendo%20con%20lo%onsideramos,y%20los%20niveles%20de%20perfeccionismo.

Factores psicosociales de la depresión - Scielo - http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009

Capítulo 22

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LAS REDES SOCIALES

Mª ENCARNACIÓN ROJAS PORRAS

TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

1 Introducción

Los trastornos de la alimentación son un tipo de enfermedad mental compleja que suele estar caracterizado principalmente por unas conductas y pautas de alimentación distorsionadas lejos de la realidad y por una preocupación llevada al extremo a cerca de la percepción de la imagen propia y del peso corporal. Es uno de los problemas de la salud pública mas importantes en la actualidad, según estudios recientes realizados por la Organización Mundial de la Salud, el número de personas afectadas por estos trastornos está aumentando en el día a día, y ya es la tercera enfermedad crónica más habitual en mujeres jóvenes con un pico de incidencia entre la adolescencia y los 25 años, aunque también puede llegar a afectar incluso en la infancia o en la edad más adulta. Son enfermedades de carácter crónico que requiere de un tratamiento a largo plazo y puede dar pie a que existan otras enfermedades como la depresión, adicción o incluso a la ansiedad con las cuales suele aliarse. En los peores casos puede llegarse a producir el suicidio o la muerte de la persona afectada. Un diagnóstico previo temprano es muy importante mejorando el pronóstico de las personas que lo padecen y ayuda también a prevenir este tipo de enfermedades en las personas más susceptibles.

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es mostrar cómo afectan las redes sociales a la conducta alimenticia de las personas más vulnerables.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una búsqueda bibliográfica a cerca como afectan las redes sociales a las conductas alimenticias de los jóvenes, empleando como motor de búsqueda Google Académico. Se han consultado distintas fuentes como páginas web, revistas y bases de datos sanitarias.

4 Resultados

En los últimos años ha aumentado enormemente la popularidad de las redes sociales entre las personas más jóvenes. La inmensa mayoría de los jóvenes cuentan con alguna red social que usan de manera diaria y pasan horas interaccionando con otros usuarios. Hay mucha información en la red relacionada con la salud, lo que dificulta distinguir entre información real y la que es falsa y no tienen ningún fundamento científico. Por ello, el uso de las redes sociales se ha asociado no solo con una mayor conexión social, sino también con una mayor soledad e insatisfacción personas con uno mismo.

Las redes sociales se usan a menudo para intentar validar la imagen que se tiene de uno mismo y potenciarla hacia los demás. Por esta razón, existe una relación estrecha entre subir fotos alteradas y niveles más altos de hábitos alimentarios alterados, insatisfacción física, ansiedad y depresión. El público femenino tiene más riesgo de padecer estos trastornos debido a los patrones estrictos de belleza establecidos, presiones culturales y determinados pesos corporales impuestos desde la infancia por los medios.

Los influencers y demás personas relevantes en este medio son un factor muy importante en este comportamiento que promueve la delgadez y la perfección física porque comparten contenidos sobre su alimentación y actividad física, muestran que el aspecto físico es un pilar fundamental de su felicidad y crean un estilo de vida que es normalmente imposible de alcanzar por los demás. Además, muchos de ellos aconsejan de nutrición sin tener ningún tipo de estudio promoviendo estrategias que pueden ser perjudiciales para la salud. Hay redes sociales que filtran

las palabras anorexia o bulimia con el fin de detectarlas y dar ayuda al usuario, pero aún así las medidas son insuficientes.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos alimentarios en la actualidad han ido ganando prevalencia, especialmente entre los más jóvenes, debido a que se encuentran en una fase de su vida en la que son más vulnerables a los pensamientos ajenos y están influenciados por nuevas tendencias de moda y cánones de belleza que presenta la sociedad caracterizada por la delgadez y forma física como el éxito personal y social.
Los medios y las redes sociales propagan un ideal de belleza, representada por modelos cuyo peso y estatura representan la excepción en la mayoría de la población.

Por ello, la prevención es la clave para solucionar el problema, desde edades tempranas mediante la educación en las escuelas a cerca del en el consumo responsable y los buenos hábitos alimentarios.

6 Bibliografía

Marta de Diego Díaz-Plaza, José Pedro Novalbos-Ruiz, Amelia Rodríguez-Martín - Redes sociales y ciberacoso en los trastornos de la conducta alimentaria - 2014- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500010

Trastornos de la conducta alimentaria por influencia de las redes sociales - Dialnet - 2013 https://dialnet.unirioja.es/

Capítulo 23

ABORDAJE DE UNA HERIDA INCISA EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

BELÉN FERNÁNDEZ VILLABRILLE

1 Introducción

En la práctica asistencial en urgencias de atención primaria, con frecuencia, los profesionales de enfermería nos encontramos con casos que precisan intervenciones de cirugía menor que pueden ser desde lesiones extensas a pequeñas lesiones en piel, faneras y otros tejidos afectados por heridas agudas. Este tipo de heridas pueden tener diferentes etiologías y, a su vez, pueden presentarse en diversas localizaciones lo que conlleva a que exista gran variedad. Entendemos por cirugía menor a todos aquellos procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración que se realizan sobre tejidos superficiales o estructuras subcutáneas fácilmente accesibles. Por lo general estas intervenciones se realizan bajo anestesia local, no requieren material sofisticado y conllevan bajo riesgo de complicaciones. Ante una herida incisa en la que se objetiva separación de los bordes de la misma y tiene un espesor mínimo, realizar sutura quirúrgica de la lesión proporciona unas ventajas considerables frente a no realizar dicha intervención. Estas ventajas se resumen en una reducción del tiempo de cicatrización. Por tanto, no es de extrañar que ante un caso de este tipo, la actitud terapéutica de elección sea realizar suturar la lesión.

En la valoración inicial de este tipo de lesiones, los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental Corresponde a este gremio decidir si se encarga él mismo del abordaje de las lesiones o si, por el contrario es preciso que sea atendido por profesional facultativo.

2 Objetivos

Describir el papel de enfermería ante heridas agudas en urgencias de atención primaria a través de un caso clínico.
Diferenciar las lesiones que deben ser derivadas a atención especializada y que por tanto no son susceptibles de ser abordadas en atención primaria de las que sí se pueden resolver a este nivel.

3 Caso clínico

Mujer de 45 que acude a urgencias de atención primaria por una herida incisa en el segundo dedo de la mano izquierda. La lesión tuvo lugar mientras cortaba jamón.

A la llegada al centro la paciente presentaba el dedo envuelto en un paño blanco saturado de sangre, lo que parecía sugerir que el corte podría ser profundo.

El personal de enfermería procedió a la valoración inicial para lo cual en primer lugar se limpió la herida bajo con solución salina a chorro. Como el sangrado era notorio se realizó hemostasia con compresa impregnada en amchafibrin y compresión local durante 10 minutos. Tras el cese del sangrado se volvió a limpiar el lecho de la herida. Se evidenció la presencia de una lesión lineal de 3cm en región palmar del segundo dedo y una profundidad de ½ cm. Dada la extensión de la lesión resultó evidente la necesidad de aproximación de los bordes mediante sutura quirúrgica.
Antes de realizar intervención alguna se procedió a realizar una valoración más exhaustiva del miembro afecto comenzando por la valoración funcional en la cual no se evidenció limitación alguna de movimientos. Acto seguido se realizó una exploración escrupulosa del lecho de la herida para lo cual se procedió a separar los bordes de la herida con unas pinzas Adson dentadas. No se observaron estructuras tendinosas visibles. Se aclaró de nuevo el lecho con suero fisiológico para limpiar cualquier posible resto de suciedad u otras partículas, se aplicó clorhexidina al 2% y se dejó secar.
Tras esta valoración se determina que la lesión reúne los requisitos para abordaje quirúrgico en el centro y que, por tanto, la técnica de cirugía menor puede ser realizada por el personal de enfermería del mismo.

Se informó a la paciente la técnica que se le iba a realizar. Se le explicaron los riesgos y los beneficios así como las posibles complicaciones que pudieran surgir.

La paciente aceptó someterse a la intervención y dio su consentimiento verbal.

Una vez revisadas alergias y tratamiento farmacológico se decide aproximar bordes mediante sutura con seda de 4/0.Se preparó un campo estéril y se dispuso sobre el mismo el material: pinzas con dientes, pinzas sin dientes, porta agujas, bisturí, seda trenzada 4/0 y gasas estériles. Se realizó bloqueo del 2º dedo para lo cual se inyectó 1 ml de mepivacaína al 2% en el 2º espacio interfalángico. Una vez que el anestésico surtió efecto se procedió a suturar la lesión. Se colocaron 5 puntos de sutura, se aplicó de nuevo antiséptico y se dejó secar. Posteriormente se cubrió el dedo apósito estéril y vendaje protector.

Tras la realización de la técnica se comprobó correcta inmunización antitetánica, se dieron recomendaciones para el cuidado de las heridas y se pautó analgesia. Se le citó con su enfermera de atención primaria a las 48 horas para revisión y valorar retirada de sutura a los 7 días de la intervención.

4 Discusión-Conclusión

La cirugía menor ambulatoria es un área en la cual los profesionales de enfermería desempeñan un rol fundamental. Los enfermeros no solo poseen las competencias y conocimientos necesarios para realizar correctamente la técnica, sino que tienen autonomía para valorar y decidir qué abordaje terapéutico es el más adecuado para el paciente en función del caso. En el ámbito de urgencias de atención primaria son muy frecuentes los casos de heridas agudas que precisan ser suturadas para favorecer el cierre por primera intención, es decir, aproximación de los bordes. Entre las ventajas de esta técnica están la disminución del riesgo de infección, disminución del dolor, menor tiempo de cicatrización y cicatriz más estética. Todo esto se traduce en mayor bienestar para el paciente.
La realización de este procedimiento en atención primaria tiene a su vez otras ventajas como evitar el desplazamiento del paciente al centro hospitalario y evitar de este modo las largas esperas en los servicios de urgencias y por tanto evitar la prolongación del dolor y malestar del paciente. Por otra parte, ayuda a disminuir la presión en los servicios de urgencias ya de por sí desbordados. En resumen mejora del proceso asistencial en varios niveles.

Sin embargo, para actuar con seguridad y evitar iatrogenia es preciso diferenciar aquellos casos que pueden ser asumidos por enfermería de los que deben ser derivados a personal facultativo experto. El caso que se presenta es un claro ejemplo, pues en aquellas zonas en las cuales existan estructuras nobles como

huesos, nervios, tendones, etc, será necesaria una valoración minuciosa de la lesión para asegurar que no haya daños en alguna de estas estructuras, ya que si los hubiera, podrían surgir complicaciones derivadas de la intervención. En estos casos la forma correcta de proceder sería derivar al paciente al hospital para que un experto en cirugía plástica se encargue del procedimiento. Tomando el caso aquí expuesto podría suceder que, al realizar la valoración del lecho, el paciente pudiera flexionar el dedo, pero que, sin embargo, el tendón flexor estuviera expuesto, es decir, claramente visible. En este supuesto nuestra actitud sería descartar abordaje quirúrgico en el centro, colocar vendaje protector y derivar a urgencias.

Por tanto, lo primordial ante un caso de herida potencialmente suturable en atención primaria, es realizar una correcta valoración de la lesión para determinar en qué nivel asistencial debe ser atendido.

5 Bibliografía

1. Cracroft D. Heridas menores y abrasiones. Urgencias médicas Vol. 1 Sección 1º-5º. Dr. TC Kravis, Dra. CG Warner.Ed. Médica Europea; 1992; 9:97-100.

2. National Academy of Sciences, National Research Council, Division of Medical Sciences, Ad Hoc Committee on Trauma Postoperative wound infections: The influence of ultraviolet irradiation on the operating room and various other factors. Ann Surg. 1964; 160 (suppl 2): 1-196.

3. García GF, Gago FM, Chumilla LS, Gaztelu VV. Abordaje de enfermería en heridas de urgencias. Gerokomos 2013; 24 (3): 132-138

4. Bellido Vallejo, José Carlos Gutiérrez Contreras, Matilde Moreno Laguna, Sacramento y Peinado Montes, Carmen. Heridas suturadas por enfermería en el Hospital Ciudad de Jaén. Rev ROL Enferm. 2000 ene. 23(1):33-38.

Capítulo 24

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS A LA DISCAPACIDAD VISUAL

BEATRIZ CALLE GONZALEZ

1 Introducción

La discapacidad visual es el conjunto de deficiencias que afectan al funcionamiento ocular que limitan la actividad del paciente y puede incapacitar en otras actividades de su vida diaria.

El diagnóstico a un paciente al que se le detecta el inicio de una discapacidad visual puede derivar en una serie de alteraciones a nivel psicológico que deben de ser detectadas de forma precoz para evitar repercusiones negativas que puedan interferir en la adaptación de ayudas necesarias o en su rehabilitación visual.
Un alto porcentaje de los pacientes diagnosticados refiere sentir un sentimiento de amenaza o de pérdida e incapacidad para poder desenvolverse de forma autónoma.

La alteración psicológica más frecuente en el momento del diagnóstico es la negación, ya que tienen confianza en poder resolver la situación con el uso de gafas u otros métodos de corrección.

Cuando la pérdida de visión va progresando y son conscientes de ello, surgen otras alteraciones psicológicas como la pérdida de confianza y de la autoestima que puede dar lugar a una pérdida de comunicación con su entorno, problemas laborales o condicionar su movilidad dando lugar a una depresión.

Es necesario una formación adecuada por parte de los profesionales de enfermería en este ámbito para poder realizar una atención global a las personas con discapacidad visual y a sus familias.

2 Objetivos

Objetivo principal:
Conocer las alteraciones psicológicas asociadas a la discapacidad visual y las intervenciones de enfermería para poder mejorar la calidad de vida del paciente.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la discapacidad visual y las alteraciones psicológicas derivadas. La bibliografía seleccionada se encuentra publicada en los últimos 10 años tanto en español como en inglés. Las bases de datos consultadas son PubMed, Medline y el buscador Google Académico, así como guías específicas sobre discapacidad visual

4 Resultados

Existen varias etapas de adaptación a la discapacidad, en las que las personas pueden pasar por todas ellas o solo por alguna de forma normal, y no es necesario que sigan un orden concreto.
El hecho de no conseguir superar alguna de estas etapas dificulta la aceptación del problema y las ayudas complementarias:
- Incertidumbre: Aparece cuando la persona empieza a apreciar que no tiene buena visión, pero aún no está diagnosticado por un médico.
- Shock: Es una reacción a la noticia del diagnóstico, que puede estar acompañado por una sensación de aturdimiento, donde la persona no es capaz de comprender el alcance de su problema
- Negación: Mecanismo de defensa normal ante un problema
- Depresión: Los sentimientos de tristeza ante un diagnóstico de discapacidad visual y la nueva forma de afrontar la vida se suele percibir como una enfermedad o perdida real de una de las funciones importantes de tu cuerpo que pueden generar una pérdida de autoestima y una hostilidad hacia la gente que les rodea.
- Aceptación: La persona abandona las falsas esperanzas de curación y aprende a vivir con la nueva situación adaptándose a las limitaciones existentes.

La rehabilitación visual es el conjunto de acciones encaminadas a que el paciente recupere su autonomía personal, aprovechando al máximo la visión que tiene en ese momento. Se trata de un proceso largo que requiere la colaboración del individuo y de su entorno familiar.

El entrenamiento visual va enfocado a aprovechar los recursos disponibles como las ayudas ópticas y debe estar supervisado por un profesional.

El ajuste a la discapacidad es el proceso de adaptación final a la discapacidad visual en la que están integrados el desarrollo personal del individuo con la comprensión, reconocimiento y aceptación del problema y la adaptación emocional, funcional y social.

Existen intervenciones de gestión emocional desarrolladas para gestionar el miedo, la ansiedad o estados depresivos y otras estrategias dirigidas a afrontar situaciones que puedan desencadenar estos estados, como mantener una actividad física diaria saludable, solicitar ayuda física y emocional cuando sea necesario, evitar pensamientos negativos sobre problemas potenciales derivados de la discapacidad, aprendizaje e iniciativas para aumentar la confianza y tomar nuevas iniciativas

5 Discusión-Conclusión

En los pacientes que sufren una pérdida o disminución de la visión, precisan de un esfuerzo psicológico, funcional y social adicional para afrontar los cambios en su vida denominado ajuste psicosocial.
La detección de estas alteraciones en sus inicios, pueden ayudar al paciente para conseguir aceptar la situación y tomar conciencia del problema, ya que es necesario su colaboración para iniciar la rehabilitación y conseguir las ayudas adaptadas a su baja visión.
El desarrollo de otras habilidades mediante las ayudas técnicas, pueden ayudar a evitar limitaciones en las actividades de la vida diaria.
El apoyo familiar juega un papel determinante entre las personas con baja visión.

6 Bibliografía

1.Proceso de adaptación y asimilación de la discapacidad adquirida - Federación de Ataxias de España [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible

en: https://fedaes.org/proceso-de-adaptacion-y-asimilacion-de-la-discapacidad-adquirida/
2. [Internet]. Laboratoriosthea.com. 2021 [cited 13 April 2021]. Available from: https://www.laboratoriosthea.com/medias/thea_superficie_ocular_38.pdf
3. Psicología y discapacidad visual [Internet]. Revista Online sobre Salud en español. 2021 [cited 13 April 2021]. Available from: https://integrasaludtalavera.com/psicologia-y-discapacidad-visua/

Capítulo 25

ENFERMERÍA EN SITUACIONES DE CATÁSTROFES Y DESASTRES

VERÓNICA SANZ MINGUEZ

ALICIA FLORES CASARRUBIOS

ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

1 Introducción

Un desastre es ”una disrupción grave del funcionamiento de una comunidad o sociedad que causa amplios daños humanos, económicos o medioambientales y que exceden la capacidad de hacerle frente la comunidad donde ocurre con sus recursos”.
Los desastres pueden ser: naturales, tecnológicos y causados por el hombre.
Los integrantes del equipo disciplinar deben conocer bien su rol. El personal de enfermería desarrolla cuatro funciones principalmente: asistencial, docente, investigadora y administrativa.
Los hospitales tienen planes de emergencia desactualizados. Es importante fortalecer a los profesionales de enfermería sobre el manejo de víctimas en desastres con el fin de mejorar la actuación de enfermería en el futuro.
El control de cualquier imprevisto se basa en ”hacer lo correcto de manera rápida y segura”.
Para la salud pública, los desastres se evalúan por el impacto en las personas. A nivel global y regional, la formación de sanitarios y en particular enfermería en

desastres es escasa.
Lo más importante para formar a los profesionales de enfermería, es tener unas pautas sistemáticas de actuación en las que cada profesional sabe que debe hacer en cada momento.
Catástrofe y desastre tienden a utilizarse como sinónimos, aunque el término catástrofe es más antiguo.
Los conceptos de catástrofe y desastre surgen en el ámbito de las ciencias sociales por Charles Frizt. En los años 80, con la aparición de desastres naturales se añadió el impacto psicológico causado por estos.
En los años 90 surge el concepto de reducción del riesgo de desastre. A partir de los 90, surgen las primeras definiciones internacionales, se considera que todas ellas tienen en común:
- Desastre como situación que afecta a un colectivo.
- Presencia de daños de diferente naturaleza.
- Necesidad de ayuda externa.
- Naturaleza múltiple de las causas del desastre.

2 Objetivos

- Conocer e indicar las funciones de enfermería ante un desastre.
- Estudiar cuál es la formación actual de la enfermería ante desastres.

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

Enfermería trabaja en las siguientes labores:
- Valoración previa y plan de respuesta al desastre: conocer vulnerabilidad y recursos con los que se cuenta.
- Simulacros: los planes de emergencia se deben mantener actualizados. En cada simulacro deben corregirse los errores y mejorar los aspectos mejorables.

- Programas de educación sanitaria: medidas de primeros auxilios, incluyendo a grupos vulnerables de la sociedad, como niños.
Durante el desastre la enfermería realiza las siguientes funciones:
- Evaluación rápida de necesidades.
- Triage prehospitalario: rojo (máxima urgencia), amarillo (atención puede demorarse unas horas), verde (lesiones leves) y negro (fallecidos).
- Enfermería comunitaria y salud pública: enfermería comunitaria debe prestar atención a:Agua y saneamiento/ alimentación/ refugio y asentamientos humanos.
La etapa tras el desastre es la de mayor duración, se centrará en la rehabilitación y reconstrucción y el objetivo es recuperar la normalidad de la comunidad.
Enfermería debe brindar apoyo a la ansiedad de los pacientes.
La mayoría de los profesionales de enfermería no cuentan con la formación actualizada para hacer frente a desastres naturales. Necesitan actualizarse sobre todo a la hora de triar a las víctimas, situación compleja y que debe estar bien inculcada.
Las actuaciones de enfermería en situaciones de desastre se centran en: Clasificar a los traumatizados, organizar los centros de primeros auxilios, limpiar, vendar y suturar heridas, evaluar y vigilar a las pacientes embarazadas, administrar medicamentos incluyendo anatoxina tetánica, anestesia local para heridas, analgésicos, etc.
España está afectada por desastres naturales y tecnológicos. El aumento de los desastres climatológicos puede ser debido al cambio climático. Varios estudios demuestran un aumento de la mortalidad debido a las temperaturas extremas.
Madrid y Cataluña son las comunidades con mayor número de episodios de desastre, en este caso naturales. Los accidentes tecnológicos fueron relacionados con el transporte. Andalucía y Canarias fueron los que más desastres tecnológicos sufrieron debido a su posición donde llegan la mayoría de los transportes marítimos.
Las Comunidades Autónomas (CCAA) deben prepararse en la coordinación de desastres con otras CCAA.
Cuidados de enfermería: aplicación de todos los conocimientos disponibles más apoyo psicológico a los afectados.

5 Discusión-Conclusión

Enfermería desempeña una importante labor en situaciones de desastre. La literatura científica sobre este tema es muy escasa.

Algunos artículos infravaloran la labor de la enfermería ante desastres.
Queda claro que los profesionales de enfermería no disponen de la formación necesaria para hacerle frente a un problema de tal magnitud. Se intenta mejorar esto mediante:

- La promoción de programas de capacitación multidisciplinaria como preparación para los desastres y para dar socorro inmediato.
- La promoción de la organización de actividades de socorro.
- La programación de normas regionales de enfermería que se pudiesen aplicar a nivel nacional.

Durante el desastre enfermería es la encargada de planificar, organizar, dirigir y proporcionar cuidados de enfermería. Además enfermería debe tener conocimientos y aptitudes especiales y ciertas actitudes para trabajar en caso de desastre.

6 Bibliografía

1. Freire González. Papel del personal de enfermería en situaciones de desastre. Uniovi. 2013. DIsponible en: https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/17315/TFM_Lidia%20Freire.pdf?sequence=6.
2. Perez Becerra. Revisión crítica: aspectos a fortalecer en el personal de enfermería sobre el manejo de víctimas resultantes de desastres en la unidad de emergencias. usat. 2017. Disponible en: https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/3215/610734C719a.PDF?sequence=1http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/980/3/TL_PerezBecerraMaria.pdf.
3. Burke. Enfermería de socorro en desastres en el Caribe. OSP. 1981; 91 (3). Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17153/v91n3p262.pdf?sequence=1.
4. Arcos González, Castro Delgado. La construción y evolución del concepto de catástrofe-desastre en medicina y salud pública de emergencia. Index de enfermería. 2015; 24 (1-2): 59-61. DIsponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100

Capítulo 26

CIRUGÍA ABLACIÓN MECÁNICOQUÍMICA DE LA VENA SAFENA CON EL CATÉTER CLARIVEIN: CUIDADOS INTRAOPERATORIOS DE ENFERMERÍA

VERÓNICA SANZ MINGUEZ

ALICIA FLORES CASARRUBIOS

ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

1 Introducción

Actualmente sabemos que las várices en miembros inferiores es una patología vascular muy frecuente, que afecta al sistema venoso de los miembros inferiores y cuyo curso es evolutivo con gran tendencia a la cronicidad. Las varices son la principal manifestación de la insuficiencia venosa crónica. Esta patología puede verse influida por factores que determinen su aparición o evolución, entre los cuales podemos encontrar, la edad, pues es más frecuente su aparición entre los 30 y 60 años. Por otro lado, el sexo y la raza también son un factor importante, predomina en el sexo femenino a razón de 4:1, y la raza blanca se ve más afectada

que la raza negra. Además, existe una predisposición genética, pues el riesgo de desarrollar várices en hijos cuyos ambos padres desarrollaron esta patología llega a 90%
La esclerosis es el método mínimamente invasivo más rápido y eficaz para la desaparición de las varices. La técnica permite eliminar el tronco venoso principal afecto (safena externa o interna) en una sola sesión en la mayoría de las veces.
El método con el catéter Clarivien, consiste en la inyección en la vena de un producto químico que la endurece y provoca su cierre y desaparición a través de un catéter que lleva incorporado un motor que hace que el este rote a gran velocidad.
Es una combinación mecánica y química.

2 Objetivos

- Exponer un protocolo de Enfermería para la cirugía ablación mecánicoquímica de la vena safena con el catéter clariven.
- Definir las pautas de actuación necesarias para garantizar la seguridad del paciente en el periodo intraoperatorio de la cirugía ablación mecánicoquímica de la vena safena con el catéter clariven.

3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google académico, utilizando las palabras claves: ablación mecánico-química de la vena safena, varices, enfermería, protocolo, obtenidos de los Descriptores de Ciencias de la Salud, la búsqueda se realizó utilizando el operador booleano and.
Para la confección del protocolo se utilizó la plantilla de procedimientos específica dictada por el Servicio de Salud del principado de Asturias que consta de los siguientes apartados:

4 Resultados

Es necesario:
Equipo quirúrgico.
Recursos materiales y normas de protección.
Material textil:
-Equipo universal.

Instrumental:
-Caja de ambulatorio (solo se usa si el acceso a la vena mediante punción con ecógrafo no es posible).
Suturas:
-Ligaduras de premilene de 2/0 y 3/0 poliamida de 4/0 (solo se usan si hay que abrir piel para el acceso a la vena).
Otros materiales:
-Guantes estériles.
-Clorhexidina acuosa.
-Gel conductor estéril.
-Kit de punción.
-Jeringa de 5ml.
-Jeringa de 10 ml.
-Aguja subcutánea.
-Apósito pequeño.
-Funda del ecógrafo.
-Venda elástica de crepé.
-Hoja de bisturí del N.º 11(solo si abren).
-Suero salino para purgar y lavar.
-Kit de Clarivein.
Aparatos y accesorios:
-Ecógrafo de cirugía vascular.
Medicación:
-Mepivacaina al 1%.
-Etoxiesclerol 20 mg/ml.
Información y preparación al paciente.
Recepción del paciente.
El paciente llega al antequirófano acompañado del celador de la Unidad de CMA. El enfermero recibe al paciente y se presenta con nombre y cargo. Confirma su identidad y estado actual: ayunas, alergias, medicación habitual, intervenciones quirúrgicas previas, presencia de prótesis, objetos metálicos, marcapasos o DAI. Igualmente se le pregunta si es conocedor de la intervención quirúrgica programada. Se confirmará siempre la lateralidad de la pierna. Este tipo de intervenciones se realizan con anestesia local.
Técnica de realización.
Colocación del Paciente:
Se solicita al celador del Área Quirúrgica el traslado del paciente al quirófano.

Se coloca de pie en un alza alado de la mesa quirúrgica para que el cirujano vascular le realice una ecografía, marque el recorrido de la vena y la posible zona de punción. Para ello se prepara encima del ecógrafo un bote con marcadores (sirven los capuchones de las agujas o de los equipos de suero), un rotulador negro permanente, un bote de gel conductor y un paquete de compresas par limpiar el gel.

A continuación se le acomoda en posición decúbito supino o prono (dependiendo de la vena a abordar), procurando que se encuentre lo más cómodo posible, se le indica que flexione ligeramente la pierna a intervenir con la planta del pie mirando hacia dentro (si la posición es supina) y el cirujano aplica clorehixidina acuosa en spray. Se le tranquiliza y se explican las actividades a realizar: monitorización completa y canalización de vía venosa periférica con catéter endovenoso del calibre 22 y suero salino de 250 ml para mantenimiento de la vía venosa.

Tiempos de la intervención:

El cirujano e instrumentista colocan el campo estéril y ofrecen la funda abierta para que la circulante introduzca el gel conductor en el fondo seguido de la sonda del ecógrafo. El cable de la sonda se fija al campo estéril con el velcro del equipo universal.

El cirujano aplica anestésico local en la zona de punción (jeringa de 10 ml con aguja subcutánea y 1 ampolla de mepivacaína 1%) y canaliza la vena con la aguja verde del kit poniendo el bisel hacia arriba con ayuda del ecógrafo. Una vez que refluye sangre (en este paso tenemos que fijarnos en la aguja y avisarle cuando refluya la sangre, puesto que el cirujano está mirando la pantalla del ecógrafo y puede no percatarse) introduce la guía metálica por la parte menos rígida y si esta se introduce bien pediremos el kit del Clarivein; al tiempo que se entrega el introductor al cirujano.

Preparamos el catéter Clarivein, para ello lo purgamos con una jeringa de 5 ml con suero salino colocando previamente la rosca que viene en le kit y preguntamos cuantas ampollas de etoxiesclerol de 20mg/ml serán utilizadas (máximo de

4 por paciente). Una vez listo se lo entregamos al cirujano el cual quita el fiador del introductor y mete el catéter. Cuando nos lo indique conectamos la parte del motor al catéter (quitar plástico de contacto de las pilas) y enroscamos la jeringa que viene en el kit cargado con etoxiesclerol. El etoxiesclerol lo echa la enfermera rotante en uno de los huecos de la bandeja de plástico donde viene el catéter para que lo carguemos de dos en dos ampollas.

A indicación del cirujano activaremos el botón azul del dispositivo iniciando la rotación de la punta del catéter y una vez comprobado que está en el sitio correcto

comenzamos a introducir el etoxiesclerol presionado el émbolo de la jeringa a la vez que el botón azul y retirando lentamente el catéter hasta finalizar el recorrido, manteniéndolo estirado.
Finalmente se desinfecta la zona de punción con clorhexidina y se coloca un apósito pequeño. Se venda la pierna intervenida con vendaje compresivo isquipédico.
-Observaciones:
Registros.
Documentación intraoperatoria: Segment Group,
Vista Interactiva: Catéteres, Heridas-Drenajes, Dispositivos de Inmovilización si procede.
Formularios: Valoración de Enfermería en quirófano.
Indicaciones.
Agenda de cuidados.
Registro de medicación.
Cuidados del material.
Recuento, recogida y envío del instrumental a la Central de Esterilización para su procesamiento si lo hubiere.
Recogida de materiales textil, desechable y punzante según procedimiento habitual sacar la pila del kit del clariven para su correcta eliminación antes de echarlo al contenedor amarillo.
Recogida y colocación de los aparatos y accesorios.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente la utilización de protocolos se ha convertido en un indicador de calidad asistencial; por ser una herramienta de trabajo que disminuye la variabilidad de la práctica enfermera. Es un referente imprescindible para los/as enfermeros/as de nueva incorporación y optimiza los recursos utilizados.
La implantación del protocolo de Enfermería para la cirugía de ablación mecanicoquimica de la vena safena con el catéter clariven facilita el cumplimiento de las pautas de actuación, garantizando la seguridad de paciente.
Disponer de un protocolo de cuidados perioperatorios de enfermería:
Disminuye la variabilidad de la práctica enfermera.
Aumenta la calidad de los cuidados dispensados.
Es una eficaz herramienta de trabajo para los enfermeros-as de nueva incorporación.

A través de la información y educación para la salud se potencia la promoción del autocuidado aportando seguridad al paciente durante su recuperación en el domicilio.

6 Bibliografía

1. Thierens N, Holewijn S, Vissers WH, Werson DA, de Vries JPP, Reijnen MM. Five-year outcomes of mechano-chemical ablation of primary great saphenous vein incompetence. Phelebology. 2019Jul 10:268355519861464.
2. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario La Ribera, Alzira, Valencia, España Serie de ecografía intervencionista: Intervencionismo venoso guiado por ecografía 18 October 2020.
3. L. Reina Gutierrez, J.L. Fernández Solares Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, Madrid, España Ablación mecánico-química de la vena safena con el catéter ClariVein® (MOCA): aspectos técnicos y revisión de la literatura 28 Noviembre 2017
4. Sánchez-Beorlegui J, Arribas-Cerezo Á, Adanero-Calvo I, Aspíroz-Sancho A, Lamata ÓL, Lamata-Hernández F Tratamiento quirúrgico de la insuficiencia venosa en el territorio de la vena safena externa Julio 2018

Capítulo 27

ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL PACIENTE DONANTE POTENCIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

VERÓNICA SANZ MINGUEZ

ALICIA FLORES CASARRUBIOS

ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

1 Introducción

La donación de órganos es un proceso anónimo y altruista en el que se sustituye un órgano o tejido enfermo, que no funciona o lo hace de manera deficiente por otro sano para mejorar la calidad de vida de la persona que lo recibe y aumentar así su esperanza de vida. Además, supone un ahorro de recursos económicos para el sistema sanitario a largo plazo.

Hay diferentes métodos para la realización de la donación. Donación tras muerte encefálica que se define como pérdida irreversible, por motivos conocidos, de todas las funciones encefálicas, representa el 90% de las donaciones que se producen en España.

El otro método es la donación en asistolia, se lleva a cabo en personas cuyo fallecimiento se ha producido por problemas circulatorios y/o respiratorios que no

han sobrevivido a las maniobras de reanimación cardiopulmonar. Además, no han evolucionado a muerte encefálica y se ha tomado la decisión de retirar las medidas de soporte vital y sin contraindicaciones médicas para la donación de órganos y tejidos.
En las últimas décadas, en España la técnica de extracción y trasplante de órganos ha ido aumentando exponencialmente hasta convertirse líder mundial y referente en esta materia.
Los donantes de órganos necesitan unos cuidados muy exhaustivos que deben llevarse a cabo por los equipos multidisciplinarios en una Unidad de Cuidados Intensivos. Dentro de estos equipos la enfermera juega un papel muy importante, ya que es la que presta una atención directa del paciente donante potencial como de la familia. Es quien se encarga del mantenimiento y preservación hemodinámica y fisiológica de los órganos del paciente donante.
Se trata de una situación compleja y difícil, ya que supone un importante desgaste físico y psicológico.
Los cuidados que se brindan deben ser iguales que los recibidos por otro enfermo ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer el papel de la enfermería en el mantenimiento del paciente donante potencial en una Unidad de Cuidados Intensivos.

3 Metodología

Se ha realizado una estrategia de búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos. Para garantizar los objetivos hemos acotado la búsqueda definiendo unos criterios de inclusión y exclusión: artículos en inglés y español, con menos de 10 años de antigüedad y que traten del tema que nos interesa.

4 Resultados

Una vez se ha diagnosticado- detectado al posible donante mediante una serie de pruebas objetivas los cuidados que se realizan sobre los potenciales donantes de órganos son una tarea compleja que es llevada a cabo por los equipos que trabajan en una Unidad de Cuidados Intensivos. Dentro de estos equipos la enfermera

juega un papel muy importante, ya que es la que presta una atención directa tanto a los potenciales donantes de órganos como a sus familiares.
Por un lado, la enfermera brinda unos cuidados más técnicos enfocados a la prevención y tratamiento de las posibles complicaciones que pueden sufrir este tipo de pacientes (hemodinámicas, respiratorias, endocrinas, infecciosas).
Por otro lado, proporciona unos cuidados bioéticos donde se engloban las intervenciones enfocadas al cuidado de la familia del potencial donante, mostrándose cercana, ofreciéndoles el apoyo necesario y cuidado del paciente con dignidad y respeto.
Es muy importante una vez diagnosticada la situación del paciente, realizar una entrevista con la familia en la que se les comenta el pronóstico funcional y vital del mismo. Esta entrevista va dirigida a solicitar el consentimiento para mantener las medidas de soporte en la Unidad de Cuidados Intensivos en espera a que el paciente evolucione a muerte encefálica para la donación o en caso de que no evolucionara a muerte encefálica por la situación causante o el proceso patológico que presenta se les solicita el consentimiento para la donación en asistolia. Aquí juega un papel importante el Coordinador de trasplantes junto con el resto del equipo.
El mantenimiento del donante potencial supone un cambio en la mentalidad del cuidado, ya que las intervenciones que realiza la enfermera no están encaminadas a la recuperación del paciente sino al mantenimiento y recuperación de los órganos y tejidos.
Uno de los papeles principales que debe proporcionar en estos casos el equipo profesional y en particular la enfermera es resolver dudas respecto al proceso de donación con un lenguaje claro, sencillo y directo, todo ello proporcionando intimidad y respeto.

5 Discusión-Conclusión

La prevalencia del proceso de extracción y trasplante de órganos y tejidos en España está aumentado progresivamente. Por ello es un tema que cada vez va cobrando más importancia, y aunque estamos hablando de la muerte también se habla en cierto modo de la vida de tal manera que la población va teniendo más inquietudes al respecto.
Una vez diagnosticado al paciente de posible donante hasta la extracción de órganos es frecuente la aparición de posibles complicaciones. Es aquí donde la enfermería juega un papel importante. La enfermera debe contar con unos conocimientos y aptitudes adecuados para brindar unos cuidados óptimos y así

mantener los órganos y tejidos a trasplantar en las mejores condiciones posibles, asegurando la viabilidad del trasplante y la mejor calidad de vida del paciente receptor.

6 Bibliografía

Organización Nacional de Trasplantes. Trasplante [Sede Web]. Madrid: Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010
SEMICYUC y ONT. Cuidados Intensivos orientados a la donación de órganos. Med Intensiva. 2017; 2-5
Cárdenas Cruz A. Tratado de Medicina Intensiva. 2º ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
Nieves Ureña C. Muerte encefálica: cuidados de enfermería en el mantenimiento del donante de órganos [Trabajo Fin de Máster] Oviedo: Universidad de Oviedo; 2013.
Freire Izaura LS, Oliveira de Mendonça AE, Bessa de Freitas M, De Sousa Martins ML, Costa Fernandes IK, Torres de Vasconcelos G. Conocimiento del equipo de enfermería sobre la muerte encefálica y la donación de órganos. Enferm. glob. [Internet]. 2014 13(36):179-193.
De Tantillo L, González JM, Ortega J. Organ Donation After Circulatory Death and Before Death: Ethical Questions and Nursing Implications. Policy, Polit Nurs Pract. 2019;20(3):163–73
Scales A, Donation N, Bentley H, Development P, Donation O. Organ donation: Nursing roles and responsabilities. 2020;29

Capítulo 28

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES BASADAS EN LA DIETA MEDITERRÁNEA Y SOSTENIBILIDAD

MARTA SEIVÁNEZ IGLESIAS

LUCIA OBESO ALMEIDA

ALBA PÉREZ FERNÁNDEZ

COVADONGA BENEGASI ÁLVAREZ

MARINA MAYO ALONSO

1 Introducción

Numerosas investigaciones han demostrado que ciertos patrones dietéticos, como la dieta mediterránea, juegan un importante papel en la prevención de enfermedades crónicas. Ensayos clínicos como el estudio Predimed, han aumentado la calidad de la evidencia, demostrando que una dieta mediterránea produce una mejora significativa en los factores de riesgo cardiovascular y resulta ideal en la prevención de enfermedades relacionadas con estos.

Por otra parte, cada vez se habla más de las repercusiones medioambientales que tienen los sistemas alimentarios. Hablamos de dieta sostenible cuando se genera un impacto en el medio ambiente reducido.

De forma reciente se analizan las complejas interacciones sinérgicas entre los nutrientes y otros componentes de los alimentos, y es lo que ha marcado un mayor interés por los patrones dietéticos totales. Se ha demostrado que el estudio de estos patrones dietéticos podría ofrecer información sobre el riesgo de desarrollar algunas enfermedades. De esta forma, se estudia el vínculo entre la dieta y el riesgo de enfermedades crónicas. Este tema es fuente de interés en política nutricional porque demuestra la importancia en la promoción de la salud.

El patrón de dieta mediterránea es popularmente conocido y estudiado, demostrándose sus beneficios en el control de los factores de riesgo cardiovascular, y relacionándolo con un envejecimiento saludable.

2 Objetivos

- Enumerar las recomendaciones actuales en materia de alimentación, desde el punto de vista de la sostenibilidad.
- Analizar las bases del patrón de la dieta mediterránea.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Scielo. Se seleccionaron artículos en inglés y en castellano. Las palabras clave utilizadas según el DeCS fueron: Dieta mediterránea, dieta saludable, estilo de vida, enfermedad crónica.

4 Resultados

1. HORTALIZAS Y FRUTAS

Un elevado porcentaje de su composición es agua. Aportan hidratos de carbono de bajo índice glucémico (más elevado en frutas), fibra y azúcares. Tienen además múltiples vitaminas y minerales. Su contenido en grasas y proteínas es escaso.

Tienen efectos antioxidantes útiles en la protección cardiovascular y procesos relacionados con el envejecimiento. Diversos estudios relacionan el aumento en su ingesta con un menor riesgo de sufrir enfermedades cardiometabólicas y algunos tipos de cáncer.

Se tratan de alimentos base en la dieta mediterránea, por lo que se debe fomentar su consumo.

 El consumo recomendado es al menos 5 raciones al día. Puede distribuirse en 3 raciones de hortalizas y 2-3 de frutas. Debe priorizarse de temporada y frescas, y los zumos de frutas no deben de ser sustituto de piezas enteras.

2. TUBÉRCULOS

Las raíces y tubérculos incluyen la patata, el boniato, la yuca y remolacha principalmente. Presentan un elevado contenido de agua (77%) e hidratos de carbono complejos (almidón). Tienen un índice glucémico alto. Poseen fibra (2g/100 g) y minerales como potasio, hierro, fósforo, calcio, magnesio y zinc. Su contenido en vitaminas es escaso.

Se recomienda alternar con otras fuentes de hidratos de carbono, como los cereales enteros o las legumbres, puesto que tienen menor índice glucémico.

 Se recomienda un consumo moderado.

3. CEREALES

Abundantes en hidratos de carbono complejos. Son denominados integrales cuando provienen de granos entero. Estos poseen mayor contenido en fibra, lo cual provoca una absorción más lenta de los hidratos de carbono, por lo que se considera que poseen un bajo índice glucémico. Abundantes también en minerales, vitaminas y fitoquímicos (antioxidantes). Poseen un contenido moderado en proteínas (3-16%), aunque deficitarias en lisina y, en el caso del maíz, en triptófano. Además, contienen poca grasa, principalmente insaturada.

Al refinar los cereales, conservan el almidón pero pierden parte de las proteínas y la mayoría de sustancias beneficiosas como las vitaminas y minerales. Se trataría entonces de hidratos de carbono de absorción rápida.

El consumo de cereales integrales se ha asociado en diversos estudios con menor riesgo cardiovascular.
Por otro lado, el impacto medioambiental de los cereales es bajo, siendo de todos ellos el arroz el que mayor impacto tiene por su especial forma de cultivo.

 Se recomiendan de 3 a 6 raciones al día, preferentemente integrales y evitando harinas refinadas. Se reducirán si se necesita restricción calórica. Se puede sustituir alguna ración por legumbres.

4. FUENTES DE PROTEÍNAS

En términos generales, las necesidades de proteínas corresponden a 0,8 g/kg/día. En personas mayores se requiere una mayor ingesta con objetivo de evitar la desnutrición y sarcopenia.

Las proteínas de origen animal son consideradas de elevada calidad, debido a que tienen todos los aminoácidos esenciales. Respecto a las de origen vegetal, los garbanzos, algunas alubias blancas y la soja son de alta calidad, no ocurriendo así con el resto.

El mayor impacto medioambiental es el ocasionado por las proteínas de origen animal, por lo que se aconseja una dieta alta en proteínas de origen vegetal y baja en carnes y lácteos como medida para frenar el cambio climático

4.1 PROTEÍNAS VEGETALES o LEGUMBRES

Fuente principal de proteínas de origen vegetal. Tienen una alta densidad calórica, y se trata de un alimento saciante. Destaca el almidón, un hidrato de carbono complejo que contiene un alto contenido en fibra, lo cual provoca una absorción lenta. Aporta también diversas vitaminas y minerales, además de fitoquímicos que reducen la absorción intestinal del colesterol.

Tienen un valor biológico menor que las proteínas de origen animal, al carecer de algunos aminoácidos esenciales como la metionina. Sin embargo, se puede solventar combinándola con una fuente de proteína complementaria.

La soja es una de las fuentes vegetales de proteína de alta calidad. Contienen isoflavonas y, en comparación con resto de legumbres, aporta mayor cantidad de hierro, magnesio, potasio, además de ácido fólico y vitaminas del grupo B.

 Se recomienda desde 4 raciones a la semana hasta un consumo diario, con objetivo de reducir la ingesta de proteínas de origen animal y el consumo de cereales no integrales. o FRUTOS SECOS

Forman parte de esta categoría las almendras, avellanas y nueces; y también los cacahuetes a pesar de ser leguminosas. Alto contenido en grasas, principalmente insaturadas (omega 3), además de proteínas.
Contienen abundante fibra, vitaminas (ácido fólico y vitamina E), minerales (potasio, calcio, selenio y magnesio) y sustancias fitoquímicas (polifenoles y fitosteroles). Poseen además una alta capacidad saciante.

Resultan beneficiosos para la mejora del perfil lipídico, disminuyendo LDL y aumentando HDL.

 Se recomienda 3 o más raciones de frutos secos a la semana, hasta 1 ración diaria. Debe tenerse en cuenta su elevada densidad energética, disminuyendo el consumo de otros alimentos si es preciso. Se aconseja consumirlos crudos y sin pelar, durante el día por su efecto saciante, y no como postre.

4.2 FUENTES DE PROTEÍNAS ANIMALES o PESCADOS Y MARISCOS

Fuente fundamental de ácidos grasos poliinsaturados omega 3, especialmente en el pescado azul (sardina, anchoa, atún, salmón, bonito, arenque, caballa, trucha, anguila, etc.). Contiene además otros nutrientes como vitamina D, yodo y selenio. Por otro lado, se encuentran los mariscos, con vitaminas del grupo B, y minerales como fósforo, potasio, hierro…

Los beneficios del consumo de pescado son atribuibles a su riqueza en omega 3, que ocasiona efectos beneficiosos sobre el sistema cardiovascular, como reducción de la concentración sérica de triglicéridos, reducción de riesgo de muerte súbita, mejoría de la elasticidad arterial, descenso de la lipidemia pospandrial…

La sostenibilidad de la pesca depende de variables como puede ser la técnica de pesca, tipo de pez, y de si se trata de pesca salvaje o acuicultura.

 La recomendación es de al menos 3 raciones a la semana, preferentemente de pescado azul. o HUEVOS

Destaca la ovoalbúmina, proteína de alto valor biológico y de gran interés nutricional. Contienen también antioxidantes; vitaminas A, D y del grupo B; y minerales como selenio, fósforo, yodo y zinc. A pesar de que tradicionalmente se ha relacionado el consumo de huevos con un aumento del colesterol total y del cLDL, estudios clínicos demuestran que este incremento es leve, y en la mayoría de personas el impacto en los niveles sanguíneos es modesto.

Entre las fuentes de proteínas de origen animal, el huevo es de los que menor impacto medioambiental tiene.

 La recomendación es de hasta 4 huevos a la semana. Si bien también existen documentos donde se sugiere que tanto población general sana como personas con factores de riesgo cardiovascular pueden consumir hasta un huevo al día. o LECHE Y DERIVADOS

Contienen proteínas de alto valor biológico, grasas principalmente saturadas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales como calcio, fósforo, potasio y yodo). Contienen lactosa, aunque los fermentados en menor cantidad.

A pesar de que preferentemente se ha indicado el consumo de lácteos bajos en grasa en prevención cardiovascular, la evidencia muestra un efecto neutro en las enfermedades cardiovasculares. No se encuentra consenso respecto a la recomendación de consumo de lácteos enteros o bajos en grasa, pero algunas entidades muestran preferencia por el consumo de productos enteros.

 Máximo 3 raciones al día, evitando los lácteos con azúcares añadidos y con alto contenido en sal. Si se consumen otras fuentes de origen animal podemos reducir estas raciones, puesto que supone un elevado impacto ambiental, únicamente por detrás de la carne. o CARNE Y PRODUCTOS CÁRNICOS

Contiene proteínas de alto valor biológico, además de ácidos grasos saturados. Poseen vitaminas del grupo B y minerales como hierro hemo y potasio, entre otros. Las carnes blancas tienen menor contenido graso que las rojas, y el cerdo a su vez tiene menos que el cordero o la ternera. El contenido graso a su vez varía en función de la zona anatómica y del tipo de alimentación del animal.

Se considera carne procesada a la carne que es transformada mediante salazón, curado, fermentación, ahumado u otros procesos para mejorar su sabor o conservación. La mayoría son de cerdo o vaca. Su consumo se ha asociado con distintos tipos de cáncer, principalmente colorrectal, que puede relacionarse con los nitratos y otros compuestos presentes en su composición. Por otra parte, la carne roja contiene mayor cantidad de hierro hemo, y este facilita la producción de compuestos nitrogenados carcinogénicos.

La ganadería supone un gran impacto ambiental, y existe unanimidad respecto a la necesidad de adopción de una dieta con bajo contenido en proteína animal.

 Se recomienda restringir a un máximo de 3 raciones a la semana, priorizando la carne blanca y evitando las carnes procesadas.

5. ACEITE DE OLIVA

Es la principal grasa de la dieta mediterránea. Recomendada tanto para preparaciones y cocinado como en aliños. Posee antioxidantes como ácidos grasos monoinsaturados (ácido oleico), fenoles y vitamina E, beneficiosos en prevención. El aceite de oliva virgen extra (AOVE) aporta mayor cantidad de polifenoles, muy

bioactivos, a los que se les atribuye buena parte de los beneficios para la salud que tiene su consumo.

 Consumo diario en todas las comidas principales del día. Esta cantidad debería ser controlada en caso de existir restricción calórica, puesto que se trata de un alimento con una elevada densidad calórica.

6. AGUA

Debe ser la bebida principal de elección. Se incluye en la ingesta total el agua de las preparaciones y el que forma parte de alimentos, además de las bebidas.

Los requerimientos varían en función de condiciones ambientales. En términos generales la recomendación es de 2,5 litros al día para hombres y de 2 litros al día para mujeres.

Debido al impacto medioambiental, debe consumirse agua del grifo o corriente. El agua embotellada genera un impacto ambiental 1400 veces mayor.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación juega un importante papel en el desarrollo de las enfermedades no transmisibles. La existencia cada vez mayor de evidencia científica que apoye el patrón de alimentación mediterránea ha llevado a ser recomendado en múltiples guías nacionales e internacionales como método de prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares, y sus efectos positivos en la longevidad y la calidad de vida. Esto se acompaña de la posibilidad mediante la adhesión a la dieta mediterránea de reducir el impacto medioambiental de la alimentación.

Es importante promover cambios hacia este modelo sostenible, priorizando el consumo de proteínas de origen vegetal, aumentando el consumo de hortalizas y frutas y, en definitiva, seleccionando aquellos alimentos que hayan llegado hasta los supermercados generando el menor impacto ambiental posible.

6 Bibliografía

1. Martínez-González MA, Salas-Salvadó J, Estruch R, Corella D, Fitó M, Ros E, et al. Benefits of the Mediterranean diet: Insights from the PREDIMED study. Prog

Cardiovasc Dis [Internet]. 2015;58(1):50–60. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.pcad.2015.04.003
2. Serra-Majem L, Ortiz-Andrellucchi A. La dieta mediterránea como ejemplo de una alimentación y nutrición sostenibles: enfoque multidisciplinar. Nutr Hosp [Internet]. 2018;35(Spec4):96–101. Disponible en: http://dx.doi.org/10.20960/nh.2133
3. Tuttolomondo A, Simonetta I, Daidone M, Mogavero A, Ortello A, Pinto A. Metabolic and vascular effect of the Mediterranean Diet. Int J Mol Sci [Internet]. 2019;20(19):4716. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/ijms20194716
4. López García E, Bretón Lesmes I, Díaz Perales A, Moreno Arribas V, del Puy Portillo M, Rivas Velasco AM, et al. Informe del Comité Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) sobre recomendaciones dietéticas sostenibles y recomendaciones d actividad física para la población española. Revista del Comité Científico de la AESAN. 2022; 36: 11-70.
5. Pérez-Jiménez F, Pascual V, Meco JF, Pérez Martínez P, Delgado Lista J, Domenech M, et al. Documento de recomendaciones de la SEA 2018. El estilo de vida en la prevención cardiovascular. Clin Investig Arterioscler [Internet]. 2018;30(6):280–310. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.arteri.2018.06.005

Capítulo 29

PAPEL DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

MARTA SEIVÁNEZ IGLESIAS

LUCIA OBESO ALMEIDA

COVADONGA BENEGASI ÁLVAREZ

MARINA MAYO ALONSO

1 Introducción

La insuficiencia cardiaca (IC), según la define la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), se trata de un síndrome clínico caracterizado por síntomas típicos (disnea, inflamación de tobillos y fatiga) que puede acompañarse de signos como presión yugular elevada, crepitantes pulmonares y edema periférico, causados por una anomalía cardiaca estructural o funcional que producen una elevación de las presiones intracardiacas o un gasto cardiaco inadecuado en reposo o durante el ejercicio (1).

En países desarrollados la incidencia de la IC ajustada por edad podría estás disminuyendo a causa de un mejor abordaje de las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, la incidencia total está en aumento debido al envejecimiento de la

población. La prevalencia se sitúa en el 1-2% de los adultos. Esta prevalencia aumenta con la edad, por lo que se situaría en más del 10% de los mayores de 70 años (1).

El pronóstico de los pacientes con IC ha mejorado considerablemente, a pesar de lo cual este continúa siendo malo y su calidad de vida está muy disminuida (1).

En los últimos años las unidades de insuficiencia cardíaca (UIC) han ido abriéndose paso en nuestro país. En estas unidades la enfermería juega un papel fundamental participando en la educación para la salud, potenciando el autocuidado y empoderando al paciente sobre su enfermedad, dieta, ejercicio, control de peso, presión arterial, frecuencia cardíaca, adherencia al tratamiento y realizando la titulación de fármacos (2).

Específicamente, se ha demostrado que la transición entre el alta hospitalaria y el inicio o la reincorporación al seguimiento ambulatorio es una etapa clave. Tras el paso por el hospital, debe garantizarse también una continuidad en los niveles de atención desde la Atención Especializada, hasta la Atención Primaria (AP). Para ello deben elaborarse programas de transición de cuidados entre los profesionales, donde se lleve a cabo una comunicación activa que transfiera las actividades llevadas ya a cabo, las pendientes de realizar, las barreras identificadas y demás datos de interés para un adecuado manejo del paciente. Una transición óptima reduce la tasa de rehospitalizaciones y el riesgo de eventos clínicos adversos (2).

Con objetivo de reducir las hospitalizaciones y mortalidad se recomiendan programas de atención multidisciplinar. Este abordaje debe estar centrado en el paciente y tener una perspectiva holística (2).

2 Objetivos

- Detallar los aspectos clave en el manejo del paciente con IC por parte de la enfermera desde la consulta de Atención Primaria.
- Analizar las últimas recomendaciones en el manejo del paciente con IC.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline (Pubmed), The Cochrane Database of Systematic Reviews, y Scielo. Los idiomas seleccionados

fueron inglés y español. También se consultaron las últimas Guías de Práctica Clínica referentes al tema a tratar.
Las palabras clave según el tesauro MESH fueron:
- Hearth failure, Nursing, Nursing care, Primary Health Care
La estrategia de búsqueda empleada incluyó los siguientes términos:
- (”Heart Failure”[Mesh]) AND ”Nursing”[Mesh]
- ((”Heart Failure”[Mesh]) AND ”Nursing Care”[Mesh]) AND ”Primary Health Care”[Mesh]

4 Resultados

Los pacientes con IC crónica estable, una vez alcanzados objetivos de estabilidad clínica y tratamiento médico óptimo, realizarán el seguimiento primordialmente en Atención Primaria. El seguimiento de estos pacientes será en términos generales cada 3-6 meses, individualizando en función de multimorbilidad y/o fragilidad en mayores, y siendo este seguimiento más estrecho cuanto más avanzada esté la enfermedad (3).

Además, en IC inestable después de cada ingreso por descompensaciones o en caso de que acudan a los servicios de urgencias, los pacientes deben ser evaluados por AP (3). Esta visita precoz debería producirse en los primeros 7-10 días tras el alta. Tras este primer contacto los pacientes deben ser incluidos en un programa de seguimiento estructurado, que tiene por objetivo fomentar el empoderamiento del paciente, con intervenciones basadas en enfermería (2).

Para conseguir una evolución favorable de la IC, los dos aspectos clave son el autocuidado del paciente y la adherencia al tratamiento, y en ambos casos la herramienta para conseguirlos se trata de la educación terapéutica (4). Esta educación terapéutica debe estar dirigida hacia el paciente y sus cuidadores, y debe de estructurarse en distintos temas y acciones encaminadas hacia el control de los factores de riesgo cardiovasculares, que se concretan en actuaciones sobre los estilos de vida y el uso de fármacos cardioprotectores.
Los pacientes que reportan un autocuidado más efectivo, tienen mejor calidad de vida y tasas más bajas de reingresos y mortalidad (1).

El papel de la enfermera en la atención a los pacientes con IC se centra en (4):
- La información y educación sanitaria orientada hacia el autocuidado.
- La detección precoz de signos de descompensación y su abordaje.

- El fomento de la adherencia terapéutica y la promoción de hábitos de vida saludables.
- La elaboración de planes de cuidado según las necesidades de cada individuo.
- El asesoramiento ante las dudas y dificultades del paciente y su familia.
- El apoyo emocional para mejorar el afrontamiento de la enfermedad y la posible pérdida de funcionalidad.
- Asegurar la continuidad asistencial mediante una adecuada coordinación con el médico de familia y con el segundo nivel.

4.1 CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD

Que el paciente comprenda su enfermedad es básico para que el autocuidado sea eficaz. Tanto el paciente como sus cuidadores deben comprender la causa de la IC, los síntomas y las opciones de tratamiento. Debe comprender que se trata de una enfermedad crónica y progresiva, que consta de diferentes fases a lo largo de la enfermedad (1).
Se debe educar en la observación de los signos y síntomas de descompensación, con objetivo de tomar las medidas oportunas (5).

Dentro de estos signos de alarma se encuentran:
- Ganancia de peso rápida: 2 kg en 3 días o 3 kg en una semana.
- Edemas en miembros inferiores
- Oliguria
- Aumento disnea
- Ortopnea o necesidad de dormir con varias almohadas
- Tos irritativa y persistente (sobre todo acostado)
- Dolor en el pecho y/o palpitaciones
- Cansancio intenso
- Mareos y/o pérdida de conocimiento

Se recomienda el control de peso. Este será 2-3 días a la semana en pacientes estables, y en caso de descompensación o IC avanzada el control será diario. Para que el registro sea eficaz se establecerá un peso de referencia, y se realizará el control por la mañana, después de orinar, en ayunas, desnudo y en la misma balanza (4,5).

Se debe instruir a los pacientes para que ellos mismos ajusten la dosis de diuréticos con base en la monitorización de los signos y síntomas de congestión y el peso diario (1).

En función de la situación personal y control de la enfermedad del paciente, puede ser también recomendable el registro de la ingesta de líquidos. Podemos emplear registros que faciliten el control.

4.2 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Los 3 objetivos fundamentales del tratamiento farmacológico son reducir la mortalidad, prevenir las hospitalizaciones recurrentes y mejorar la calidad de vida y la capacidad funcional (1).

Es función de la enfermera el manejo de la adhesión al régimen terapéutico: asegurarse de que se toma la medicación como está prescrita, a la misma hora cada día, no tiene olvidos en la toma, no dejar de tomarlos si presenta efectos adversos ni si nota mejoría de los síntomas. En la tabla 1 se muestran los efectos secundarios más frecuentes en el tratamiento farmacológico.

Se debe explicar a los pacientes que las dosis de estos fármacos no se deben disminuir o suprimir por tener la tensión arterial baja, siempre que se encuentren bien (5).

Para facilitar la adhesión, puede ser útil la elaboración de una ficha o listado de medicamentos donde se detalle los nombres, indicación, dosis y hora a la que debe tomarlos. En caso de dificultad para el manejo de la medicación puede utilizar algún mecanismo de ayuda, como pastilleros. Son herramientas útiles para medir la adherencia el test de Morinsky-Green o el test de Batalla. La adhesión a la medicación se asocia con menor mortalidad cardiovascular y menos hospitalizaciones por IC en pacientes ambulatorios crónicos (4,5).

En todas las transiciones asistenciales (ingresos hospitalarios, visitas a urgencias…) debemos de garantizar la conciliación de medicación desde Atención Primaria (5).

Las recomendaciones de tratamiento farmacológico de clase I según las últimas Guías de Práctica Clínica, para pacientes con IC con fracción de eyección reducida (FEVIr ≤40%), se basan en la administración de (1):
- Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) / Inhibidores de la neprilisina y el receptor de la angiotensina (INRA).
- Bloqueador beta (BB)
- Antagonistas del receptor de mineralcorticoides (ARM)

- Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) Principal novedad terapéutica. Independiente de su estado glucémico.
- Diurético de asa para la retención de fluidos. Signos o síntomas de congestión, alivio de estos. Alcanzar y mantener la euvolemia con la dosis más baja posible.

Los ARAII, que hasta ahora habían sido la alternativa a pacientes que no tolerasen IECA, en las últimas guías solo se recomiendan en paciente que no toleren IECA o INRA (1).

Es necesario conseguir las dosis que han demostrado ser efectivas, mediante la titulación de dichos fármacos, y llegar a la optimización del tratamiento en número y dosis en pocas semanas.
En el proyecto Marec realizado en 2020 analizan la figura de la enfermera de IC en España. En él constatan un aumento en el número de Unidades de Insuficiencia Cardíaca (UIC) en los últimos años, y obtienen una participación de 60 centros en todo el territorio español. En un 86,7% de las UIC, la consulta de enfermería tiene responsabilidades directas sobre los pacientes, lo que refleja un cambio en las funciones que se realizan al asumir intervenciones como son la educación sobre IC, fomento del autocuidado, control de la adherencia al tratamiento y la titulación de fármacos. En la titulación de fármacos la enfermera ajusta las dosis o las modifica en función clínica del paciente y bajo un protocolo de actuación basado en las Guías de Práctica Clínica (GPC) y guiadas por un cardiólogo. Sin embargo, esta formación no está definida en nuestro país, y en las GPC no se describe cómo debe ser la formación de las enfermeras ni existe unanimidad sobre las funciones que deben desempeñar (6).

Por otra parte, en el ensayo clínico ETIFIC de Oyanguren et al., se prueba la no inferioridad en la titulación de fármacos por enfermeras de IC frente a cardiólogos de IC. Las enfermeras consiguieron mayores dosis de bloqueadores beta/IECA con más visitas y menos hospitalizaciones por IC, con lo que se demuestra que la titulación de fármacos por enfermería es segura y efectiva (7).

4.3 AUTOCUIDADOS

4.3.1 DIETA Y NUTRICIÓN

Se deben evitar tanto situaciones de obesidad (IMC>30) como caquexia cardíaca, situación que puede aparecer en IC grave, y que se define como una pérdida

involuntaria de más del 6% del peso estable durante los últimos 6 meses (4,5).

El consejo que fomenta la dieta mediterránea demuestra cambios positivos en la conducta alimentaria y reducciones en la morbimortalidad cardiovascular, tanto en prevención primaria como secundaria. La dieta mediterránea es la que utiliza el aceite de oliva como grasa culinaria, rica en alimentos de origen vegetal (fruta, verduras y frutos secos), con un consumo frecuente de legumbres y cereales integrales, moderado de pescado, carnes blancas y lácteos, y una baja ingesta de sal, carnes rojas o procesadas y alimentos con azúcares añadidos (8).
Se puede considerar una restricción de fluidos a 1,5-2 l/día a pacientes con IC grave o hiponatremia para aliviar los síntomas y la congestión (1,4).

La restricción de sodio también puede ayudar a controlar los signos y síntomas de congestión (4,5). Se debe evitar la ingesta excesiva de sal (>5g/día) (1). Esto equivale a una cucharadita al día y a 2000 mg de sodio.

4.3.2 ACTIVIDAD Y EJERCICIO FÍSICO

Se debe adaptar la actividad física al estado sintomático y las circunstancias personales. Se recomienda el entrenamiento físico para todos los pacientes que puedan realizarlo a efectos de mejorar la capacidad de ejercicio y la calidad de vida y reducir las hospitalizaciones por IC (Evidencia Clase I Nivel A) (1).

Se recomienda el ejercicio físico aeróbico: caminar por terreno llano, montar en bicicleta, nadar… El incremento del ejercicio será progresivo, pudiendo comenzar por caminar 5-10 min dos veces al día, para ir aumentando hasta conseguir 30-40 min 5-7 veces por semana (4,5).

Se aconseja intercalar periodos de descanso con tiempo cortos de actividad. La intensidad del ejercicio debe ser de leve a moderada. Una forma eficaz de asegurarse de esto es que el paciente sea capaz de hablar mientras realiza el ejercicio (4,5).

Se debe evitar el ejercicio a temperaturas o ambientes extremos, así como en ayunas o justo después de comer. Hay que evitar los ejercicios isométricos, los ejercicios bruscos y violentos y los deportes de competición (4,5).

Pequeños gestos cotidianos de la vida diaria también pueden ayudar a mejorar la capacidad funcional, como subir escaleras, sustituir el autobús por el caminar o actividades de jardinería (4).

4.3.3 HÁBITOS TÓXICOS

El consumo de tabaco es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en España, causando 51.870 muertes anuales. Se recomienda intervenir sobre el consumo de tabaco mediante la estrategia de las 5 A que consiste en preguntar al paciente si fuma, aconsejar el abandono del tabaco, valorar la disponibilidad para hacer un intento de dejar de fumar, ayudar a cada persona fumadora en el intento de abandono y, por último, fijar visitas de seguimiento (8).

Respecto al alcohol, la abstinencia o el consumo muy moderado son beneficiosos. Los pacientes con miocardiopatía inducida por el alcohol deben abstenerse (1). El cuestionario de elección para el cribado de consumos de riesgo en el ámbito sanitario es el Audit-C. Se define el consumo de bajo riesgo el que no excede de 20 g (2 UBEs/día o 14 UBE/semana) en varones y de 10 g (1 UBE/día o 7 UBEs/semana) en mujeres. No hay ningún nivel de consumo beneficioso para la salud (8).

Tabla 1. Efectos secundarios más frecuentes en el tratamiento farmacológico[4].

Grupo	Principio activo	Principales efectos adversos
IECA	Captopril, Enalapril, Lisinopril, Ramipril, Trandolapril	Tos; hipotensión; aumento de urea, creatinina, potasio
INRA	Sacubitrilo – Valsartán	Hipotensión; aumento de creatinina, potasio; angioedema
ARM	Eplenerona, Espironolactona	Aumento de creatinina, potasio; molestias mamarias o ginecomastia
Bloqueadores Beta	Bisoprolol, Carvedilol, Succinato de metropolol, Nebivolol	Empeoramiento de la IC; frecuencia cardíaca baja; hipotensión
iSGLT2	Dapagliflozina, Empagliflozina	Infecciones genitourinarias
Diuréticos de asa	Diuréticos de asa: Furosemida, Torasemida, Bumetanida Diurético tiazídico: Hidroclorotiazida, Bendroflumetiazida, Metolazona Sulfonamida no tiazida: Indapamida	Hipotensión; hipopotasemia; hipomagnesemia; hiponatremia; Hiperuricemia; hipovolemia/deshidratación; aumento de creatinina, urea

IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; INRA: Inhibidores de la neprilisina y el receptor de la angiotensina; ARM: antagonista del receptor de mineralocorticoides; iSGLT2: inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2.

5 Discusión-Conclusión

El abordaje de la insuficiencia cardíaca debe ser centrado en el propio paciente, desde una perspectiva multidisciplinar, y requiere de una correcta relación entre los distintos niveles de atención, donde se asegure una correcta transición. A lo largo del proceso de enfermedad se ven involucrados distintos profesionales en la atención a estos pacientes, como son los profesionales de Atención Primaria. Por lo tanto, sería recomendable que existieran protocolos que facilitasen la interacción entre especialidades y niveles asistenciales, para asegurar así una continuidad de cuidados.

Como hemos visto, el papel de los profesionales de enfermería en la asistencia clínica al paciente crónico complejo, como son los pacientes con IC, es fundamental. En Atención Especializada con la existencia de la enfermera especialista en IC se ha dado un paso hacia la enfermería de práctica avanzada. Sin embargo, se debe asegurar la correcta formación del personal, y esta formación no está aún definida en nuestro país. Por otra parte, se requieren avances legislativos que permitan el ajuste de dosis por profesionales de enfermería capacitados, bajo supuestos claramente establecidos.

La enfermera familiar y comunitaria tiene un importante papel en el seguimiento del paciente crónico complejo, desde la consulta de Atención Primaria, donde la educación terapéutica constituye uno de los pilares fundamentales en la atención a estas personas. Con la elaboración de programas estructurados de atención a este tipo de pacientes, sería más fácil prestar cuidados de calidad. Sin embargo, en la Guía ESC 2021 no se hace ninguna recomendación específica acerca del papel de la enfermería en las distintas fases de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2022;75(6):523.e1-523.e114. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2021.11.027
2. Comín-Colet J, Enjuanes C, Lupón J, Cainzos-Achirica M, Badosa N, Verdú JM. Transiciones de cuidados entre insuficiencia cardiaca aguda y crónica: pasos críticos en el diseño de un modelo de atención multidisciplinaria para la prevención de la hospitalización recurrente. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2016;69(10):951–61. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.04.008

3. Barón-Esquivias G, Brotons Cuixart C, Bueno H, Castellanos Rodríguez A, Díaz Sánchez S, Domingo Teixidor M, et al. Procesos asistenciales compartidos entre Atención primaria y Cardiología. Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2015.
4. Pérez Otero R. García García M, Del Castillo Arévalo F. Atención de Enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca en Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Abr; 1(2): 9-26
5. Adalid Ortega A, Sanchez Paule MY, Fernández Vázquez MI, Vazquez Luque AJ, Tirado Pedregosa G ,Hormigo Pozo A, et al. Guía de Atención enfermera a personas con insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria. Sevilla: Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud; 2017.
6. Naya Leira C, Fernández Redondo C, Fradejas Sastre V, García Hernández P, Riveiro Rodríguez CM, Faraudo M, et al. Proyecto MAREC: situación de la enfermería en insuficiencia cardiaca en España. Enferm Cardiol. 2020; 27 (80): 11-23.
7. Oyanguren J, Garcia-Garrido L, Nebot-Margalef M, Latorre-García P, Torcal-Laguna J, Comín-Colet J, et al. Noninferiority of heart failure nurse titration versus heart failure cardiologist titration. ETIFIC multicenter randomized trial. Rev Esp Cardiol (Engl Ed) [Internet]. 2021;74(6):533–43. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.rec.2020.04.016
8. Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JI, et al. PAPPS expert group. Lifestyle recommendations. Aten Primaria [Internet]. 2020;52 Suppl 2:32–43. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2020.07.004

Capítulo 30

PRINCIPALES ASPECTOS SOBRE EL EMBARAZO EN LAS MUJERES DE EDAD AVANZADA

LIDIA BOBIS CHARCO

1 Introducción

La maternidad es un proceso fisiológico de gran importancia en la vida de la mujer y/o la pareja. Para las mujeres el inicio de la vida reproductiva comienza con la menarquia. Tal como la define la OMS, la salud reproductiva abarca los mecanismos de procreación y el aparato reproductor en todas las etapas de la vida de la mujer (1).

Sin embargo, la fertilidad de las mujeres va a ir disminuyendo conforme avanzan en edad. De tal modo que la pérdida de óvulos durante la vida de la mujer es relativamente uniforme hasta los 35-37 años, entrando posteriormente en un ritmo acelerado en los años que preceden a la menopausia. Además, las células germinales óptimas son las primeras en ser usadas, quedando con el paso del tiempo en el tejido ovárico aquellas con menos capacidad de respuesta. Por ello, la disminución de fertilidad va a ser más notable sobre todo a partir de los 35 años donde comenzaremos a hablar de edad materna avanzada (EMA) (2).

En los casos más extremos, si no se consigue el embarazo por métodos naturales tras intentarlo durante más de tres años, se empezarán a realizar pruebas de esterilidad, y en caso de que sean negativas, o que no influyan en la gestación, se podrá comenzar con un tratamiento de fecundación in vitro. Una solución común a los problemas de infertilidad es la reproducción asistida, sin embargo la edad será también un factor influyente, ya que son técnicas que a menudo desencadenan en embarazos múltiples lo cual sería un riesgo añadido (2).

2 Objetivos

- Describir los principales aspectos de la maternidad y la gestación en mujeres de edad avanzada o tardía (mayores de 35 años).

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo ceñimos nuestra búsqueda utilizando palabras clave por medio de los descriptores MeSH y DeCS. Usamos filtros temporales y de extensión, seleccionando aquellos que ofrecían un resumen o abstract.
Las bases de datos que visitamos fueron variadas destacando en el plano internacional, en inglés: Scielo, PubMed, Cochrane, Medigraphic, ASRM (American Society for Reproductive Medicine), OMS (Organización Mundial de la Salud). En este caso los términos clave fueron pregnancy, pregnancy age, abortion risks…
Las bases de datos en español fueron principalmente: SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), Elsevier, Dialnet. Los términos clave en la búsqueda serían: embarazo, embarazo en edad tardía, edad materna avanzada, etc.

4 Resultados

Hoy en día, las causas que van a influir en posponer la maternidad son las propias circunstancias sociales, económicas y culturales. Las mujeres tienen un nivel educativo superior, trabajan, los matrimonios suelen ser tardíos y existe gran variedad de métodos anticonceptivos que previenen los embarazos no deseados (3,4,5).

No obstante, cuando tienen lugar estas gestaciones el cuerpo de la mujer ha sobrepasado su etapa óptima en cuanto a fertilidad y van a suponer un incremento de algunos riesgos desde: (3,4,5)
- Recién nacido con Síndrome de Down: pasa de aparecer en 1 de cada 1250 niños en madres de 25 años a 1 entre 378 en aquellas de 35. Es por esto que se ofrece la posibilidad de llevar a cabo un análisis del líquido amniótico (amniocentesis) o del tejido placentario (vellosidades coriales), estos estudios informan del estado de los cromosomas para determinar irregularidades antes de que sea ilegal la interrupción del embarazo. Estas pruebas solo se ofrecen en casos con riesgo elevado.
- Bajo peso al nacer o prematuridad.

- Anomalías en el desarrollo: en este caso resulta útil la administración de ácido fólico para prevenir defectos de cierre del tubo neural, que puede derivar en problemas como la espina bífida.
- Necesidad de cesárea por incoordinación de los diferentes mecanismos fisiológicos que desencadenan el parto desde:
-Placenta previa, condición que suele acabar en cesárea programada por sangrados abundantes en los últimos meses de gestación
-Diabetes gestacional, preeclampsia e hipertensión arterial de la madre.
-Aborto espontáneo y/o muerte perinatal.

RECOMENDACIONES
Recomendaciones para las mujeres de edad avanzada en lo referido a la gestación: (6)
- Evitar el consumo de tóxicos y fármacos.
- Realizar un examen exhaustivo de salud ante la previsión de embarazo.
- Suplementar la dieta con ácido fólico previo a la gestación.
- Consultar con el ginecólogo si se está buscando y después de seis meses no se ha obtenido el objetivo.
- Comenzar los cuidados médicos prenatales en cuanto se confirme el embarazo.

Debemos asegurarnos de que la mujer conoce los riesgos de embarazo asociados a su edad tanto para ella como para el bebé, ya que en caso de un embarazo deseado la pérdida conlleva un proceso traumático con fuerte impacto psicológico. Durante el "periodo de duelo" la mujer sufrirá pena, miedo, ansiedad, depresión, ira, enfado y sentimiento de culpa. Este proceso puede terminar en aceptación o en la necesidad de ayuda psicológica (7,8).

5 Discusión-Conclusión

-El embarazo en la edad tardía es cada vez más frecuente, lo cual es debido principalmente al cambio de rol de la mujer en la sociedad moderna.
- Aunque supone un mayor riesgo, existen algunas recomendaciones básicas que van a tratar de prevenir el mismo en la medida de lo posible.
-Los principales factores de riesgo que se desarrollan en estos embarazos respecto al bebé van a ir desde un aumento de los bebés prematuros o con bajo peso, presencia de anomalías en el desarrollo del feto, necesidad de realización de cesárea debido a situaciones como la placenta previa, los abortos espontáneos y/o la muerte perinatal, diabetes gestacional, hipertensión arterial, preeclampsia y depresión postparto.

6 Bibliografía

1) OMS | El embarazo en la adolescencia [Online]. Origin.who.int. 2014 [Consultado 2 feb 2022]. Disponible en: http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/
2) SEGO, Embarazo en la adolescencia. (online) Embarazo después de los 35 (online) Sego.es
2018 (Consultado 2 feb 2022). Disponible en: https://sego.es/mujeres/Embarazo_despues_35.pdf
3) Ibarra Mustelier L. ADOLESCENCIA Y MATERNIDAD. IMPACTO PSICOLÓGICO EN LA MUJER [Online]. Pepsic.bvsalud.org. 2003 [Consultado 10 feb 2022]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v20n1/06.pdf
4) Mori-Quispe E, Contreras-Pulache H, Hinostroza Camposano W, Lam-Figueroa N, Huapaya-Huertas O, Chacon-Torrico H, Black-Tam C, Urrutia-Aliano D. Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú [Online]. Scielo.org.pe. 2015 [Consultado 15 feb 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76n2/a06v76n2.pdf
5) Los riesgos de un embarazo tardío [Online]. EresMamá.com 2016 [15 feb 2022]. Disponible en: https://eresmama.com/los-riesgos-embarazo-tardio/
6) Grau Piera S, Costa Canals L, Vicente Alarcon J, Costa Pueyo J, Oliva Morera J, Canet
Estevez Y. Resultados perinatales en gestantes mayores de 40 años [Online]. Elsevier.es. 2013
[Consultado 26 enero 2022]. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-pdf-S0210573
X13000063
7) Efectos psicológicos del aborto-Omicrono [Online]. Omicrono. 2013 [Consultado 19 feb 2022]. Disponible en: https://omicrono.elespanol.com/2013/09/efectos-psicologicos-del-aborto/
8) Cassidy J. Brazos Vacíos [Internet]. Umamanita. 2013 [Consultado 21 feb 2022]. Disponible en: http://www.umamanita.es/brazos-vacios/

Capítulo 31

ABORDAJE DE LA ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

NOELIA TROLA SÁNCHEZ

PAULA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal es un proceso inflamatorio autoinmune el cual se desconoce la causa. Suele afectar a personas jóvenes, de manera indistinta en ambos sexos. Se presenta con múltiples manifestaciones, siendo la principal la inflamación del tubo digestivo. El curso clínico pasa por diferentes fases, alternando periodos de inactividad, también llamado fase de remisión y periodos de actividad clínica, también conocido como brotes o recidivas. Esta afección no solo afecta al tubo digestivo, sino que también puede dañar otros órganos fuera del aparato digestivo, también denominado como manifestaciones extraintestinales. La Enfermedad Inflamatoria intestinal engloba tres afecciones, siendo diferentes entre sí, pero con características comunes que pueden hacer difícil llegar al diagnóstico claro. Estas son las siguientes: Colitis Ulcerosa (CU), Colitis Intermedia (CI) y la Enfermedad de Crohn (EC).

La CU afecta la mucosa del colon de forma continua y difusa. La inflamación se inicia en el recto y se va extendiendo de forma continuada hasta el ciego, no viéndose afectada la válvula ileocecal. La rectorragia es el síntoma más frecuente, que es el sangrado que sale por el canal anal, le sigue la diarrea, que frecuentemente es sanguinolenta o con moco, asociada a urgencia y el dolor, tipo cólico

abdominal. También se puede presentar tenesmo rectal, fiebre, pérdida de peso y astenia.
Cuando se ve afectado el colon y no se puede distinguir bien entre CU y EC, se denomina CI). El curso clínico de cada una dependerá de la extensión, localización y la actividad.
Actualmente, no se ha podido determinar la causa que origina la EII, es decir que es una enfermedad de causa desconocida. La inflamación está originada por la alteración del sistema inmune, que es el que da respuesta con la reacción de los linfocitos T, hacia la flora bacteriana intestinal, principalmente en íleon y del colon en las personas genéticamente más susceptibles. También, pueden aparecer factores ambientales que se atribuyen a la enfermedad. Anteriormente, la EII se catalogaba como una enfermedad rara, especialmente en los países mediterráneos o del sur de Europa. Se consideraba una enfermedad psicosomática muy relacionada con la depresión y la ansiedad. Muchos pacientes se diagnosticaban como enfermos con problemas de ansiedad y por tanto tratados como tal.
Concretamente la EC, en Europa se estima aproximadamente un millón de casos. En España se diagnostican casos nuevos, sin apreciarse grandes diferencias entre las diferentes comunidades.
Siendo la CU la más frecuente es nuestro medio, seguido de la EC que ha aumentado de manera importante en los últimos años y se prevé que siga al alza. Es importante destacar el elevado coste económico que genera esta afección, teniendo costes indirectos, como la incapacidad laboral, reflejándose en una disminución de producción, el coste relacionado al cuidado de menores, transporte, asistencia domiciliaria y la compra de productos nutricionales. Los costes directos engloban tratamientos farmacológicos, ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, etc. Al introducirse los tratamientos biológicos para esta enfermedad, han incrementado los costes farmacológicos, pero por otro lado se han disminuido los gastos asociados a ingresos e intervenciones quirúrgicas. La mayoría de las personas que la padecen, son jóvenes de entre 20 y 40 años.
Estos pacientes a lo largo de su enfermedad padecen los brotes propios de esta, que pueden estar acompañados de complicaciones. Deben seguir un tratamiento adaptado a la persona y el tipo de afección y al grado, con diversos efectos adversos, combinados con intervenciones quirúrgicas respectivas que a largo plazo pueden desencadenar a ostomías.
Se ha visto la necesidad de crear unidades integrales de EII, para poder tener un seguimiento de las personas que lo padecen, mejorando así su calidad de vida, donde enfermería tiene un papel importante.
Ha evolucionado la atención de los cuidados enfermeros en pacientes con EII.

Por tanto, se ha transformado el papel de la enfermería especializándose en tratamientos y cuidados, convirtiéndose imprescindible para los cuidados de los pacientes con esta enfermedad.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son conocer la enfermedad de Crohn, saber el rol que tiene la enfermería en el proceso de esta patología e identificar los cuidados enfermeros en los pacientes con Enfermedad de Crohn.

3 Caso clínico

Paciente varón de 44 años de edad, casado y con dos hijos de 18 y 20 años, presenta antecedentes de condilomas acuminados en el glande y en la región perianal, el paciente presenta en una prueba de VIH un resultado negativo. La pareja no presenta ningún problema de salud. Un día cuando el paciente acude al hospital se le diagnostica de rectorragia, por lo que se decide que lo mejor para él es hospitalizarlo en el servicio de Urgencia del Hospital Universitario de Ceuta donde el paciente permanece en observación por los profesionales sanitarios y se le realizarán una serie de pruebas como son: rectosigmoidoscopia, para ver si el paciente presenta hemorroides internas, una endoscopía alta, para ver si sufre o no una gastritis erosiva, una biopsia y por último unos exámenes de laboratorio de hematocrito, de hemoglobina y de recuento plaquetario.
Tras la realización de todas estas pruebas realizadas al paciente durante su estancia en el Hospital, se diagnostica al paciente de una colitis ulcerosa rectosigmoidea activa, además la biopsia que se le realizó es compatible con el diagnóstico de colitis ulcerosa en fase activa, por lo que se le da cita para que sea evaluado por el equipo de cirugía por si ven necesario una posible cirugía, los cirujanos se deciden mantener expectante y controlar durante mes la patología. Pasado el mes, el paciente es evaluado nuevamente por los cirujanos y estos deciden que lo mejor es el tratamiento quirúrgico. Tras ser intervenido por los cirujanos, el paciente deberá permanecer un tiempo en planta donde será evaluado por los médicos especialistas, hasta que le den el alta domiciliaria, cuando el paciente reciba el alta deberá acudir a la revisión a los 2 meses.

4 Discusión-Conclusión

La presencia de la EII se ha visto incrementada en los últimos años en nuestra sociedad. No se ha encontrado la causa clara que la ocasiona, pero sí se sabe que ocasiona un trastorno inflamatorio en el tubo digestivo. El inicio y curso clínico de la enfermedad puede variar en cada persona y eso enlentece para llegar a un diagnóstico precoz y retrasando así la fase de remisión porque no se usa el tratamiento adecuado.

La clínica propia de la enfermedad, la edad temprana de aparición y los efectos adversos de los tratamientos de los que se dispone en la actualidad, ocasiona una disminución de su calidad de vida.

Se ha visto reflejada la importancia de la atención especializada y multidisciplinar a estos pacientes, donde enfermería es papel importante, suponiendo una gran herramienta en su atención. La creación del protocolo de acogida tras el diagnóstico supone un abordaje integral, mejorando la calidad asistencial. Enfermería actúa a nivel educativo y da apoyo emocional para los pacientes y su entorno. Interviniendo a lo largo del proceso, realizando control y seguimiento y proporcionando información necesaria para facilitar la nueva situación del paciente.

Es primordial establecer una buena relación enfermera-paciente, favoreciendo un ambiente cálido para la toma de decisiones compartidas y una participación activa en el paciente. Se pueden ofrecer una serie de consejos dietéticos, para mejorar los síntomas de su enfermedad. El estrés mantenido tiene relación con el empeoramiento, saber detectarlo y actuar o la derivación a otros profesionales por si fuera necesario, es fundamental. Se debe instruir a los pacientes a detectar signos y síntomas de alarma ante las posibles complicaciones. La enfermera debe conocer que tratamientos pueden favorecer la aparición de brotes en la enfermedad. Estar actualizada en los distintos tratamientos disponibles que existen para abordar la enfermedad. Como son pacientes inmunodeprimidos es primordial conocer el estado de vacunación, por si faltara alguna vacuna poder actualizar el estado de vacunación, para evitar posibles infecciones. Tener un seguimiento integral del paciente durante su enfermedad y mostrarse accesible por si surge cualquier duda durante su enfermedad.

5 Bibliografía

-Enfermedad Intestinal Inflamatoria [Internet]. Mayo Clinic. Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2022. Encontrado en: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/inflammatory-bowel-

disease/symptoms-causes/syc-20353315.
-Enfermedad inflamatoria intestinal enteritis regional medlineplus en español [Internet]. MedlinePlus. U.S. National Library of Medicine; Encontrado en: https://medlineplus.gov/spanish/crohnsdisease.html.

Capítulo 32

MÉTODO MADRE CANGURO

LAURA ALVAREZ CARRION

ALBA GARCÍA MENÉNDEZ

ALBA GONZALEZ MARTINEZ

1 Introducción

El método Madre Canguro (MMC) o Kangoroo Mother Care (KMC) en inglés, se define como el contacto piel con piel entre madre/padre e hijo/a de forma precoz y continua; el niño puede vestir pañal, calcetines y gorro, colocándose en posición fetal contra el pecho materno. Esta técnica comenzó a usarse en Bogotá, Colombia en el año 1978 ante el hacinamiento y falta de incubadoras y posteriormente se desarrolló en el Instituto Materno Infantil de esa misma ciudad. A continuación, en el año 1998, la United Nations International Children´s Emergency Fund (UNICEF) declara el MMC como "técnica eficaz y revolucionaria para salvar vidas, basada en el amor, calor y leche materna", refiriéndose desde entonces el concepto "incubadoras humanas", haciendo referencia a la relación maternofilial desarrollada con esta técnica.(1,2,3)

La técnica madre canguro está basada en unos cuidados más humanizados, con efectividad, seguridad y adecuada para todos los entornos. Se basa en tres componentes:

- Posición canguro: consiste en el contacto continuo piel con piel entre el pecho de la madre y el hijo.
- Lactancia materna exclusiva, precoz y a demanda, siempre que sea posible.
- Alta oportunidad de seguimiento minucioso. (4)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 10% de los nacimientos mundiales son prematuros y/o de bajo peso al nacer(3) El nacimiento prematuro interrumpe el desarrollo del cerebro, disminuye la mielinización y conlleva alteraciones de la sustancia blanca que puede persistir en la infancia y adolescencia. La hospitalización de un recién nacido inmaduro separándolo de su madre ejerce efectos negativos a largo plazo en el desarrollo. Los prematuros muestran patrones de sueño y respiratorios desorganizados, por lo que indica menor funcionalidad del sistema nervioso autónomo. (4) También presentan con mayor frecuencia: deterioro neurológico, conductual y bajo rendimiento académico.
Con el fin de adecuar los cuidados durante el ingreso hospitalario de los neonatos, surgen los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) entre los que se encuentran el método madre canguro. Los CCD alivian el dolor y minimizan el impacto y número de intervenciones realizadas en unidades de cuidados intensivos neonatales, disminuyendo la ansiedad y falta de formación de los padres al incluirlos en sus cuidados. Se incluyen: la lactancia materna como tetanalgesia, la succión no nutritiva con el chupete, la utilización de sustancias azucaradas como la sacarosa y el método madre canguro. (3)
Por tanto, es interesante revisar los beneficios de la técnica madre canguro para los servicios pediátricos, neonatales e intensivos y en especial para los neonatos prematuros y de bajo peso al nacer como se desarrollará en este capítulo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es difundir información sobre el método madre canguro y sus beneficios tanto para profesionales sanitarios como para población no sanitaria, así como sus beneficios a corto, medio y largo plazo, en especial para el recién nacido prematuro y/o de bajo peso al nacimiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha recurrido a una revisión bibliográfica de artículos científicos, revistas especializadas y revisiones sistemáticas en diversas bases de datos y páginas oficiales como: Pubmed, Scielo, Cochrane, Anales de pediatría, AAP (American Academy of Pediatrics) y unicef.org.
Se han utilizado como términos de búsqueda: kangoroo, Canguro e Infants, y se han utilizado filtros como: publicaciones de los últimos 5 años, idioma inglés y español.

4 Resultados

Los primeros estudios en Colombia mostraron la efectividad del método canguro en niños de bajo peso al nacer. Siguieron a 1084 recién nacidos durante su primer año de vida, distribuidos en dos grupos, uno que realizaba este método madre canguro y otro control. Los resultados concluyeron que los niños que usaban este método ganaron significativa mente más peso, el perímetro cefálico era mayor, el tiempo de hospitalización fue menor y aunque el número de infecciones fueron similares, la severidad era menor (5)
A continuación, diversos estudios mostraron los efectos beneficiosos del método madre canguro a largo plazo. Un estudio de 2014 siguió a un grupo de 73 recién nacidos que realizaban este método y otro control que recibían cuidados estándares en incubadores. Fueron supervisados 14 días consecutivos y hubo un seguimiento durante los primeros diez años de su vida revelando que los niños que fueron intervenidos con este método tuvieron un funcionamiento del sistema autónomo mejor, hubo una reducción de la ansiedad materna y mejora del desarrollo cognitivo infantil y las funciones ejecutivas. A los 10 años de seguimiento se mostraba como estos niños tenían mejores respuestas ante el estrés, un sueño mejor organizado y mejor control cognitivo. (4)

Posteriormente, se realizó un estudio 20 años después consiguiendo contactar con 441 participantes de los primeros estudios sobre el método madre canguro de Colombia entre 1993-1996 y compararlos con un grupo de control adulto. Concluyeron que el método madre canguro tuvo efectos protectores sociales y conductuales significativos 20 años después de dicha intervención. Los participantes mostraron menor hiperactividad, agresividad y conductas desadaptativas (6)
El contacto materno se acompaña de procesos bioconductuales que promueven el desarrollo fisiológico y conductual en los sistemas cerebrales del recién nacido para manejar el estrés y mejorar la adaptación social. El contacto precoz piel con piel influye por tanto en el desarrollo, concretamente al eje hipotalámico-pituitario el cual regula la producción de cortisol y la respuesta fisiológica ante el estrés. Estos procesos se organizan durante un periodo temprano de neuroplasticidad en respuesta al contacto materno(4)

El método canguro también muestra beneficios para las madres, el contacto piel con piel precoz, en las primeras horas de vida, se asocia a una reducción del riesgo de hemorragia posparto y de depresión posparto(7) Además, aporta beneficios en cuanto a la resiliencia y autoeficencia de la lactancia. Un estudio de 2022 realizó un ensayo a dos grupos de madres, a uno de los grupos de madres se las

capacitó sobre el método madre canguro mediante juego de roles, aplicando un cuestionario antes y después de la intervención. Se concluyó que los resultados eran mejores en las madres capacitadas con este método (8)
Otro campo de aplicación para esta técnica es la preservación del ciclo sueño-vigilia del neonato en unidades hospitalarias. El sueño presenta un papel fundamental en el crecimiento y desarrollo del niño. Concretamente, influye en el desarrollo del sistema nervioso central, en estructuras cerebrales, sistema sensorial y conductual. Debido al ambiente de las unidades hospitalarias, el sueño se puede ver afectado por el ruido, luminosidad intensa y prolongada, manipulaciones constantes por procedimientos, los cuales pueden ser dolorosos y estresantes, todo confluye en un descanso poco adecuado para el recién nacido y su desarrollo. El mantenimiento del sueño tiene relación con el desarrollo de la pasticidad cerebral. Se describen en la literatura varios métodos beneficiosos para la promoción del sueño en el recién nacido: técnica Yakson, técnica "Gentle Human Touch" y entre ellos la técnica madre canguro. Se concluyó que estas técnicas proporcionaban un aumento de tiempo en los periodos de sueño activo y sueño tranquilo, con disminución de somnolencia y agitación o llanto en comparación con el grupo control. (9)

Entre los beneficios anteriormente descritos, un estudio demostró la aplicación de este método en la reducción del dolor en niños menores de 12 meses durante la vacunación inyectada y el aumento de la satisfacción de los padres durante esta técnica dolorosa. (3)
Por último, una revisión bibliográfica del 2016 de Cochrane: "Kangoroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants" analizó 21 estudios relacionados con esta técnica con 3042 niños. Analizó el método madre canguro frente a un cuidado neonatal convencional y concluyó:
- El método canguro estuvo asociado significativamente a la reducción del riesgo de mortalidad al alta hospitalaria o de las 40 a 41 semanas de edad posmenstrual.
- Se asoció a una reducción significativa de la severidad de las infecciones o sepsis y menor patología de las vías respiratorias inferiores a los seis meses de seguimiento.
- La ganancia de peso diaria era mayor en los niños que usaron el método madre canguro que el grupo control, además de mantenida en el tiempo.
- La lactancia materna exclusiva al alta o de las 40 a 41 semanas de edad posmenstrual era más probable en los niños que usaron este método.
- Se concluyó que aumentaba el apego materno-infantil y mejora del ambiente familiar.(10)

5 Discusión-Conclusión

El método madre canguro ha demostrado su eficacia y bajo coste para el neonato prematuro y/o de bajo riesgo tanto a corto, como a medio y largo plazo. Numerosos estudios recientes avalan su efectividad desde el comienzo de su uso en Colombia, aunque aún quedan muchos frentes sin descubrir sobre los beneficios de este método. Este capítulo concluye, por tanto, que el método madre canguro resulta beneficioso para los recién nacidos, en las unidades hospitalarias como neonatología y UCI pediátrica en donde el ruido ambiental, la luz y las manipulaciones pertinentes son estresores diarios, además de los beneficios para el entorno familiar.

6 Bibliografía

1- Sobre la atención piel con piel - Método Canguro. Healthychildren.org en España [Internet] Actualización 11/12/2019 [Cited 20/11/2022] Available from: https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/baby/preemie/paginas/about-skin-to-skin-care.aspx.
2- Conoce el método "Mamá Canguro". Unicef.org [Internet] [Citado el 22/11/2022] Available from: https://www.unicef.org/dominicanrepublic/conoce-el-metodo-mama-canguro.
3- García-Prieto A, Meneses-Monroy A, Ríos-León M, et al. Aplicación del método canguro durante la vacunación en población pediátrica [Internet] 2022 [Cited 17/11/2022] 31 (1). Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000100002&lang=es.
4- Feldman R, Rosenthal Z, Eidelman A. I. Maternal-Preterm Skin-to-Skin Contact Enhances Child Physiologic Organization and Cognitive Control Acress the First 10 Years of Life. Biolog. Psyc. [Internet] 2013 [Cited 17/11/2022] Available from: https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(13)00764-6/fulltext.
5- Charpak N, Ruiz-Pelaez J. G, Figueroa de C. Z, et al. A randomized, controlled trial of kangoroo mother care: results of follo-up at 1 year of corrected age. Pediatrics [Internet] 2001 [Cited 20/11/2022] Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11694683/.
6- Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, et al. Twenty-year /Follow-up of Kangaroo Mother Care Versus Traditional Care./ Pediatrics [Internet] 2017 [Cited 18/11/2022] 139(1):e20162063. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27965377/.

7- Carolyn Bosnia. Skin-to-skin Care and COVID-19. Pediatrics [Internet] 2020 [Cited 18/11/2022] Available from: https://publications.aap.org/pediatrics/article/146/2/e20201836/36933/Skin-to-Skin-Care-and-COVID-19.
8- Mohammadi F, Basiri B, Barati M, et al. Effectiveness of kangoroo mother care on maternal resilience and breastfeeding self-efficacy using the role-play method in a neonatal intensive care unit. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Internet] 2022 [Cited 19/11/2022] 79 (4). Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462022000400228&lang=es.
9- Correira A, Lourenco M. Promoción del sueño en unidades de cuidados intensivos neomnatales: scoping review. Enfer. Glob. [Internet] 2020 [Cited 18/11/2022] 19 (57). Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100017&lang=es.
10- Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello J. L. Kangoroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane [Internet] 2016 [Cited 18/11/2020] Available from: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002771.pub4/full?highlightAbstract=premature%7Cprematur%7Ccare.

Capítulo 33

USO DE ASPIRINAS Y EL SÍNDROME DE REYE

TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ

Mª ENCARNACIÓN ROJAS PORRAS

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

1 Introducción

El síndrome de Reye se caracteriza por presentar una serie de signos y síntomas poco comunes, pero muy graves y que pueden llegar a causar incluso la muerte, debido a que se produce una insuficiencia mitocondrial aguda en forma de encefalopatía aguda, enfermedad hepática e infiltración grasa visceral. Suele darse en menores de edad, especialmente en menores de seis años de edad que usen la aspirina para paliar procesos de virus como la gripe o el virus de la varicela.

Los síntomas comienzan repentinamente, aproximadamente una semana después de la infección viral, y provocan vómitos, encefalopatía, cambios de personalidad, hipoglucemia, confusión, somnolencia y convulsiones, e incluso en los casos más graves pueden llegar a inducir al coma y la muerte. También está presente una considerable elevación de transaminasas, hígado graso, degeneración grasa del hígado, aumento de la presión intracraneal que causa edema cerebral y problemas con en las neuronas.

Hay varias etapas de la enfermedad:

Etapa 0: El paciente se está recuperando de la contracción de un virus común que de repente se acompaña de episodios de náuseas.

Etapa 1: tiempo después se puede producir letargo o dificultad para no dormirse.
Etapa 2: Se produce mareo.
Etapas 3 a 5: Presenta convulsiones o coma y acaba por fallecer.

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es explicar qué es el síndrome de Reye y como el uso de medicamentos como las aspirinas para combatir virus comunes afecta a su aparición.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una búsqueda bibliográfica a cerca del síndrome de Reye, empleando como motor de búsqueda Google Académico. Se han consultado distintas fuentes referentes al tema a tratar, como por ejemplo: páginas web, revistas y bases de datos como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

Varios estudios de epidemiología concluyeron en que el uso de ácido acetilsalicílico o aspirinas para el tratamiento farmacológico de virus comunes como pueden ser la gripe o la varicela pueden afectar considerablemente a las personas que las usan desarrollando síndrome de Reye, el grado de aparición es más de diez veces mayor en los pacientes que han consumido salicilatos en los últimos días en comparación con los que no, especialmente en edades jóvenes.
Salvo casos donde esté indicado el uso, no se debería usar este tipo de medicamentos para tratar procesos febriles, debido a que generalmente la fiebre en sí no es dañina ni altamente perjudicial para los que la padecen, debería restringirse el uso de las aspirinas en los jóvenes para solo aquellos que tengan antecedentes de convulsiones y puedan darse convulsiones febriles causadas por el virus de la fiebre, en los demás casos para tratar procesos febriles es mejor emplear otros métodos como pueden ser el enfriamiento de la temperatura corporal con agua a temperatura ambiente, paracetamoles u otros antipiréticos.

Investigaciones científicas publicadas en los últimos años sobre el síndrome de Reye indican que el número de casos ha disminuido en los años transcurridos

desde que se empezó a usar la recomendación de no tomar aspirina en niños con enfermedades virales. El Comité de Seguridad de Medicamentos ha vuelto a evaluar el riesgo de los salicilatos en sus indicaciones pediátricas y ha realizado una serie de recomendaciones como pueden ser:

- Detener la comercialización de productos que contengan ácido acetilsalicílico destinado a niños.
- Los productos de prescripción deben contener una contraindicación para su uso en jóvenes.
- Advertencia del riesgo del síndrome de Reye.
- Recomendaciones de consultar con el médico antes de usar estos medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

La actuación preventiva es la forma fundamental más eficaz de tratar el síndrome de Reye debido a que no existe un tratamiento específico para el síndrome.
A pesar de que las personas que sobreviven al síndrome se suelen recuperar de una manera bastante rápida, el daño que se produce neurológicamente no llega a desaparecer en su totalidad, las consecuencias o secuelas que puedan quedar al paciente depende del grado de encefalopatía que haya llegado durante la evolución del síndrome en su cuerpo, queda evidenciado que el tratamiento sintomático de manera precoz es muy eficaz a la hora de obtener mejores resultados de recuperación para la persona.

6 Bibliografía

J. Ortiz, F. González - Síndrome de Reye en paciente pediátrico. 2014. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75151998000200010
Ácido acetil salicílico y síndrome de Reye. Scielo 2016. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000300008

Capítulo 34

TABAQUISMO Y SUS EFECTOS: CONSEJOS PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES

LAURA ALVAREZ CARRION

ALBA GONZALEZ MARTINEZ

ALBA GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

Los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Salud del 2006 indicaban que el 29,5% de los adultos mayores de 16 años fumaban tabaco, aproximadamente un 35,3% de los varones fuman y un 23,8% las mujeres. Además, se observaba que la mayor proporción de los fumadores se concentraban en la franja de 25 a 34 años. (1)

Actualmente a través de la Encuesta Europea de Salud en España del 2020, el porcentaje total de fumadores descendió siendo un 16,4% las mujeres que fuman a diario y un 23,3% los hombres. La franja de edad que más fuma sigue concentrándose en torno a los 25-34 años en los varones, pero en mujeres se sitúa entre los 45-54 años. Por otro lado, se observó que un 2,1% de mujeres y un 2,6% de hombres se consideran fumadores ocasionales y se consideran exfumadores el 16,7% de mujeres y un 27,6% de hombres. Para alcanzar a delimitar los daños producidos por el tabaco, hay que tener en cuenta a la población expuesta al humo,

los fumadores pasivos, los cuales son personas que conviven o se relacionan con personas fumadoras, pero que no consumen tabaco. Los datos mostraron que un 87,5% de mujeres y un 85,3% de hombres nunca o casi nunca han sido expuestos al humo del tabaco en recintos cerrados, por el contrario, los jóvenes de entre 15-24 años que estaban expuestos diariamente al humo del tabaco en lugares cerrados fue de un 10,2% en los hombres y un 9,4% en las mujeres. (2) En la actualidad, el uso del cigarrillo convencional ha dado lugar a nuevos dispositivos para consumir el tabaco, los cigarrillos electrónicos. Los cigarrillos electrónicos son dispositivos que expulsan aerosoles que contienen nicotina, entre otros componentes (saborizantes como el diacetilo, componentes orgánicos volátiles y metales pesados como níquel, estaño y plomo). Su uso se propulsó desde Estados Unidos, siendo un producto muy utilizado entre los adolescentes del rango de edad de 18-24 años en 2015. (3)

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es difundir información sobre los efectos del tabaco sobre la salud.

-Específicamente este capítulo busca ofrecer pautas sencillas para evitar el comienzo del consumo de tabaco o el uso de cigarrillos electrónicos en la población joven dentro de la unidad familiar.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha recurrido a una búsqueda bibliográfica de artículos científicos, revistas especializadas y revisiones sistemáticas en diversas bases de datos y páginas oficiales como: Pubmed, Scielo, Cochrane, la página web del Ministerio de Sanidad y el INE (Instituto Nacional de Estadística). Se han utilizado como términos de búsqueda: smoke, tobacco, tabaco, nicotine y nicotina. Se han utilizado filtros como: publicaciones de los últimos 5 años, idioma inglés y español.

4 Resultados

El comienzo y continuidad del consumo de tabaco puede estar influido por varios factores, especialmente los sociales y conductuales. Sin embargo, un estudio observó que los efectos adictivos que provoca la nicotina pueden tener una

base genética, específicamente debido al cromosoma 15q25.1 y su grupo CHRNA5-CHRNA3-CHRNB4 que podría hacer más susceptibles a ciertos individuos a la adicción a esta sustancia. (4)
La nicotina influye de forma perjudicial en la salud. Cuando se consume tabaco, la nicotina puede provocar efectos dañinos en el desarrollo cerebral durante la juventud, pudiendo continuar estos efectos hasta los 20-25 años. Afecta a las funciones que controlan la atención, aprendizaje, estado de ánimo y control de impulsos. También podría aumentar el riesgo de adicción de otras drogas. Se observó que el consumo de cigarrillos electrónicos aumentaba la cantidad y frecuencia de consumo de cigarrillos en el tiempo según un estudio de la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos del 2018. (5)
Un informe del 2014 que estudió las consecuencias del consumo de tabaco a lo largo de 50 años reveló que las tasas de muerte y discapacidad son mayores para los fumadores que para los no fumadores siendo un 70% más elevada. El riesgo de muerte prematura a los 40 años es el doble para los fumadores que para los no fumadores. Además, las tasas de mortalidad general son más altas cuanto más temprano se comience el hábito tabáquico y el riesgo de muerte prematura para los que comienzan a fumar antes de los 15 años llega a ser un 89% más alto que en los no fumadores.
Además, estudió las repercusiones de la exposición al humo del tabaco de forma pasiva concluyendo que el tabaquismo pasivo es causa de enfermedades tales como el cáncer de pulmón en los no fumadores sanos. (6) Es importante destacar este hecho a la exposición del humo de tabaco a los niños en sus hogares.
Existe un mayor riesgo, gravedad y probabilidad de ingreso hospitalario en los niños cuyos hogares existe una exposición al humo del tabaco para enfermedades del tracto respiratorio. Se describió la asociación entre esta exposición y el aumento del riesgo de infecciones bacterianas graves como por ejemplo la meningitis además de para la muerte súbita del lactante. Por estas razones la OMS recomienda reducir el tabaquismo en los hogares como elemento clave para la prevención y fomento de la salud en la infancia. (7)

5 Discusión-Conclusión

Por los efectos nocivos anteriormente descritos tanto para la infancia y posteriormente en la adultez, se recomienda el abandono del hábito tabáquico.
Una revisión bibliográfica de Cochrane se reveló que las personas que dejaron de fumar mejoraron sus niveles de estrés, ansiedad y depresión con respecto a los que continuaron fumando. (8)

Por tanto, se relatan a continuación estrategias sencillas para padres para que los adolescentes no comiencen el hábito tabáquico:
-No fumar, y en caso de hacerlo, no fumar delante de tu hijo. No dejar al alcance de la vista objetos relacionados como mecheros o ceniceros.
-Explicar a tu hijo la importancia de no comenzar el hábito y lo difícil que es abandonarlo. Recalcar los efectos nocivos a largo plazo.
-Informar del uso erróneo de los cigarrillos como modo de aceptación social, desmitificar la imagen atractiva que se ofrece en los medios y películas.
-Informar sobre el contenido en nicotina y sustancias nocivas de los cigarrillos electrónicos, los cuales no son un sustituto saludable del cigarrillo convencional.
-Recordar el olor del tabaco en prendas, aliento, en las manos, etc.
-Prevenir sobre el elevado coste económico del hábito tabáquico.
-Recordar que el consumo aun siendo esporádico, puede llevar a la adicción y que la mayoría de adultos comienzan en la adolescencia.
-Participa activamente en actividades que promuevan espacios sin humo y conciencia sobre el tabaco. (9)

6 Bibliografía

1- ¿Cuánta gente fuma? Ministerio de sanidad [Internet] [Cited 22/11/2022] Available from:https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/programaJovenes/consumo_cuanta.htm
2- INE [Internet] [Cited 30/11/2022] Available from: https://www.ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion_C&cid=1259926698156&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
3- Datos breves sobre los riesgos de los cigarrillos electrónicos para los niños, adolescentes y adultos jóvenes. Centros para el control y prevención de enfermedades EEUU [Internet] 2022 [Cited 25/11/2022] Available from:https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-c/igarettes/spanish/los-riesgos-de-los-cigarrillos-electronicos-para-jovenes.html#one
4- Nees, F., Witt, S., Lourdusamy, A. et al. Genetic Risk For Nicotine Dependence in the Cholinergic System and Activation of the Brain Reward System in Healthy Adolescents. Neuropsych.[Internet] 2013 [Cited 20/11/2022] Available from:https://www.nature.com/articles/npp2013131
5- Marynak KL, Gammon DG, Rogers T, Coats EM, Singh T, King BA. Sales of Nicotine-Containing Electronic Cigarette Products: United States, 2015. American Journal of Public Health 2017; 107(5):702-705.

6- The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta, GA: U.S [Internet] 2014 [Cited 25/11/2022] Available from:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf_NBK179276.pdf
7- Behbod B, Sharma M, Baxi R, Roseby R, Webster P. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. Cochrane
[Internet] 2018 [Cited 28/11/2022] Available from: https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001746.pub4/full/es
8- Taylor GMJ, Lindson N, Farley A, Leinberger-Jabari A, et al. Smoking cessation for improving mental health. Cochrane [Internet] 2021 [Cited 28/11/2022] Available from: https://www.cochrane.org/es/CD013522/TOBACCO_dejar-de-fumar-mejora-la-salud-mental
9- Tabaquismo en adolescentes: diez formas de evitar que los adolescentes fumen. Mayo Clinic [Internet] 2022 [Cited 20/11/2022] Available from: https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/tween-and-teen-health/in-depth/teen-smoking/art-20047069

Capítulo 35

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES PALIATIVOS

NOELIA GARCIA LOPEZ

EVA MARIA FERNANDEZ CANCIO

AURINA ROJO LONGO

TANIA DÍAZ MÉNDEZ

ALMA MARIA LLENIN MARTINEZ

1 Introducción

La SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) establece que los cuidados paliativos son aquellos destinados a proporcionar confort y bienestar a pacientes y familiares en las etapas finales de una enfermedad terminal.

Los cuidados paliativos tratan de mejorar la calidad de vida de los afectados así como de sus familiares cuando afrontan problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal.
Se trata de mejorar la calidad de vida de los pacientes, y de los cuidadores también mejora.
Es imprescindible proporcionarles dignidad y ausencia de dolor.

Se entiende por enfermedad terminal aquella que es progresiva e incurable. Todo esto conlleva un impacto emocional en el paciente, familia y en el equipo.

La familia jugará un papel fundamental en el equipo de cuidados paliativos.

Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano.

Por desgracia en la actualidad hay muy poca gente que aun necesitando asistencia paliativa la obtiene. Solamente un 14% a nivel mundial. En el caso de los niños, el 98% de los que necesitan dichos cuidados viven en países con ingresos medios o bajo, casi la mitad de ellos son en Africa.
Tener acceso a una temprana asistencia paliativa reduciría notablemente innecesarias hospitalizaciones.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del TCAE ante los pacientes paliativos.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo, se ha hecho una amplia revisión bibliográfica sobreescritos científicos ya publicados y se ha buscado en las principales bases de datos como son: Scielo, Medline y Pubmed así como en artículos de revistas sanitarias.

4 Resultados

Cuando un paciente se encuentra en la etapa final de una enfermedad terminal es de vital importancia proporcionarle dignidad, bienestar y confort.
El TCAE tiene un papel muy importante en la ayuda de los cuidados paliativos, encargandose de la higiene, la alimentación (en función del grado de tolerancia del paciente), el confort, el bienestar, funciones de eliminación y evacuación, descanso, cambios posturales…
En general se trata de conseguir un ambiente agradable y confortable para obtener el bienestar del paciente en los últimos momentos de la vida de una persona con una enfermedad terminal.

El dolor es uno de los síntomas mas frecuentes que experimenta un paciente que necesita cuidados paliativos. Los opiáceos suelen ser esenciales para tratar ese dolor que suele ser de moderado a intenso al final de sus vidas. Los opiáceos además aliviar el dolor también pueden aliviar otros síntomas, como pueden ser la dificultad respiratoria. Controlar estos síntomas en una etapa temprana ayudan a aliviar el sufrimiento y a respetar la dignidad de las personas.
Hay muchas enfermedades que requieren dichos cuidados. La mayoría suelen ser enfermedades crónicas: cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, sida, diabetes... son algunas de las mas importantes.
La prestación de servicios de asistencia paliativa debería de ser un deber ético de los TCAE.
Tanto el paciente como su familia son considerados como una unidad, proporcionándoles por lo tanto una atención individualizada e integral, que tenga en cuenta las necesidades de los mismos a todos los niveles, tanto físicos como emocionales como espirituales.
Durante los días próximos a la muerte, el paciente y su familia requerirán un cuidado mucho más específico y un seguimiento continuado, dirigiéndolo, mas si cabe, a proporcionar comodidad y confortabilidad y apoyo emocional.

5 Discusión-Conclusión

Se entiende por cuidados paliativos al conjunto de medidas utilizadas para la atención integral del paciente en la fase final de la enfermedad. Serán realizados en el domicilio del paciente preferentemente o en un centro hospitalario, en función de diversas circunstancias.
El TCAE será el encargado de proporcionar confort y bienestar tanto a los pacientes como a los familiares de este, encargándose de realizar tareas básicas relacionadas con la alimentación, el aseo o la movilidad, así como de la colaboración con enfermeras, médicos y demás profesionales del equipo sanitario. El equipo sanitario trabajará en conjunto para prestar una atención tanto integral como física y emocional para conseguir una mejor calidad de vida y confort en pacientes terminales.

6 Bibliografía

1. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. Journal of Pain and Symptom Management 2013;45(6):1094-106.

2 . Seya MJ, Gelders SFAM, Achara OU, Milani B, Scholten WK. A First Comparison between the .Consumption of and the Need for Opioid Analgesics at Country, Regional and Global Level. J Pain & Palliative Care Pharmacother, 2011; 25:6-18.
3. https://www3.paho.org/hq/ index.php?option=com_content& view=article&id= 12587:palliative- care&Itemid =42139&lang=es.

4. https://www.Enfermeríalugo.org/ wp-content/uploads/2021/07/TEMA -18-CUIDADOS-PALIATIVOS.pdf.

5. https://www.cancer.org/es/
tratamiento/tratamientos-y-efectos- secundarios/atencion- paliativa/que-es-el-cuidado- paliativo.html.
6.https://www.secpal.com/
guia-cuidados-paliativos-1.

Capítulo 36

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA

RAQUEL CEA RODRIGUEZ

LORENA CASTRO PULGAR

JESSICA GARCÍA VICENTE

1 Introducción

El Auxiliar de Enfermería,al igual que el resto de personal sanitario,debe conocer los protocolos de actuación ante una parada cardiorrespiratoria y,por tanto, el Soporte Vital Básico(SVB).
El Soporte Vital Básico es el conjunto de maniobras que se deben aplicar si esto sucede.
No se sabe cuando una persona puede entrar en parada,por lo que es necesario que el TCAE sepa como actuar en estas situaciones.Las maniobras de SVB nos ayudan a identificar si una persona ha entrado en parada cardiorrespiratoria.En cuanto comprobamos que es así,debemos realizar una sustitución temporal de las funciones respiratoria y circulatoria permanente,hasta que se pueda hacer un tratamiento adecuado al paciente,con el objetivo de conseguir una oxigenación de emergencia y, de este modo, evitar posibles daños cerebrales.
Este protocolo se utiliza solo en casos de emergencia, en los que la vida del paciente está en riesgo,por lo que todo el personal sanitario debe conocerlo.

Si esta técnica se utiliza de forma adecuada hasta la llegada de los servicios de emergencia,puede salvar la vida al paciente y la supervivencia aumenta hasta el 40%, si la cadena de supervivencia se realiza de forma adecuada.
Debido a la suma importancia de esta maniobra,todo el personal sanitario recibe esta formación debidamente detallada en su centro de trabajo.

2 Objetivos

-Dar a conocer la función del Auxiliar de Enfermería,así como del resto del personal sanitario,a la hora de realizar las técnicas de Soporte Vital Básico ante una parada cardiorrespiratoria de un paciente.
-Resaltar la importancia de una correcta y rápida actuación ante una parada cardiorrespiratoria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo,se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva, basada en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y una consulta de artículos en diferentes bases de datos como Medline.

4 Resultados

Una parada cardiorrespiratoria(PCR) es la interrupción brusca de la respiración pulmonar y de la circulación sanguínea.Esto supone el cese del aporte de oxígeno a los diferentes órganos vitales,incluyendo el cerebro,provocando la muerte de las células.
En una situación así,es de vital importancia actuar con rapidez,ya que cada minuto que pasa disminuye un 10% las posibilidades que tiene la víctima de sobrevivir.
Ante una parada cardiorrespiratoria,tanto el Auxiliar de Enfermería como cualquier otro sanitario,deben saber a la perfección las técnicas de Soporte Vital Básico (SVB),ya que se trata de una situación crítica del paciente que,con una rápida utilización de esta técnica,pueden lograr que el paciente se mantenga estable hasta la llegada del servicio de emergencia.
Lo primero que hay que saber es reconocer cuando nos encontramos con una parada cardiorrespiratoria.

Los síntomas que nos lo indican son:pérdida de consciencia,respiración anormal o ausencia de respiración y ausencia de pulso.Una vez que nos aseguramos de que el paciente está en parada,debemos iniciar cuanto antes el masaje cardíaco o reanimación cardiopulmonar,pero no sin antes avisar a los servicios de emergencia.
Para iniciar el masaje cardíaco colocaremos ambas manos sobre el esternón de la víctima.Es importante que los brazos estén extendidos y en ángulo recto respecto al cuerpo.A continuación procederemos a realizar dos insuflaciones mediante boca a boca para oxigenar la sangre y después aplicaremos treinta compresiones en el esternón.Comprobaremos pulso y, si continua sin estabilizarse,continuaremos con estos ciclos hasta que el paciente recupere la consciencia o hasta que llegue el servicio de emergencia.
Para ayudarnos en estos casos,también existen los Desfibriladores Externos Automáticos(DEA).Estos analizan automáticamente el ritmo cardíaco de una persona que está sufriendo una parada cardiorrespiratoria.A día de hoy podemos encontrarlos en numerosos lugares públicos.

5 Discusión-Conclusión

En la conclusión del presente trabajo,resaltamos la gran importancia de saber realizar una correcta maniobra ante una persona que se encuentra en parada cardiorrespiratoria,así como tener en cuenta la rapidez con la que se deben efectuar las mismas para que la persona recupere la consciencia en el mínimo tiempo posible.
Una correcta formación sobre el uso de estas técnicas repercute notablemente a la hora de encontrarnos con una situación de este tipo y de este modo,poder salvar la vida del paciente.
Es de suma importancia que tanto los Auxiliares de Enfermería como los demás sanitarios reconozcan cuándo una persona se encuentra en parada cardiorrespiratoria, así como cualquier otra persona externa a este ámbito.

6 Bibliografía

Wikipedia
Google Academy
Neosalus.com
FPsantagema.es

Capítulo 37

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

MARÍA JESUS GÓMEZ FUERTES

ANA BELÉN FERNÁNDEZ MEDIERO

CLAUDIA RODRÍGUEZ INSUA

RAQUEL IGLESIAS FERNANDEZ

1 Introducción

El cáncer es quizás una de las enfermedades más graves y con mayor prevalencia que existe hoy en día y a la que el personal de centros sanitarios, entre ellos las TCAE, debemos enfrentarnos de manera que en la mayoría de los casos no resulta nada fácil, por muchos factores como pueden ser la edad, cada vez se dan más en personas jóvenes, la agresividad, hay pacientes que desde el diagnóstico hasta el fallecimiento pasan incluso pocas semanas. El cáncer más extendido entre las mujeres es junto con el de ovario el de mama, y es uno de los que causa más muertes incluso por encima de otros que a priori pueden parecer más graves como puede ser el de pulmón. También los hombres pueden padecer cáncer de mama pero en un porcentaje muchísimo más inferior que el de las mujeres. Este cáncer se produce como consecuencia de una malformación en los tejidos de la

glandular mamaria de manera que las células se malifican y crecen descontroladamente. Normalmente el cáncer de mama no produce dolor, su hallazgo en la mayoría de los caos suele ser casual al realizar una mamografía de protocolo (después de los 50 años, se realizan cada dos años), en otro casos al notar la paciente algún bulto extraño al realizar una autoexploración, aconsejable hacérsela por norma, también se puede notar que se retrae el pezón o que supura de forma anormal; en cualquier caso detectarlo lo antes posible para poder poner remedio puede marcar la diferencia en el resultado de la curación.

2 Objetivos

Determinar la importancia de la detección precoz del cáncer de mama para así poder establecer el tratamiento adecuado en base a las características del tumor y al estado de la paciente que lo está padeciendo.

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 ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El momento más duro es cuando la paciente recibe por parte del facultativo los resultados de las pruebas realizadas y la confirmación de que padece un cáncer. En este momento es normal que se venga abajo y que incluso ni escuche con claridad lo que le están explicando. Los cánceres de mama no son todos iguales ya que dependiendo del estadio en el que se encuentre (existen cuatro): I (en este el tumor no es muy grande y no hay partes adyacentes afectadas), II (el tumor puede seguir siendo pequeño o incluso un poco mayor, pero si que están afectados los ganglios de las axilas), III (El tumor ya es mayor, afecta a los ganglios y se propago a estructuras cercanas a la mama), IV (El tumor ya se extendió por otras partes del cuerpo , encontrándonos ya ante una metástasis). Dependiendo del grado en el que se encuentre las pautas de tratamiento pueden variar, la

tendencia actual es administrar quimioterapia y radioterapia durante un tiempo para que el tumor se reduzca y poder posteriormente intervenir, siendo en la mayoría de los casos la mastectomía la elección más predominante. En los casos ya más graves, el procedimiento puede seguir siendo el mismo, aunque en el momento en que ya existen más órganos afectados, después de la quimioterapia y la radioterapia si es que se espera conseguir algún tipo de mejoría, lo más adecuado en estos casos es procurar que el tiempo que le queda sea lo llevadero en la medida de las posibilidades y aquí ya entraríamos en cuidados paliativos. Hay también que resaltar que el índice de pacientes que superan el cáncer aún no siendo muy elevado es un dato a tener en cuenta para tratar de explicar a la paciente que siempre hay posibilidades, a pesar de saber que en muchas ocasiones después de un tiempo vuelve a aparecer y a veces con mucha más agresividad.

5 Discusión-Conclusión

La TCAE, sobre todo en el post-operatorio, tiene un papel importante y fundamental en la atención a estas pacientes, a parte de los tratamientos médicos, es importante escuchar si quiere contar cómo se siente, ya que aparte de padecer una enfermedad grave, después de la cirugía puede sentir un rechazo hacia su cuerpo, pensar que ya no es una mujer completa, que la pueden rechazar, por tanto se debe transmitir un mensaje de esperanza, tranquilidad y confianza, brindándole apoyo en todo lo que necesite y sobre todo intentar subir su autoestima, ofrecerle a parte de nuestra ayuda para todo aquello que pueda necesitar, en casos muy extremos la ayuda de un profesional cualificado como puede ser un psicólogo que le ayude a pasar la sensación de impotencia, de rabia de ¿por qué a mí?. Hay que intentar a toda costa que la paciente no pierda las ganas de vivir, de luchar por reconducir su vida ante estas nuevas circunstancias.

6 Bibliografía

1. J.M. Val Gil, M.F. López Bañeres, F.G. Rebollo López, A.C. Utrillas Martínez, A. Minguillón Serrano.Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual.Cir Esp, 69 (2001), pp. 56-64.

2. Martín M, Herrero A, Echevarría I. El cáncer de mama. ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura. 2015; 191 (773): a234.
3. Capllonch Teba V. Cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de mama sometidas a radioterapia. Inquietudes. 2015; (49): 35-43.

4. Grupo Español para el Desarrollo de la Farmacia Oncológica (GEDEFO). Estudio transversal del tratamiento del cáncer de mama en España. Farm Hosp. 2008; 32 (3): 139-47.

Capítulo 38

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS PALIATIVOS

MARÍA JESUS GÓMEZ FUERTES

CLAUDIA RODRÍGUEZ INSUA

RAQUEL IGLESIAS FERNANDEZ

ANA BELÉN FERNÁNDEZ MEDIERO

1 Introducción

Al hablar de cuidados paliativos es importante primero saber qué se entiende por paciente terminal. Es un paciente con una enfermedad muy avanzada, activa, en progresión y con un pronóstico de vida corto, generalmente, inferior a seis meses. En estas situaciones, el objetivo de la atención al enfermo no es la curación, sino proporcionar cuidados físicos y psicológicos adecuados para mejorar su calidad de vida. Los pacientes que han recibido apoyo psicológico pueden afrontar mejor tanto sus síntomas como la llegada de la muerte, de ahí la importancia de la aceptación de este tipo de cuidados, tanto por parte del enfermo como de los familiares. La fase terminal no tiene por qué ser considerada solamente una etapa de espera angustiosa de la muerte, sino un periodo donde es posible ayudar al enfermo a conseguir una calidad de vida razonable, ofreciéndole un manejo adecuado de los síntomas y una buena comunicación entre

éste, la familia y el equipo sanitario, incluida la TCAE, para ayudarles a conocer sus necesidades físicas, espirituales y sociales en cada fase del periodo en que se encuentran en cuidados paliativos. Priorizar y escuchar las necesidades de los pacientes y del equipo multidisciplinar de trabajo (médicos, enfermeros y auxiliares servicios) para consensuar protocolos de trabajo que permitan anticiparse a los errores y mejorar tanto la eficacia como la eficiencia del trabajo diario.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en cuidados paliativos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. 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

Los Centros u hospitales especializados en cuidados paliativos, proporcionan una mejor calidad al final de la vida y comodidad a los pacientes que por su patología el desenlace es irremediable, controlando el dolor y otros síntomas y prestándoles en todo momento un apoyo psicológico que les ayude a llevar mejor los últimos momentos. De esta forma podrá permanecer tranquilo y lo más cómodo posible. El personal sanitario juega un papel importante ya que si el paciente está ingresado, aunque este rodeado de su familia, la mayor parte del tiempo es el personal de los centros quien atiende sus necesidades más básicas. Los cuidados paliativos son una herramienta que permiten disminuir o aliviar el dolor y la sensación de malestar. Partiendo de esto, intentaremos complementarlos con terapias alternativas(mantenerlos lo más activos posibles incitarlos a realizar alguna actividad que se adapte a las condiciones en las que se encuentren, mantenerles el interés por lo que los rodea) a parte de las medicaciones que se les estén suministrando para sobre todo no tener dolor, las cuales pueden lograr el objetivo fundamental:

llevar al paciente a la mejor situación de bienestar., tanto físico como mental, evitando que se suma en una depresión que haga aún más duro el desenlace, sobre todo en este caso para los familiares que los rodean, ya que a parte de la próxima pérdida, al estar el paciente deprimido no pueden establecer una comunicación fluida que ayudaría a ambas partes. Una atención de calidad y atender a cada una de las necesidades del paciente y sus familiares son estrategias adecuadas para que el TCAE cumpla sus objetivos en cuidados paliativos, debe mantener una vigilancia continua sobre el paciente, controlando en caso de que ya no pueda movilizarse por si mismo el estado de la piel, para evitar la formación de escaras que pudieran empeorar su calidad de vida al abrir puertas a infecciones, procurar que dentro de lo posible beba y coma lo suficiente para que su estado nutricional no degenere y en caso de notar cualquier anomalía ponerlo inmediatamente en conocimiento del equipo.

5 Discusión-Conclusión

Es evidente la utilidad y eficiencia de los programas de cuidados paliativos en lo que se refiere a calidad de vida, muerte digna y satisfacción de los pacientes y familiares. Resulta duro ver como un familiar va llegando al final de su vida y con sufrimiento, hay que evitar que se sienta dolor, que se encuentre lo más confortable posible, la muerte digna es un derecho de toda persona, hacerlo en paz y sin sufrimiento. Los programas de cuidados paliativos en los pacientes son fundamentales para proporcionar una asistencia adecuada, los cuales permitan una muerte digna. Dichos cuidados han de realizarse desde un punto de vista de equipo en conjunto en el que los familiares son un eslabón de vital importancia .El apoyo emocional entre los profesionales y la familia es fundamental.

6 Bibliografía

1. Iribarren, P., Calvo, C. y Ruiz, E. (2016). Cuidados paliativos en las urgencias extra-hospitalarias: una urgencia formativa. Med Paliat.
2. Wilson Astudillo A, Carmen Mendinueta A, Edgar Astudillo A. Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia 6. th. Navarra: EUNSA; 2018.
3. Sánchez Calso A. Cuidados paliativos en Atención Primaria. Madrid; SECPAL; 2013.
Comunidad de Madrid. Salud Madrid. Manual para el manejo del paciente en cuidados paliativos en urgencias extrahospitalarias. Barcelona: SUMMA 112; 2011.

Capítulo 39

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO U ONCOLÓGICO

LUCÍA FRANCO ALONSO

1 Introducción

La persona que padece una enfermedad crónica o que sea paciente oncológico necesita una atención específica que cubra las necesidades especiales por las que atraviesa su estado de salud. Esta atención suele ser compleja debido bien a la pluripatología presente o por el comportamiento dinámico y la respuesta dispar a los tratamientos.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe tener en cuenta que para prestar la atención adecuada a este tipo de pacientes, los cuidas ofrecidos deben cubrir todas las esferas del paciente, abarcando las diferentes esferas como la física, emocional, espiritual, familiar y social.

A día de hoy, se hace necesario contar con estrategias y programas de atención para abordar las necesidades de cuidados que requieren los pacientes con enfermedades crónicas o paliativos, sirviendo de guía para que los profesionales puedan dar el mejor cuidado y se unifiquen criterios para que las diferentes categorías profesionales remen en la misma dirección en lo que a los cuidados y atención de este tipo de pacientes se refiere.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe estar capacitado, formado y preparado para prestar una atención de calidad que contribuya a aportar el bienestar físico y emocional tan necesario en estos pacientes en concreto.

2 Objetivos

- Analizar la atención al paciente crónico u oncológico.
- Establecer los cuidados que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe aportar a este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica se buscó información en distintas bases de datos científicas como Medline y Pubmed, utilizando palabras clave como: paciente crónico, paliativo, atención, cuidados, TCAE. A su vez, también se consultó en el buscador Google Académico y en diferentes guías clínicas y protocolos de actuación.

4 Resultados

Con la evolución de la sociedad, las enfermedades crónicas se han ido acrecentando con el paso de los años. Los estilos de vida, la alimentación, la edad, el sexo, la actividad física, entre otros, son determinantes que influyen de manera significativa y negativa en la aparición de una enfermedad crónica. A su vez, el incremento de enfermedades oncológicas y la disminución de la edad en la que actualmente está apareciendo esta enfermedad, hacen que los pacientes oncológicos sean miles cada año. Por ello, una atención específica que se base en las necesidades concretas que presentan estos pacientes hace que sea una cuestión fundamental para prestar unos cuidados de calidad.

Una cuestión muy importante a la que debe hacer frente el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es la esfera psicológica, puesto que las situaciones altamente estresantes están muy presentes tanto en el paciente con enfermedad crónica como en el oncológico en fase paliativa, más significativamente en este último. Para ello, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe contar con la formación adecuada para tratar diferentes aspectos que suelen preocupar al paciente cuando ve que el final de su vida está próximo, prestando ayuda psicológica tanto a él, como a su familia.

Respecto a los cuidados generales, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe hacer una valoración integral, global e individualizada a cada paciente al que va a proporcionar sus cuidados a fin de identificar las necesidades que debe cubrir, además de adelantarse a posibles efectos y contratiempos para establecer una prevención que eluda los posibles problemas que puedan presentarse.

Otra cuestión importante es el manejo de la información y la comunicación, teniendo esta última un papel muy importante y relevante en la etapa final de la vida. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe mostrar una actitud empática y realizar escucha activa, a la vez que debe dejar y fomentar que el paciente muestre sus inquietudes, preocupaciones y miedos.
Tanto la enfermedad crónica como la oncológica tienen, por la complejidad patológica, unos cuidados multifactoriales que pueden ir variando en muy corto espacio de tiempo, siendo importante que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tenga una actitud flexible para ir acomodando los cuidados y la atención según las necesidades que se vayan presentando.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad crónica y/u oncológica posee un gran número de pacientes que precisan de una atención específica y de unos cuidados que cubran todas las esferas del individuo, además de que aporten la máxima calidad asistencial posible. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe estar preparado para hacer frente a esa atención mediante la formación adecuada y el desarrollo de estrategias que le ayuden a cuidar del paciente de forma holística, cubriendo las necesidades que el paciente tenga al descubierto, sean de la esfera que sean.
El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe trabajar codo a codo con el resto del equipo multidisciplinar para el cuidado y la atención de estos pacientes.

6 Bibliografía

- Contel, J. C., Muntané, B., & Camp, L. (2012). La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Atención Primaria, 44(2), 107-113.
- Marcela, D. F. E., Sylvia, G. N. E., Carlos, L. C. E. J., & Aracely, T. M. E. (2013). Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. Revista Médica Clínica Las Condes, 24(4), 694-704.
- Rico-Blázquez, M., Gómez, S. S., & Gallego, C. F. (2014). El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. Enfermería clínica, 24(1), 44-50.

Capítulo 40

LA IMPORTANCIA DE REALIZAR DE FORMA CORRECTA LA HIGIENE DE MANOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

ANDREA GARCIA MENENDEZ

GEMA VICENTE GARCÍA

NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

JOSÉ VICENTE CRESPO GUTIÉRREZ

1 Introducción

La higiene de manos es el pilar fundamental para todos los profesionales sanitarios del centro hospitalario y se ha de realizar de forma correcta en todo momento que sea necesario durante el curso de la jornada laboral
En 1847 Semmelweis ya propuso la utilización de una solución desinfectante para el lavado de manos, se demostró ya en aquel entonces que una buena higiene evita la contaminación del paciente y se minoriza la posibilidad de contagio del paciente (Fuentes-Ferrer, 2012)
La realización de la higiene de manos comenzó a realizarse por un médico obstetra que se dio cuenta en la realización de los partos que muchas parturientas morían al dar a luz o tenían complicaciones por infecciones, cuando esto lo traslado a sus colegas estos se lo tomaron como una ofensa hacia ellos mismos y hacia su profesionalidad

La morbilidad en el pasado estaba ligada estrechamente con el lavado de las manos, es más algunos facultativos de la época se tomaron estas pautas como una ofensa a su trabajo, ya que lo apercibieron como un ataque directo a su forma de trabajo
En octubre de 2002 salió publicada una guía para la realización correcta de la higiene de manos en Morbidity and Mortality Weekly Report. Y no fue hasta 2005 cuando la OMS se tomó esto con mayor seriedad (Naranjo-Hernandez, 2020).

2 Objetivos

Determinar cómo ha de realizarse el lavado de manos de forma correcta por el personal sanitario de los centros hospitalarios

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos, así como de diversos estudios acerca del lavado de manos, para ello se ha utilizado las bases de datos de pubmed y scielo y el motor de búsqueda utilizando ha sido Google académico. Los descriptores usados han sido higiene de manos y mecanismos de prevención de enfermedades transmisibles. Para ello se ha consultado un total de x artículos sobre este tema y han sido seleccionados para la revisión x artículos comprendidos entre 1999 y 2020

4 Resultados

La higiene de manos es un proceso de higienización necesario para el centro hospitalario y su personal. Gracias a él se evita muchas complicaciones en la salud del paciente y se evita el contagio de múltiples enfermedades transmisibles la realización correcta de esta técnica es necesario que todo personal sanitario y se ha de realizar de forma correcta por todo el personal, para ello lo primero será mojar las manos, se utiliza una solución jabonosa y se frotara ambas palmas de las manos por ambos lados y entrelazándolas, a continuación se realizara el lavado de cada uno de las falanges de los dedos, una vez realizado estos pasos se frotara las uñas de una mano con la palma de la mano contraria y se realizara lo mismo con la otra mano, después se realizara el aclarado de las mismas y el secado. El secado ha de realizarse con papel desechable (Jiménez, 1999) la higiene

de manos nunca será sustituida por la utilización de gel hidroalcohólico, aunque este puede ser un complemento posterior del lavado de estas.
La disminución de las infecciones postoperatorias en los pacientes postquirúrgicos disminuye en gran cantidad si la higiene de manos es llevada con exhaustividad, por ello en países desarrollados en donde esta práctica está extendida hay menos infecciones post quirúrgicas que en otros menos desarrollados, por lo tanto, se puede llegar a decir que una higiene de manos salva vidas o mejora la calidad de vida de los pacientes hospitalizados (Lupión, 2014) las medidas de prevención siempre comienzan con el lavado de manos en los centros de hospitalización, urgencias y emergencias, la utilización de coadyuvantes como puede ser el gel hidroalcohólico o la utilización de guantes es muy habitual, pero esto no exime a que se haya que realizar el lavado de manos siempre.

5 Discusión-Conclusión

La higiene de manos es el principal método de prevención de enfermedades nosocomiales, es decir de enfermedades transmisibles dentro del ámbito hospitalario una correcta utilización del protocolo de higiene de manos del centro hospitalario reducirá la probabilidad de reinfección de pacientes ingresados, así como la transmisión de estas al personal sanitario u otros pacientes el impacto económico de esta técnica es abrumador, se consigue reducir los gastos hospitalarios, se evita alargar la hospitalización de pacientes y el gasto humano y material la disminución de la mortalidad en los países desarrollados con una implantación de higiene de manos correcta es abrumadora, por ello la higiene es uno de los pilares básicos dentro de la hospitalización del paciente (Silva, 2011)

6 Bibliografía

Fuentes-Ferrer, M. (Enero- Febrero de 2012). Efectividad de una intervención para la mejora del cumplimiento en la higiene de manos en un hospital de tercer nivel. Revista de Calidad Asistencial, 27(1), 3-10.
Jiménez, S. (1999). Lavado de manos, un punto crítico en la seguridad alimentaria revision y recomendaciones. Santa Fé: Universidad Nac. del Litoral.
Lupión, C. (Noviembre de 2014). Medidas de prevención de la transmisión de microorganismos entre pacientes hospitalizados. Higiene de manos. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 32(9), 603-609.
Naranjo-Hernandez, Y. (Septiembre-Octubre de 2020). Un recorrido por la historia del lavado de las manos. Revista Archivo Médico de Camagüey, 24(5), 5-8.

Silva, C. (Enero de 2011). HIGIENE DE MANOS COMO ESTRATEGIA FUNDAMENTAL EN EL CONTROL DE INFECCIÓN HOSPITALARIA: UN ESTUDIO CUANTITATIVO. Enfermería Global, 10(1), 15-21.

Capítulo 41

RIESGOS ÉRGONOMICOS EN EL TRABAJO

SEILA ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

Según la Asociación Internacional de Ergonomía la ergonomía es el conjunto de conocimientos científicos destinados a mejorar el trabajo y sus sistemas, productos y ambientes para que se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de las personas.
Tanto el esfuerzo físico como el postural derivan en trastornos muscoesqueléticos ,estos están presentes en cualquier actividad laboral y suponen una exposición al riesgo ergonómico, por lo tanto, la formación como la prevención son imprescindibles para garantizar la seguridad y la salud del trabajador. Asimismo es fundamental que tanto los elementos que conforman nuestro trabajo como las condiciones en que estas se desarrollen sean diseñados desde su origen, para ello se debe de tener en cuenta las necesidades del trabajador y las características del trabajo a realizar. La finalidad de la ergonomía es promover la salud y el bienestar para evitar accidentes y mejorar la productividad de una empresa. Esta considera factores no solo físicos (relativa al diseño del puesto, los equipos y la carga física de trabajo) sino también ambientales (el ambiente sonoro, visual y las condiciones térmicas) , organizacionales (relativas al diseño de horarios, turnos, pausas y ritmos de trabajo y sociales(características fisiológicas ,físicas psicológicas y socioculturales ,los factores más conocidos son el hombre ,las máquinas y el ambiente.

2 Objetivos

-Determinar las principales lesiones y consecuencias que tienen los riesgos ergonómicos en el trabajo, indicando las principales medidas preventivas.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica que existe.
Se han empleado palabras clave tales como ergonomía, trabajo, muscoesqueléticos ,así como consulta de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y bases de datos como Pubmed, Istas y Scielo.

4 Resultados

Uno de los principios de la acción preventiva del artículo 15 de LPRL es el de adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecto a la concepción de los puestos de trabajo así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir sus efectos sobre la salud.

Dentro de la ergonomía se concentra tanto el esfuerzo físico como el postural. Cuando las exigencias del trabajo no se adaptan a las necesidades de las personas que van a desarrollarlas ,es entonces cuando aparecen los daños en la salud. Tanto el esfuerzo físico como el postural provocan cansancio y daños en la salud muscoesqulética tales como: dolor, molestias o tensión que puede derivar en una incapacidad temporal o permanente.

Las lesiones muscoesqueléticas provocan lesiones en diferentes partes del cuerpo tales como:
-Manos y muñecas: artrosis o artritis, síndrome del túnel carpiano, síndrome de Quervain ,síndrome del canal de Guyon y dedo en resorte.
-Cuello y hombros: tendinitis, síndrome cervical por tensión.
-Codos: artrosis de codo o codo de tenista.
-Espalda: hernia discal y lumbar y lumbalgias.
-Piernas y pies: bursitis prepatelar.
Los síntomas asociados a todos ellos pueden ser: hormigueo, entumecimiento ,dolor asociado a la inflamación ,pérdida de fuerza ,así como dificultad de movimiento en la zona afectada.

La excesiva carga de trabajo puede provocar la aparición de fatiga, esta hace que la capacidad física y mental del trabajador sea más torpe y la sensación de malestar sea mayor .Cuando la fatiga muscular se mantiene durante un tiempo prolongado ,esta puede afectar no solamente a los músculos implicados en el proceso sino también en otros músculos que no han intervenido en dicha tarea ,llegando incluso a afectar al sistema nervioso.

Como posibles soluciones preventivas destacar:
-Establecer pausas y descansos
-Rotación de tareas
-Revisar regularmente los equipos y métodos de trabajo
-Evitar tareas monótonas y repetitivas
-Manejar cargas pesadas entre dos o más personas
-Regular el mobiliario adaptándolo a las necesidades de cada persona
-Establecer tiempos máximos en el desarrollo de trabajos en espacios confinados (uso de epis, exposición a contaminantes químicos etc…)

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que toda empresa cuente con un servicio de prevención y una adecuada formación preventiva de la plantilla orientada a capacitar al trabajador en la identificación de las causas y sus posibles soluciones .
Otra forma de prevención es la ergonomía participativa donde deben estar implicados tanto la empresa, el trabajado ,la representación legal y el técnico en PRL. Entre todos ellos podrán aportar las medidas preventivas más eficientes.

6 Bibliografía

1- Buenas prácticas en Ergonomía aplicada a la prevención de riesgos laborales de tipo [Internet]UGT; Disponible en:https://www.aguasdecordoba.es/files/pdf/Guia%20Ergonomia%20WEB.pdf
2-Factores ergonómicos y psicosociales[Internet].ITSS ;Disponible en:https://www.mites.gob.es/itss/ITSS/ITSS_Descargas/Atencion_ciudadano/Normativa_documentacion/Riesgos_laboral/7.1_GUIA_Factores_Psicosociales.pdf
3-Guía de ergonomía [Internet].comunidad de Madrid; Disponible en:https://www.aecom.es/wp-content/uploads/PublicacionesPRL/ERGONOM%C3%8DA_2019.pdf

4-Manual para la prevención de riesgos ergonómicos psicosociales en los centros a tención a personas en situación de dependencia [Internet].CCOO, Disponible en:https://sanidad.ccoo.es/e7c61ae0f0a4ff047f7ace3306c36c31000058.pdf

Capítulo 42

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO

AZUCENA ARNIELLA ALVAREZ

MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI

PAULA ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA

LUCIA FERNANDEZ FERNANDEZ

ALEJANDRA ALONSO GONZÁLEZ

1 Introducción

La higiene en el paciente es muy importante, ya que en ella se eliminan las células muertas, se mantiene un buen estado general del paciente encamado y a través de esta visualizamos las posibles heridas o estado de la piel en el paciente, ya que mientras realizamos la higiene debemos de observar el estado de la piel en la que se encuentra. El técnico de enfermería es el encargado de realizar la higiene del paciente junto con el celador y en ocasiones especiales el personal de enfermería, cuando se realiza la higiene debemos observar el estado de la piel del paciente, observar si tiene algunos cambios, rozaduras, úlceras por presión, en todo momento debemos de estar atentos a la piel del paciente, sobre todo cuando se pasa mucho tiempo encamado.

Según tenga el paciente el estado de la piel, podremos realizar el baño en la cama o en la ducha, ahí deberemos de valorar si movilizar al paciente a la ducha o realizarlo en la cama, aunque en la mayoría de veces, suele hacerse en la cama, porque pocos pacientes tienen autonomía para poder darse un baño en su estancia en el hospital y necesitan ayuda de un familiar o del TCAE.

2 Objetivos

Identificar el trabajo que se realiza en la higiene general del paciente y saber colaborar con el equipo necesario para dejar al paciente lo más confortable posible.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Pubmed de artículos relacionados con la higiene general del paciente encamado y se han utilizado palabras clave en su búsqueda de : higiene, encamado, piel, cremas hidratantes, TCAE, movilización, etc.

4 Resultados

Antes de comenzar con la higiene del paciente debemos de prepararnos todo el material necesario como lo son: las sabanas y funda de almohada, secantes, toalla, pijama, y esponjas jabonosas, batea, etc. Después continuamos desvistiendo al paciente y comenzamos con las esponjas jabonosas a lavarlo y a continuación se va secando la piel sobre todo metiendo hincapié en los pliegues que es donde se puede acumular la suciedad y finalmente se aplica una crema hidratante para relajar al paciente y así que sienta bienestar en la piel.
Las indicaciones a seguir son:
• Debemos de quitar todo el sudor que tiene acumulado por posibles cuadros febriles que haya tenido.
• Debemos de movilizar al paciente cuando estamos realizando la higiene, esto le mejorara su estado en la cama.
Los materiales que necesitamos son los siguientes:
• Guantes desechables
• Jabón
• Toalla
• Palangana

• Crema hidratante
• Peine y colonia
• Accesorios para la higiene bucal (dentífrico, cepillo, antiséptico)
• Bolsa para depositar la ropa sucia
• Equipo completo de ropa de cambio de cama
Retiramos la ropa de cama y se deja solo la sábana encimera para poder cubrir al paciente y preservar su intimidad.
Primero de todo comenzamos lavando la cara y luego seguidamente vamos limpiando de forma descendente el cuerpo:
• Para la cara utilizamos la punta de la tolla y antes de introducir ningún jabón y así poder lavar bien la cara ojos y orejas, sobre todo cuello,
• Después continuamos con el tórax y miembros superiores, continuamos por los miembros inferiores y por último debemos de lavar la zona genital con abundante agua y después secar con los secantes que son muy efectivos.
• Aclarar y secar.
Las zonas de cuidado especial en el paciente encamado son las siguientes:
• Boca: debemos de frotar con un cepillo especial y con clorhexidina para limpiar bien la boca y los dientes, sobre todo el paladar.
• Labios: debemos de poner un poco de vaselina o de cacao para evitar la sequedad en la piel.

Generalmente las recomendaciones generales son las siguientes:
• Durante el baño el auxiliar debe observar el estado de la piel del paciente observando si tiene alguna patología o nueva alteración, no se debe de mojar ningún apósito a no ser que la enfermera nos informe que tiene que realizar la cura y podamos quitarlo para poder cambiarlo.

• La temperatura del agua en el paciente dese de ser entre 34-36ºC y también aprovecharemos para movilizar al paciente y realizar el cambio postural.
En el cambio de ropa de cama se debe realizar diariamente para evitar posibles transmisiones de gérmenes que pueda haber.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en cuidados de enfermería tiene muchas funciones y debe de realizar diferentes funciones según en la unidad donde se encuentre, ya que depende del servicio, aunque la higiene se realiza a todos los pacientes y da igual el servicio o según el estado de salud se encuentre o la enfermera nos diga lo contrario. Siempre se tiene que revisar la higiene del paciente, si lleva o no pañal y si viera

algo raro o fuera de lo normal en la piel debe de avisar de inmediato al personal de enfermería para poder tomar las medidas de prevención posibles y así evitar que se produzcan úlceras por presión.

6 Bibliografía

1. Macmillan profesional. Autores: Carlos Galindo, Regina Cardelus, Agustín García, Manuela Heredia, Concepción Romo.
2. https:// es dar formación.com/blog/ posts-enfermeria/normas-gemerales -de-aseo-del-paciente.
3. Intervención en la Atención Sociosanitaria en Instituciones. Editorial Ivrea. Autoras: Inmaculada Gallardo Muñoz y M. Del Rocío Guardeño Ligero.

Capítulo 43

EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO: LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA

PAULA VICENTE PEREZ

TANIA MESA PEREZ

1 Introducción

Para comenzar empezaremos explicando qué es el papiloma humano. El papiloma humano es un virus, aunque en realidad no es uno, sino un grupo de más de 200 virus, divididos en dos grupos, cada uno de esos dos grupos tienen un riesgo distinto. Por un lado tenemos los virus de riesgo bajo y por otro los de riesgo alto.
Es una enfermedad de transmisión sexual, la más frecuente, que afecta al 12% de féminas y a un 20% de varones. En el cáncer de útero un 90% de los casos está causado por este virus, que puede llegar a ser letal. Mayoritariamente se les pone a las niñas y adolescentes menores de 18 años la vacuna, aunque también se contempla su inoculación a pacientes menores de 26 años que se encuentren inmunodeprimidas, también a aquellos pacientes que padecen la infección del VIH. Y aquellos que mantienen relaciones sexuales de manera asidua con varias personas, bien porque así lo desean, es decir, que son promiscuos o porque sean personas que ejercen la prostitución.

Los virus de riesgo bajo, apenas producen enfermedad, sin embargo pueden producir verrugas en la zona de la boca, de la garganta, de los genitales o del propio ano. Los virus de riesgo alto son los que causan enfermedad. Diversos estudios confirman que los virus de riesgo alto VPH 16 y el VPH 18 son los que causan la gran mayoría de cánceres de este tipo.

2 Objetivos

Existen varios objetivos en nuestro trabajo:
- El objetivo principal es: analizar la importancia de ponerse la vacuna del VPH
- Como objetivos secundarios tenemos: a) analizar la incidencia del virus del papiloma humano en los jóvenes b) analizar la seguridad de la vacuna del VPH

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática por distintas bases de datos, entre ellas Scielo, Medlineplus y también en Google. Hemos elegido los textos que más se adecuaban a nuestras necesidades para elaborar nuestra comunicación escrita. Hemos utilizado palabras clave como ”vacuna”, ”cáncer”, ”papiloma humano” y ”cervix”.

4 Resultados

Los resultados que arrojan los distintos análisis, es que existen tres vacunas disponibles en el mercado sobre el virus del papiloma humano. En nuestro país, España, comenzó a comercializarse en el año 2008, año en el cual comenzó a administrarse de manera totalmente gratuita a chicas de 14 años, fue en el año 2017 cuando las comunidades autónomas comenzaron a implantarla en el calendario vacunal para chicas de 12 años, a excepción de la comunidad autónoma del Principado de Asturias, donde se realiza a los 13 años.
En España, hasta ahora solamente se la administran a las niñas, pero en algunas comunidades autónomas han ido más allá y han encontrado conveniente y necesario administrársela a los varones también, ya que los varones son portadores de este virus, con una prevalencia del 20% y además también pueden sufrir cáncer de pene como consecuencia del mismo, o de ano, no solamente transmitirlo. Las comunidades autónomas que lo han incluido en su cartera de servicios son: Andalucía (aunque lo hará a partir de enero de 2023), Cataluña, la Comunidad Valenciana y Galicia. Lo correcto es poner las tres dosis de la misma, con un intervalo de tiempo entre cada dosis de seis meses. Todas las demás menores que no se incluyen en los distintos calendarios de vacunación de las distintas comunidades autónomas, y todos los varones deberían de ser también vacunados, a día de hoy deben abonar las tres dosis de la vacuna en la farmacia, lo ideal sería ir incluyendo paulatinamente cada año más menores y a una edad más temprana, antes de que se inicien en las relaciones sexuales, para prevenir estos tipos de

cánceres dada la gran eficacia de la vacuna, no olvidemos que el 5% de los casos de cáncer en humanos es como consecuencia de este virus.
No cabe la menor duda de que esta vacuna es un gran avance científico y una gran prevención del cáncer.

5 Discusión-Conclusión

Hemos llegado a conclusión de que la vacuna del virus del papiloma humano, es una vacuna eficaz, que es de gran importancia que se administre tanto a varones como a hembras, ya que son los varones los que transmiten el virus, para evitar que se propague esta enfermedad de transmisión sexual, que es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente, llegando a afectar a un 20% de los varones. Además de eficaz es una vacuna segura, puesto que se ha efectuado un seguimiento a nivel mundial, posterior a su administración, habiendo sido administradas más de 300 millones de dosis en todo el mundo y los resultados son concluyentes "ES SEGURA".
Cuantas más personas estén vacunadas contra este virus mejor, puesto que habrá una mayor protección. Es necesario incluirla en todas las carteras de servicios de todas las CCAA en nuestro país, puesto que el precio de las tres dosis necesarias, supera los 500 euros y dado el alto precio no está al alcance de toda la población, produciéndose un perjuicio para aquellos que deban de abonar las dosis o para aquellas personas que no se pondrán las vacunas porque no pueden efectuar el pago.

6 Bibliografía

www.heraldo.es
www.cancer.gov

Capítulo 44

LA OBESIDAD INFANTIL: UN PROBLEMA CRECIENTE

PAULA VICENTE PEREZ

TANIA MESA PEREZ

1 Introducción

El problema de la obesidad es un problema que está en auge en el mundo desarrollado, se da por distintos motivos y afecta a gran parte de la población, independientemente de la edad, del sexo, de la raza…
La obesidad de la población preocupa a los facultativos de los distintos sistemas sanitarios, no solamente por el aumento de peso de los pacientes, sino por las distintas enfermedades que presentan los pacientes debido a la obesidad en gran medida. Pero de toda la población, quizás la obesidad que más preocupa sea la de la población infantil, por los problemas de salud que ocasionan en el momento actual, así como por los problemas que pueden surgir en un futuro.
La obesidad a menudo viene acompañada de aislamiento social, de problemas psicológicos, ya que la persona que la padece, suele ser objeto de burlas. En la etapa adulta además la situación se agrava cuando en el mundo laboral se tiene en cuenta más el aspecto físico que el curriculum que puedas presentar como trabajador, o cuando por las diferentes patologías que van surgiendo como consecuencia de la obesidad, tienes que faltar constantemente al puesto de trabajo, y muchos son despedidos, por lo que son muchas personas las que sufren de depresión, entrando en un bucle difícil de romper si no se pone solución lo antes posible.

2 Objetivos

Entre los objetivos podemos encontrar:
- analizar la obesidad de la población en general
- analizar el auge de la obesidad infantil y sus posibles consecuencias
- analizar las causas
- aconsejar ciertos cambios para invertir la tendencia

3 Metodología

Hemos realizado una búsqueda sistemática en distintas bases de datos, todos los textos han sido seleccionados en lengua castellana, por ser nuestra lengua materna. Algunas de las bases de datos donde hemos buscado nuestros textos son Dialnet, Google, Scielo. Hemos utilizado descriptores como "obesidad" "colesterol".

4 Resultados

Como hemos mencionado anteriormente la obesidad es un problema en auge a nivel mundial, sobre todo en los países desarrollados. Una parte de la población mundial tiene sobrepeso, algunos padecen obesidad y otros llegan a sufrir obesidad mórbida. Son varios los factores o las causas por las que la obesidad se está convirtiendo en una epidemia en ciertos países.

La obesidad puede aparecer por causas muy diversas, unas son genéticas, otras veces aparece porque no funcionan bien las glándulas, otras por sedentarismo, otras por un exceso de ingesta de alimentos…

En la obesidad infantil deberemos tener en cuenta diversos factores. Primero deberemos observar y tener en cuenta si en su familia existe un problema de obesidad de índole genética, deberemos asimismo preguntarnos que tipo de alimentos consume el menor, así como qué tipo de actividades realiza el menor, es decir, si es un menor que realiza deporte de forma habitual, o si por el contrario no realiza ninguna actividad que le ayude a quemar las calorías que consume cada día. Cuando el sedentarismo y la ingesta poco adecuada son los causantes de la obesidad, es necesario intervenir, esto en todas las etapas de la vida no solamente en la etapa infantil, si bien es cierto que cuanto antes tomemos cartas en el asunto, antes evitaremos que aparezcan más enfermedades en el paciente a corto y largo plazo.

Las comorbilidades que presenta el menor con obesidad son varias, a cuál más importante, cabría destacar la diabetes, la esteatosis hepática no alcohólica, la dislipemia, la tensión arterial elevada, dificultades en la respiración, los trastornos en la salud mental, como la baja autoestima, la depresión, la ansiedad..., como veis el abanico es muy amplio.

5 Discusión-Conclusión

A la conclusión que se llega es que el paciente obeso infantil presenta las mismas comorbilidades que los pacientes obesos adultos, por lo que una intervención adecuada podría paliar de manera significativa estas comorbilidades. Debería de darse una intervención integral comenzando por una reeducación de los hábitos alimenticios, eliminando sobre todo la ingesta de bebidas azucaradas, tan populares entre la población infantil, así como de alimentos con grasas trans, restringir en la medida de lo posible una ingesta de alimentos superior a la indicada para su edad y para su estilo de vida, y sería necesario además promover el ejercicio físico de manera que vaya tomando conciencia de lo que sería el estilo de vida saludable.

6 Bibliografía

www.mayoclinic.org
www.sanitas.es

Capítulo 45

LA SALUD BUCODENTAL Y LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

TANIA MESA PEREZ

PAULA VICENTE PEREZ

1 Introducción

Aunque la salud bucodental es un tema que debe preocuparnos a todos, lamentablemente no es así, si bien es cierto que desde hace unos años las personas son más conscientes de que deben de cuidar sus piezas dentales porque son exclusivas, aunque algunos lo hacen únicamente por estética y otros ante el temor de tener que acudir a un dentista privado para solucionar el problema, ya que no son precisamente muy económicos, llegando incluso a proponer la clínica odontológica financiar el tratamiento.

Desde hace años se realizan revisiones en el dentista de la seguridad social a los menores en edad escolar, de esta manera pierden el miedo a acudir al dentista, se les hace una fluoración y una revisión de la dentición, porque es importante detectar la caries incluso cuando el paciente tiene aún los dientes de leche.
A las personas con discapacidad intelectual también se le deben hacer revisiones anuales, porque además de presentar su discapacidad intelectual también pueden presentar todas las demás patologías como el resto de seres humanos. Existen unidades específicas para ellos en los hospitales, pero de nada sirven si solamente se ha acostumbrado al paciente a acudir a las mismas desde una edad bien temprana, para realizar la revisión, pero no se les ha realizado nunca una limpieza. Si esperamos a que la persona cumpla los 18 años para realizarle una limpieza

posiblemente no coopere adecuadamente, depende del tipo de discapacidad intelectual y del grado de afectación.

2 Objetivos

Objetivos:
- El objetivo principal es prevenir las caries y la extracción de piezas dentales en pacientes con discapacidad.
- Concienciar sobre la importancia de una buena higiene dental en todas las personas, pero sobre todo en las personas con discapacidad intelectual.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en distintos bancos de datos como MedllinePlus, Scielo y también en buscadores como Google. Hemos utilizado palabras clave como "bucodental", "caries", "extracción", "discapacidad". Los textos que hemos seleccionado eran todos en castellano y de carácter gratuito.

4 Resultados

Durante años la salud bucodental ha sido la gran olvidada, no se la tenía en cuenta, aunque de la boca provienen multitud de enfermedades. Las personas acudían al dentista porque tenían dolor como consecuencia de una caries, en la mayoría de los casos cuando la pieza dental ya no era posible salvarla y finalmente había que realizar una extracción.
Desde el sistema nacional de salud, se han venido realizando numerosas campañas para el cuidado de la boca. Desde hace unos años se realizan campañas en las que los escolares acuden al dentista con una doble misión, una la de que pierdan el miedo al dentista y lo vean como un médico más y otra prevenir caries y malas formaciones en la dentición para evaluar una mala oclusión que pueda llevar a padecer problemas de mandíbula e incluso de cervicales.
Lo cierto es que para las personas con discapacidad todo ello es mucho más complejo, ya que por su discapacidad puede presentar mayor dificultad para mantener una correcta salud bucodental. Hay que acostumbrarlos desde muy temprana edad a utilizar el cepillo dental diariamente, para evitar la formación de caries incluso en los dientes de leche. Hay que acostumbrarlos a realizarse la limpieza anual en el dentista y ahí es donde vienen los problemas, ya que para

una gran parte de ellos eso no es posible, en muchos casos porque no conocen ni siquiera al profesional que les va a realizar la técnica, y para poder realizarla, tienen que anestesiar y dormir al paciente con los riesgos que conlleva. De la misma manera para realizar una extracción es necesario dormir al paciente, ya que muchos de ellos no cooperan debido a su problemática, si ya es difícil para alguien sin ningún tipo de discapacidad, es mucho más complejo para ellos.

5 Discusión-Conclusión

Se ha llegado a la conclusión de que los pacientes con discapacidad, y sobre todo los que presentan una discapacidad intelectual, necesitan que se esté más pendientes de su salud en general que otros pacientes que no padecen este tipo de discapacidad. Necesitan que se tenga más paciencia por parte del personal de la clínica dental y además es muy necesario involucrar a la familia y/o cuidadores, en el adecuado mantenimiento de las pautas de higiene y cuidados de la cavidad bucal de la persona con discapacidad, para preservar el mayor tiempo posible una dentición sana, sin menoscabo de la autonomía del mismo.

6 Bibliografía

www.dentaid.es
www.nidcr.nih.gov/espanol/temas-de-salud

Capítulo 46

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA

NOELIA MAQUEDA GUILLEN

IRENE MUÑIZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La cardiología es la rama de la medicina que se encarga del estudio y el funcionamiento del Aparato Cardiovascular, en el se engloba los vasos sanguíneos y el gran músculo que es el corazón.
Esta especialidad de la medicina tiene rama quirúrgica y no quirúrgica. Cuando es la parte quirúrgica la realizara un especialista que se denomina cirujano cardiovascular

El padre de la Cardiología y maestro es William Harvey, quien descubrió el circuito que realiza la sangre por el cuerpo humano

Hoy en día esta rama de la ciencia sanitaria, se lleva a cabo por diferentes especialistas que trabajan en equipo, para el buen funcionamiento del servicio y poder tratar a los pacientes que lo necesitan de la forma más satisfactoria posible

Las muertes por enfermedades cardiovasculares suponen la primera causa de muerte en los países Occidentales. Con una incidencia mucho mayor en hombres

que en mujeres. En la actualidad hay una tendencia al alza de mujeres afectadas por enfermedades cardiovasculares

El especialista de la cardiología es el facultativo formado en esta rama específica durante 5 años, siendo asistido por el TCAE o equipo sanitario correspondiente en cada momento
Como TCAE desempeñamos un papel fundamental en la asistencia de los pacientes y sin nuestra figura, el trabajo del cardiólogo no sería posible sin nuestro apoyo .

2 Objetivos

Describir el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la consulta de cardiología.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura científica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed Google Académico Se han utilizado búsquedas en revistas científicas y artículos de cardiología básica. Se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: sistema cardio vascular, consulta, TCAE.

4 Resultados

Es imprescindible la colaboración paciente- TCAE- Cardiólogo.
En un primer momento el paciente será llamado por el TCAE, si es una primera consulta el cardiólogo procederá hacerle una anamnesis y a intentar vislumbrar el motivo que le ha llevado a la consulta. Si es una consulta sucesiva o segunda se realizarán las pruebas complementarias que el facultativo vea a su juicio necesarias.
Nuestra labor es en primer momento la de asistir al ‘paciente si fuera necesario se le prestaría ayuda para entrar
En la consulta de cardiología, por norma general siempre se realizará al paciente un electrocardiograma, un eco-cardiograma, toma de tensión y de la frecuencia cardiaca
- Para el electro cardiograma posicionaremos al paciente en la camilla en decúbito supino, le pegaremos las pegatinas y a ellas las derivaciones, son 6 derivaciones

precordiales y 4 derivaciones en los miembros. Se procederá a la recogida de los datos. Cuando veamos en la pantalla del ordenador el electro sin interferencias y en cuatro partes procederemos a la captura del mismo. Imprimiremos y se lo enseñaremos al cardiólogo para saber el resultado final

- Para el ecocardiograma posicionaremos al paciente en decúbito lateral en la camilla apoyado sobre su lado izquierdo y con un leve giro hacia su derecha, en ese lado es donde se encuentra posicionado el cardiólogo y desde donde le hará la prueba con el ecógrafo, asistiremos en todo lo necesario. Cuando el cardiólogo termine, le facilitaremos al paciente papel para poder limpiar el producto que se utiliza para la transmisión de la señal a través la sonda ecografía

Se tomará la tensión y la frecuencia cardiaca utilizando el tensiómetro posicionándolos en el brazo izquierdo del paciente siempre que sea posible. El paciente tiene que estar relajado para tener una medición verdadera.

5 Discusión-Conclusión

Podemos afirmar que el papel que desempeña el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería, es fundamental para el funcionamiento óptimo de la consulta de cardiología.

Se tiene en cuenta que una buena comunicación entre los diferentes trabajadores, así como la buena comunicación entre el paciente y los trabajadores y el facultativo nos llevará a un estado de trabajo mucho más llevadero, generando más concentración y un diagnóstico mucho más preciso.

Es importante el conocimiento por parte del TCAE de todas las funciones que desempeña en cardiología y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

-Balasingama, M; EbrahimbI, J; Ariffinb, A. Tele-echocardiography – Made for astronauts, now in hospitals. Indian Heart Journal. 2017; 69(2) : 252-254

Barriales, R. y otros (2001). Anomalías congénitas de las arterias co- ronarias del adulto descritas en 31 años de estudios coronariográ- ficos en el Principado de Asturias: principales características an- giográficas y clínicas. Revista Española de Cardiología, 54, 268-281.

-Beanlands RSB, Nichol G, Huszti E, Humen D, Racine N, Freeman M, et al. F-18-Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography Ima- ging-Assisted Man-

agement of Patients With Severe Left Ventricu- lar Dysfunction and Suspected Coronary Disease. J Am Coll Cardio

Capítulo 47

LA IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL DERIVADA DE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN EL PERSONAL SANITARIO

MARIA ELENA FELGUERES MIRAVALLES

1 Introducción

La COVID-19 es una enfermedad derivada de la familia del coronavirus; el vector de dicha enfermedad se puede deber tanto a animales como a humanos.
La COVID-19 comenzó a propagarse a nivel mundial desde finales de diciembre de 2019 hasta el 11 de marzo de 2020 que fue fecha en la que la Organización Mundial de la Salud la declaró pandemia.
En el cuerpo puede causar multitud de enfermedades respiratorias graves como la neumonía, desencadenando en muchos signos, síntomas o enfermedades según las distintas patologías o factores de riesgo de cada paciente.
La definición que proporciona la OMS sobre la salud mental es "estado de bienestar en el cual el individual 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".
Dentro de las enfermedades mentales más conocidas son:
-Trastornos de ansiedad y depresión (fobias, obsesiones, estrés postraumático).
-Trastornos del estado anímico (pérdida de interés, tristeza prolongada y extrema, bipolaridades…).
-Trastornos por esquizofrenia

Estas enfermedades vienen producidas por diversos factores dinámicos y estáticos, los cuales en la pandemia influyeron en gran parte como:
-Contacto cero con amigos y familiares
-Prohibición de actividades de la vida diaria y ocio
-Descanso alterado
-Sentimientos de desesperanza, emociones negativas…

2 Objetivos

El objetivo principal con este trabajo es analizar los problemas de salud mental en los profesionales sanitarios derivados de la pandemia

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consultando las principales bases de datos tales como Pubmed, Medline, Scielo y Google Academico. También se han consultado artículos de revistas y libros científicos, relacionados con el tema a estudiar.

4 Resultados

La pandemia ha producido y sigue produciendo hoy en día enfermedades mentales o desencadenantes paralelos en la mayoría de la población. En este caso, nos basaremos en la gran cantidad de profesionales sanitarios que presentan reacciones emocionales adversas.
Dentro de los síntomas podemos encontrarnos con la angustia que representa un 71%, síntomas depresión con un 50%, con síntomas de ansiedad representando un 50% y con insomnio con un 34%. Este estudio y estos porcentajes son de enfermeras mujeres y profesionales sanitarios que han trabajado y trabajado en primera línea, que son los que mayoritariamente están afectados.
Hay que destacar que en el sexo femenino se produjo un aumento grande de estrés postraumático y depresión con secuelas severas y adversas psicológicas. Lo mismo que aquellos que no son profesionales sanitarios, tuviese contacto o cuidado de un paciente infectado.
Este resultado se puede deber de manera objetiva a una parte externa de estos síntomas, por ejemplo, el uso de drogas o conductas antisociales; o también, la abundante cantidad de roles y responsabilidades de la mujer a lo largo del tiempo.

Por ello, este factor de riesgo afecta de manera cualitativa en una menor proporción a las vidas causado por un estrés crónico.
Se pueden adoptar diferentes actividades para controlar la salud mental en tiempos de pandemia:
-Mantener al cuidador principal y/o profesional de la salud activo funcionalmente, con comunicación y escucha activa para mejorar el apoyo social
-Disminuir o suprimir estereotipos o posibles teorías de culpabilidad
-Mantener vínculos familiares y amistosos con el objetivo de no alterar las actividades de la vida diaria
-Usar o apoyarse en los diversos servicios psico-sociales o psicoterapia y por ello, proteger el autocuidado
Muchos profesionales y personas han conseguido salir adelante a través de psicológos y otros métodos como el yoga.

5 Discusión-Conclusión

En tiempos de pandemia surgieron problemas mentales o secuelas de ser cuidador; problemas de tipo psicológico psico-sociales en mayor proporción. Estos problemas pueden desencadenar en una disminución de la prestación de los servicios, conducta suicida y suicidio.
En conclusión, se debe de poner en marcha:
-La responsabilidad del autocuidado, tener un propósito de vida con metas y objetivos.
-La autoevaluación y control de propósitos para posibles retos o saturaciones.
En estos casos, es necesaria la intervención de psicólogos, psiquiatras o psicoterapeutas con el objetivo de tener un control óptimo de la salud mental.
Desde que finalizó la pandemia ha dado mucha más importancia a la salud mental antes de que comenzase todo, la mayoría de la población padece algún síntoma relacionado con la salud mental.

6 Bibliografía

Dosil Santamaría, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo Rodríguez, I., Jaureguizar Alboniga-Mayor, J., & Picaza Gorrotxategi, M. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition), 14(2), 106–112. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004

Esteban-Sepúlveda, S., Terradas-Robledo, R., Castro-Ribeiro, T., García-Pagès, E., Sobregrau-Sangrà, P., & Lacueva-Pérez, L. (2022). Pandemia COVID-19 sobre profesionales sanitarios en un hospital de tercer nivel en España: cambios laborales durante la primera ola, salud mental a los 4 meses y seguimiento a los 9 meses. Enfermeria clinica, 32(3), 143–151. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.12.009

Forner-Puntonet, M., Fidel-Kinori, S. G., Beneria, A., Delgado-Arroyo, M., Perea-Ortueta, M., Closa-Castells, M. H., Estelrich-Costa, M. de L. N., Daigre, C., Valverde-Collazo, M. F., Bassas-Bolibar, N., Bosch, R., Corrales, M., Dip-Pérez, M. E., Fernández-Quirós, J., Jacas, C., Lara-Castillo, B., Lugo-Marín, J., Nieva, G., Sorribes-Puertas, M., … Ramos-Quiroga, J. A. (2021). La Atención a las Necesidades en Salud Mental de los Profesionales Sanitarios durante la COVID-19. Clinica y Salud, 32(3), 119–128. https://doi.org/10.5093/clysa2021a13

Capítulo 48

TRASTORNO PRODUCIDO POR ANSIEDAD

NOELIA MARTINEZ LOBETO

1 Introducción

La ansiedad es la forma en la que una persona manifiesta de forma externa mediante algún tipo de síntoma o signo a una emoción desagradable. Pues haber una respuesta normal o también exagerada a la situación vivida. Sin embargo también puede ser una reacción patológica y fuera de lo normal ocasionada por enfermedades médicas y/o psiquiátricas.

Generalmente la ansiedad bajo unas condiciones normales origina un aumento del rendimiento y adaptación a las situaciones cotidianas como las relaciones sociales o mejora en el ámbito laboral. En cambio si esta manifestación excedo unos determinados límites puede originar problemas de salud e impide un buen desarrollo de las actividades que realizamos cotidianamente.

Para distinguir entre ansiedad normal o patológicas hay que fijarse en distintos comportamientos. En caso de que el estímulo sea producido por un peligro o amenaza existente se cataloga como ansiedad normal. Sin embargo si se manifiesta sin ninguna razón ni peligro aparente, entonces hablamos de ansiedad patológica.

Otra forma de distinguir entre los dos tipos de ansiedades es mediante la frecuencia e intensidad con la que se ha manifestado este estado. Si es un episodio poco frecuente y de intensidad moderada, estamos frente a un caso de ansiedad normal. En cambio si es de una intensidad elevada y desproporcionada frente a las

situaciones y de una duración anormalmente prolongada estaríamos frente a un caso de ansiedad patológica.

2 Objetivos

Dar a conocer el trastorno producido por ansiedad para mejorar su diagnóstico a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Paciente del sexo femenino de 45 años. Ella describía como se sentía en ella cuando sufría de unos episodios extraños que no le sucedieron antes. Cuando esto ocurría sentía miedo y falta de respiración. A esto se le añade el sudor combinado de una sensación de frío. Una presión en el pecho y un dolor de cabeza que se traducía en mareos.
Cuando llegó los episodios descritos anteriormente habían sucedido tres veces más en el mismo mes y no entendía por qué le pasaba eso.
Fue derivada al servicio de medicina interna donde se le realizó un electrocardiograma que resultó aparentemente normal. Además se realizaron unas pruebas en laboratorio, sin embargo los resultados también fueron normales. No se encontraron enfermedades cardiovasculares.
Después de realizar distintos tipos de pruebas fue derivada al servicio de psiquiatría donde sería valorada. No se encontraron enfermedades psiquiátricas antecedidas en la línea familiar, sin embargo se detectó una personalidad aprehensiva y ansiosa en cuanto se encuentra a fuertes situaciones sociales.
Según iba avanzando el mes la paciente se presentó 2 veces más en el área de urgencia con ataques similares a los descritos inicialmente. Según le iban sucediendo esto se aislaba en su casa porque se sentía más seguro y por temor a que pudiera volver a ocurrirle de nuevo.
Se le realizó un examen psiquiátrico y no tenía algún problema que resaltar, un poco más ansiosa de lo normal. Se inició un tratamiento de alprazolam 2mg por día y de sertralina 50mg por día.
Después de este tratamiento no se volvió a presentar una crisis por lo que seguirá con este tratamiento durante un mínimo de 6 meses. Una vez finalizado este periodo deberá presentarse una vez más en psiquiatría para valorar nuevamente la situación.

4 Discusión-Conclusión

En estos últimos años ha habido una subida de casos de ansiedad severos. Solo en 2020 con la llegada de la COVID-19 ha habido un aumento del 25% de los cuales la gran mayoría se ven afectados los adolescentes.
Es de gran importancia aprender a diferencia entre los dos tipos de ansiedad para poder ofrecer un mejor diagnóstico y posterior tratamiento. Sin embargo cada vez se hace más difícil el diagnóstico de la misma, pues la gente cada vez evita pedir ayuda haciendo que este problema se vuelva más difícil de identificar. Para cuando llega el momento de ser identificado, este trastorno se vuelve mucho peor.

5 Bibliografía

1. ¿Cuándo es patológica la Ansiedad? [Internet]. Psiquiatriapsicologia-dexeus.com. [citado el 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/es/unidades.cfm/ID/1087/ESP/-cuando-es-patologica-ansiedad-.htm
2. Mar 2. La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo [Internet]. Paho.org. [citado el 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo

Capítulo 49

LA RECURRENTE GRIPE

BRÍGIDA MENÉNDEZ PEDRAYES

1 Introducción

¿Quién no ha pasado una gripe?
Los primeros síntomas de gripe fueron registrados por Hipócrates hace 2.400 años.
Es una enfermedad común, que recibe el nombre científico de Influenza. Enfermedad aguda muy contagiosa de las vías respiratorias. Su transmisión es a través de contacto por manos y por gotitas al toser, estornudar o hablar.
Los meses con mayor incidencia del virus, comprenden desde noviembre hasta abril. Siendo más agresiva de diciembre a marzo.
Una de las características de este virus es la facilidad con la que sufre mutaciones, dando lugar a nuevos virus, de los cuales no estamos inmunizados.
Se recomienda vacunarse contra la gripe, aunque su eficacia no sea 100%. Principalmente niños pequeños a partir de los 6 meses, personas en edad avanzada como personas con afecciones con un sistema inmunológico debilitado (enfermedad renal, hepática, obesidad, asma, diabetes, enfermedades cardíacas, cáncer, tratamientos…) Estas personas pueden ver su estado de salud agravado por la Influenza.
Los síntomas de la gripe aparecen de forma espontánea y pueden presentarse con fiebre, tos, dolor de garganta, congestión nasal, dolor de cabeza, muscular, fatiga…
Un proceso gripal puede verse agravado con infección de oído, bronquitis, sinusitis, neumonía, inflamación de corazón, cerebro o tejidos musculares.
La mayoría de las personas que pasan por un proceso gripal, se recuperan sin atención médica y otras deben acudir a consulta y precisar tratamiento antiviral.

2 Objetivos

Dar a conocer los tipos de gripe

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos como; medline, revista médica y de enfermería, en varias páginas web como https//medac.es y varios temarios de técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

4 Resultados

La gripe es una enfermedad infecciosa aguda de fácil transmisión de las vías respiratorias, se contagia por la tos, estornudos, al hablar, también por el contacto de las manos… Cada invierno surgen distintos brotes distribuyéndose a nivel mundial.
Se considera una enfermedad leve, pero sí es cierto que se puede complicar con otras patologías, resultando incluso mortal.
Hay cuatro tipos de virus (A, B, C Y D)
-LA GRIPE A: Es la más común y peligrosa, considerada gripe estacional. Se transmite con mucha facilidad, predomina principalmente entre las aves salvajes, su contagio puede ser tanto a través de animales como humanos. Es difícil ser inmune a este virus, por la capacidad tan rápida que tiene de mutación. Éste tipo de virus está detrás de todas las pandemias conocidas hasta el momento. Sus síntomas son parecidos a una gripe común, pero afecta más al aparato digestivo provocando vómitos, diarreas y náuseas… fiebre elevada, tos, dolor de cabeza, congestión nasal, malestar general…
-LA GRIPE B: Es una gripe grave pero menos mutable, también considerada gripe estacional. Se puede controlar sus brotes porque su mutación es hasta tres veces más lenta que la gripe A. Sus síntomas; tos, congestión nasal, dolores musculares, cansancio… pudiendo poder complicarse con otras patologías del enfermo, agravando su estado o producir la muerte.
-LA GRIPE C: Es una gripe poco frecuente y leve, no corresponde a una gripe estacional, sus síntomas son como un resfriado común. No revistiendo ningún tipo de gravedad; ni siquiera se incluye en el grupo de vacunación.
-LA GRIPE D: Este grupo de gripe solamente afecta a animales, principalmente ganado. En principio no afecta a humanos.

Hoy en día hay vacunas para los grupos A y B, las consideradas gripes estacionales, variando las vacunas según las mutaciones y cepas que haya.

5 Discusión-Conclusión

La Gripe llamada científicamente Influenza, es una infección aguda de las vías respiratorias, provocada por un virus.
Todos los años recibimos la visita de la gripe, principalmente leve, aunque puede llegar a complicarse en algunos casos, personas mayores de 65 años o con enfermedades crónicas, recién nacidos… agravando su estado o incluso provocando la muerte.
Hay cuatro tipos de virus (A, B, C y D). Siendo los más comunes (A y B). Consideradas gripes estacionales. Siendo la "A", la más peligrosa por su capacidad elevada de contagio y mutable, por lo que es más difícil su inmunidad. La "B" es igualmente grave, pero no tan contagiosa, se controla mejor el brote. La "C" es mucho más leve y hay muy pocos contagios. La "D" Afecta solamente a los animales, concretamente ganado.
Tenemos que convivir con la gripe, millones de personas nos enfermamos cada año, por eso es muy recomendable la vacunación, no efectiva un 100%, pero muchas veces evita o hace más leve los síntomas.

6 Bibliografía

-https://www.elsevier.es
-https://www.who.int
-https://medlineplus.gov

Capítulo 50

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

JOSÉ ALFREDO TAMARGO

1 Introducción

Los centros de atención primaria están formados por un equipo de profesionales que tienen como último objetivo la mejora de la salud de la población y por ello son muy conscientes lo que de ellos se espera con la responsabilidad que ello conlleva.

El personal de enfermería de los centros de salud conocen su rol dentro de sistema sanitario y de esta manera tratan de ofrecer una atención integral con un trato cercano al paciente que facilitara en gran medida su tarea.

Los TCAE asi como el resto del personal de enfermería deben tratar de conseguir una complicidad con el paciente desde el momento en que entra por la puerta del centro de salud, ya que si conseguimos su confianza eso facilitará nuestra tarea.

Esta relacion entre paciente y personal sanitario se ha visto alterada en los últimos tiempos a causa de la pandemia del covid y los ciudadanos exigen mas información y un trato mas personal, algo que en cierta manera se ha perdido debido a las carencias que el sistema sanitario ha sacado a la luz la pandemia.

Los TCAE dentro del organigrama del centro sanitario realizan muchas tareas entre las que podemos nombrar por ejemplo:

- Comprobar que sea el paciente correcto, que tenga el volante o petición de prueba correcto

- Recepcionar muestras
- Reponer material
- Revisar instalaciones (oxigeno, sistemas de aspiración, etc.).
- Y a última hora del día preparar volantes y agenda para el siguiente día.

2 Objetivos

Estudiar la función del TCAE en los centros 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 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 inmensa mayoría de pacientes que acuden a un centro sanitario padecen una enfermedad crónica la cual les provoca además de un trastorno orgánico una alteración de su vida cotidiana.
Los pacientes van al centro de salud buscando una cura o un alivio a su padecer. Las dosis personalizadas y el seguimiento de los tratamientos hace que sea mas fácil.
Actualmente los cambios experimentados por la población tras el confinamiento al que nos ha llevado el covid-19 ha llevado a una relacion de desconfianza entre los pacientes y el personal de los centros de atención primaria que durante la pandemia fueron en muchos casos tratados injustamente.

Los TCAE deben mantener una actitud cercana y personal procurando no llevar al terreno personal y teniendo el control de la situación en todo momento.
La situación de los centros de salud lejos de mejorar según los últimos estudios de la OMS que vaticinan que la población mundial está envejeciendo a marchas forzadas, ya que calcula que para el 2050 el 22% de la población mundial será mayor de 60 años o sea en menos de medio siglo el cambio demográfico será mas que notable y el aumento de la presión asistencial de los centros será insostenible si no se llevan a cabo las medidas necesarias para evitar esto.

Es imprescindible el aumento de las plantillas en atención primaria y dotar de mas recursos.
Todo ello conlleva un aumento de las posibilidades de dar un mejor sirvió y de calidad que reclama la población y a mejorar directamente la situación de los hospitales que en la mayoría de las ocasiones son los que reciben estos tipos de pacientes al no darles una atención correcta por la falta de medios.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE forman parte imprescindible del equipo de enfermería a la hora de prestar servicio sanitario a los ciudadanos.
Su formación y experiencia le permite reconocer la información que le será útil y necesaria al equipo de enfermería.
Contribuye a mantener un buen clima de trabajo, gracias al uso de habilidades sociales como la atención, comprensión y empatía con el paciente.
En definitiva los TCAE deben de asegurarse dentro de sus funciones de que el paciente disponga de los recursos adecuados para solucionar el problema que lo lleva al centro de salud.
Por último como personal sanitario debemos de tratar de fomentar la educación para la salud promocionándola con nuestros conocimientos a través de libros, revistas, congresos, etc.

6 Bibliografía

PARA REALIZAR ESTE TRABAJO SE HAN UTILIZADO VARIAS PAGINAS WEEB Y ARTICULOS DE REVISTAS CIENTIFICAS TALES COMO SCIELO,MEDLINE

Capítulo 51

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO

ESTEFANIA RODRIGUEZ ALVAREZ

SONIA FERNANDEZ DIAZ

1 Introducción

Se entiende como riesgo laboral la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Se consideran daños derivados del trabajo las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.
LA LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES 31/1995 es la ley que regula todas las medidas que se han de tomar por parte de las empresas y de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales, esta ley indica cuáles son las pautas a seguir para que la empresa pueda hacer una valoración, pueda implantar las medidas de seguridad y a su vez pueda llevar una vigilancia y un control de estas medidas.
Los riesgos sanitarios son aquellos que ponen en riesgo la salud o la vida humana como resultado de la exposición de manera involuntaria a factores, químicos, biológicos o físicos presentes en el día a día de los trabajadores de este sector.
Las empresas tienen la obligación de tener desarrollado una valoración de dichos riesgos e implantar las medidas necesarias para reducir al mínimo las posibilidades de accidente o enfermedad laboral en los trabajadores, así mismo los trabajadores tienen la responsabilidad de hacer un uso correcto de los equipos de protección y de las instalaciones de trabajo para reducir el riesgo.

2 Objetivos

El objetivo de esta investigación es dar a conocer al personal sanitario, tanto los derechos como las obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de los riesgos laborales.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo he recopilado información de la página web del ministerio de sanidad, de bases de datos médicas y de documentos de cursos realizados en materia de prevención de riesgos laborales. Así como la consulta de algunos documentos encontrados en Google referentes al tema.

4 Resultados

En el sector sanitario existen diferentes tipos de riesgos laborales, se pueden clasificar de la siguiente manera:
Riesgos Biológicos:
Son aquellos que incluyen a los virus, los hongos, las bacterias, parásitos, células de origen animal o humano, esporas, etc.
A su vez podemos diferenciar los siguientes grupos:
Grupo 1: Agentes con poca probabilidad de ocasionar enfermedades.
Grupo 2: Pueden ser causantes de enfermedades en seres humanos y ser peligrosos para los trabajadores.
Grupo 3: Pueden ser causantes de enfermedades graves en humanos y al igual que el grupo 2, son peligrosos para los trabajadores y además tienen riesgo de propagación a la colectividad y suele existir un tratamiento o profilaxis efectivos.
Grupo 4: Pueden ser causantes de enfermedades graves en humanos y al igual que el grupo 2 y 3, son peligrosos para los trabajadores y además tienen un alto riesgo de propagación colectiva y no existe generalmente profilaxis ni tratamientos efectivos.
La vía de entrada de estos riesgos pueden ser por vía respiratoria, dérmica, digestiva y parenteral.
Riesgos Químicos:
Son aquellos que pueden provocar enfermedades crónicas y degenerativas después de un largo periodo de exposición a sustancias químicas de forma involuntaria, algunos de estas sustancias pueden ser las siguientes:
Agentes anestésicos inhalatorios

Agentes esterilizantes
Alcoholes
Aldehídos
Citostáticos
Disruptores endocrinos
Metales
Residuos sanitarios
Amianto y otros productos
Riesgos Ergonómicos:
Estos riesgos son los que incluyen lesiones derivadas del manejo de cargas pesadas, actividades repetitivas, uso de pantallas, una mala higiene postural, vida sedentaria provocada por el trabajo.
Riesgos Físicos:
Este tipo de riesgo se podría decir que es común a todos los sectores, ya que en él podemos incluir los accidentes involuntarios provocados por agentes externos y que no tienen por qué estar relacionados directamente con nuestra actividad laboral.
Riesgos Psicosociales:
Son los riesgos derivados de la carga psicológica y emocional y podemos destacar como los más frecuentes, la ansiedad, la depresión, el síndrome del burnout.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión de esta investigación es que en materia de salud laboral existen muchas medidas preventivas que ayudan a prevenir todo tipo de enfermedades laborales y accidentes derivados del trabajo.
Está en manos de cada uno el uso responsable de estas medidas y en caso de no contar con ellas en la empresa es nuestra obligación exigir la implementación de las mismas para poder desarrollar el trabajo con la mayor seguridad posible.
En el ámbito sanitario existe cierta desigualdad entre la sanidad pública y la privada, sin entrar en valoraciones de cuál de las dos está mejor preparada en materia de prevención de riesgos laborales.
Si todos ponemos de nuestra parte y aprovechamos la formación y las medidas que se nos brindan podemos abaratar a largo plazo los costes al sistema sanitario, a las empresas y reducir el riesgo de padecer enfermedades derivadas del trabajo.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/riesgos-laborales-sector-sanitario/#::text=Dentro%20del%20sector%20sanitario%20encontramos,la%20turnicidad%2C%20los%20cuales%20expondremos.
https://www.riojasalud.es/servicios/prevencion-riesgos-laborales/articulos/prevencion-de-riesgos-laborales-en-el-sector-sanitario
https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/normativa.htm#leyPrevRiesgosLaborales
https://www.gestion-sanitaria.com/3-riesgos-laborales-conceptos-basicos.html

Capítulo 52

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA AYUDA PSICOLÓGICA HACIA LOS PACIENTES

NATALIA CAPARRÓS MARTÍNEZ

1 Introducción

La familia es considerada como una organización grupal cada una con sus características particulares.
Un grupo es un sistema organizado de dos o más individuos que interrelacionan y que:
• Llevan a cabo alguna función.
• Cada miembro tiene su estatus y su rol.
• Tienen un conjunto de normas que regulan la función del grupo y de cada miembro.
La familia es el grupo primario por excelencia en el que predomina la afectividad. Es el sistema intermedio que conecta el sistema social con el individuo, es decir, actúa de vehículo socializador. La entrada en él es voluntaria por parte de la pareja e involuntaria en el caso de los hijos. La salida de él es dificultosa, incluso extrema (muerte, divorcio, abandono, etc). Debe tenerse en consideración que tanto en la formación, modificación o ruptura, se origina un grado de reestructuración del sistema, que precisa de tiempos de adaptación, que incluso puede no producirse.
La interacción de los miembros se caracteriza por su intensidad y complejidad.

Cada grupo familiar establece y desarrolla su propia normativa que regula las interacciones entre sus miembros. Existen unos rituales (cumpleaños, celebraciones, etc.) que sirven para mantener la unión.
Particularidades del grupo familiar.
• Estructura formal de roles con patrones culturales propios, definidos.
• Intensidad e intimidad en las relaciones.
• Nexos de unión diferentes a otros grupos (consanguinidad).
• Permanencia de tiempo prolongado, aun cuando se experimenten variaciones.

2 Objetivos

Describir a través de este artículo las consecuencias que la enfermedad del paciente puede tener en el grupo familiar, con lo que muchas veces se verán sobrepasados con la situación y ahí es donde interviene el personal de enfermería en especial el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) al ser el que tiene el trato más cercano con el paciente y su familia.

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

Consecuencias de la enfermedad en el grupo familiar
1. Crisis familiar.
2. Peso específico de la madre en el papel cuidador.
3. Aumento de crisis y desestructuración si la enferma es la madre.
4. Separación del miembro del ámbito familiar si existe hospitalización, con alteraciones de la vida diaria y angustia por la situación de su familiar enfermo.
En todo el proceso de la enfermedad es ineludible tener presente al grupo familiar pues, en la mayoría de las ocasiones se produce una desestructuración del mismo, siendo el grupo más importante de pertenencia del enfermo.

El personal de enfermería es quien suele tener un trato más asiduo con la familia y quien posee más a mano los medios para encauzar positivamente su actuación. La observación del cuadro familiar, el modo en que se presenta el inicio de la relación, lo que expresan y lo que callan, cómo lo expresan y qué actitudes tienen, constituye un excelente instrumento a la hora de detectar las reacciones ansiosas básicas predominantes y, de entre ellas, cuál es la que el enfermo puede manejar por sí solo o necesita ayuda.
La familia posee un peso específico en la recuperación y adaptación del enfermo, en función de sus actitudes: colaboración, rechazo del proceso o del paciente, superprotección, etc.
Es frecuente cometer dos errores con la familia:
Considerar secundarias sus expresiones y sus actitudes, prevaleciendo las del enfermo.
Separar ambas fuentes de información afrontándolas como si fuesen procesos diferentes.
En la relación familiar podemos encontrarnos con reacciones adversas hacia el equipo sanitario con una comunicación desplazada contra el médico con quejas sobre él o contra el personal de enfermería.
En ocasiones la familia muestra celos del personal de enfermería. ¿Quién va a cuidarle mejor que nosotros? En este caso hay que conseguir que entienda que afectivamente, quien más cariño le va a proporcionar es la familia, pero que técnicamente ella no está preparada y que, si es preciso, será adiestrada para ello.
Una forma de aliviar la sensación de culpabilidad que puede sentir la familia por dejar al paciente al cuidado del profesional de enfermería es que puedan cooperar en los cuidados del paciente.
La función del personal de enfermería es prestar cuidados. Debemos cuidar al paciente y su familia, no como dos conceptos separados sino como un todo.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir y opinar que es de grandísima importancia el papel que cumple el personal de enfermería y en especial el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería a la hora de saber lidiar con las situaciones que derivan de la enfermedad del paciente en lo que respecta a las percepciones y situaciones en las que los familiares se pueden encontrar, las cuales además, de ansiedad y estrés por la situación, se les añade la culpabilidad y el miedo, de no poder cuidar a su familiar por diversos motivos, pudiendo ser estos por compromisos con familiares que dejaron en casa o por motivos laborares y que tiene que dejarlo en nuestras

manos la de los profesionales sanitarios, debemos ante estas situaciones crear el clima de confianza además, de que sepan y tengan la percepción de que pueden estar tranquilos, aunque ellos no estén presentes, que sus familiares enfermos estarán bien cuidados.

6 Bibliografía

1. Duque Delgado Laura, Rincón Elvira Encarnación Elena, León Gómez Victoria Eugenia. Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. Ene. [Internet]. 2020 [citado 2022 Mayo 08] ; 14(3): e14308. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008&lng=es.
Epub 05-Abr-2021.
2. https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19-poblacion/ayuda-psicologicapacientes-familiares-afectados-covid-19
3. Campo Martínez MC, Cotrina Gamboa MJ. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. Enferm. globo [Internet]. 2011 Oct [citado 2022 Mayo 08] ; 10 (24). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400009&lng=es. https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400009.
4. https://psicologiaencancer.com/es/tengo-un-familiar-con-cancer/
5. Rodríguez Rodríguez Teresa, Fonseca Fernández Marianela. Guía de atención psicológica a pacientes y familiares en el proceso de donación y trasplante de órganos. Medisur [Internet]. 2015 Ago [citado 2022 Mayo 08] ; 13(4): 560-568. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400014&lng=es.

Capítulo 53

CUIDADOS PALIATIVOS. LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

JOANA GONZALEZ SAAVEDRA

Mª FÁTIMA RATO SÁNCHEZ

ALBA ALONSO RICO

LUCIA LINDE RODRÍGUEZ

CECILIA CABEZA GONZÁLEZ

1 Introducción

En 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptaría en un documento que fue clave para el desarrollo de los cuidados paliativos, una definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos y que los explica de la siguiente manera:

”Los cuidados paliativos son el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”.

Con el tiempo, esa definición se ha ampliado, quedando definitivamente como:

”Los cuidados paliativos irán dirigidos a un enfoque que mejore la calidad de vida de los 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”.

A raíz de esto, podremos decir que un paciente está en SITUACIÓN TERMINAL y que precisa cuidados paliativos cuando:

”Tenga una enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte a corto plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresiva. Se acompaña habitualmente de síntomas múltiples y provoca un gran impacto emocional en el enfermo, sus familiares y en el propio equipo asistencial”.

2 Objetivos

Estudiar las funciones del TCAE ante los cuidados paliativos.

3 Metodología

Para llevar a cabo este documento se ha realizado la consulta de diferentes artículos científicos que fueron obtenidos en el buscador Google Académico y para el cual se usaron palabras clave como: cuidados paliativos, enfermedad terminal, TCAE, Auxiliar de Enfermería, duelo, final de la vida, OMS…

También se ha consultado manuales de cursos dirigidos para TCAE relacionados con el tema y en donde además de información se han obtenido webs y puntos de consulta, gracias a la bibliografía de estos.

4 Resultados

Los TCAE serán un componente imprescindible del equipo multidisciplinar, ya sea en una unidad de cuidados paliativos, hospitalaria o en cualquier otra unidad de convivencia del paciente como puede ser en una residencia para ancianos, como por ejemplo.

El técnico de enfermería desempeña un papel muy importante en los cuidados paliativos, trabajando en la obtención de la mayor comodidad del paciente, una

vez que se ha evaluado la deficiencia del autocuidado (ocasionado por la enfermedad), su tratamiento y la reacción del paciente ante estos problemas.

El TCAE debe primeramente tener siempre un trato respetuoso, cordial y colaborador con el paciente, respetando en todo momento las decisiones que este tome o en su defecto las que tome su familia, además deberá también mantener la privacidad tanto de unos como de otros.

Intentará proporcionar al paciente una mejor calidad de vida llevando a cabo medidas de confort y valorando el estado general que presenta la persona día a día, empezando por los cuidados básicos como es el aseo.

Durante el aseo se observará el estado da la piel y las mucosas para detección y prevención de las UPP (Úlceras por Presión), ya que estas pueden llegar a ser muy dolorosas y el alivio del dolor es uno de los objetivos de los cuidados paliativos.

Se seguirá siempre un orden para el aseo comenzando con la cara y cuello, seguido de tórax, axilas, brazos, extremidades inferiores y finalizando por la zona genital.

Respecto al cabello no se lavará todos los días a no ser que sea necesario.

Se fomentará en el paciente la autonomía y se le permitirá y animará a que colabore en el aseo siempre que pueda.

Se observará durante el tiempo del aseo el estado de la boca, ya que es una zona delicada y así podremos evitar posibles infecciones, lesiones ulcerativas, inflamaciones o incluso caries.

Como TCAE se tiene un papel importante también a la hora de alimentar al paciente y de ayudar a los familiares a entender que si el paciente no quiere comer no se le debe forzar, ya que para ellos puede resultar frustrante y descorazonador por el simbolismo con la buena salud que representa la comida en nuestra sociedad.

Será una función del TCAE, entre otras cosas como las ya mencionadas, ayudar en la creación de un ambiente agradable para el paciente teniendo en cuenta el tipo de habitación en la cual está o que la luz y la ventilación sean adecuadas para que la persona esté lo más cómoda posible.

Por otra parte, en cuanto al aspecto psicológico se debe proporcionar tanto al paciente como a sus familiares una sensación de protección y disponibilidad, evi-

tando el sufrimiento innecesario y garantizarles un espacio para proporcionar un soporte emocional donde se facilite el diálogo, la escucha activa y la comunicación.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es el profesional que más tiempo pasa tanto con el paciente como con sus familiares por lo que tiene un papel muy relevante en el momento de los cuidados paliativos.

Será quien transmita al resto del equipo multidisciplinar el estado general del paciente y quien advierta de los posibles problemas que surjan tanto a nivel físico como psicológico del paciente.

Además la OMS recoge dentro de sus recomendaciones que la atención psicológica a pacientes moribundos y sus familiares constituye uno de los pilares de unos adecuados cuidados en el final de la vida y dentro de estos el TCAE es una parte fundamental porque tendrá que ayudar a lidiar a los familiares con aspectos con los que hasta ahora no se habían enfrentado como el tema de la alimentación o del duelo por la inminente pérdida del ser querido.

Por ello, se cree que sería importante a la hora de valorar a estos pacientes y de las posteriores evaluaciones tener más en cuenta su opinión, ya que como se ha comentado anteriormente es quién más trata con el paciente y con las familias y por ello quien más puede llegar a conocerlos.

6 Bibliografía

-Acta Bioethica 2006; 12 (2), págs: 231-242
-Gaceta Médica Bilbao. Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao 112 (4), 6, 2015
-La calidad del cuidado enfermero en el ámbito paliativo. Mar Zulueta Egea, María Prieto-Ursúa, Laura Bermejo Toro.
-Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).
-El equipo de enfermería y los cuidados paliativos. Atención y cuidados del técnico. Formación FAE.

Capítulo 54

LAS FASES DEL ALZHEIMER

ALBA ALONSO RICO

LUCIA LINDE RODRÍGUEZ

CECILIA CABEZA GONZÁLEZ

JOANA GONZALEZ SAAVEDRA

Mª FÁTIMA RATO SÁNCHEZ

1 Introducción

El Alzheimer es un término aplicado para describir la pérdida de memoria y otras habilidades cognitivas usadas en la vida diaria, es la forma más común de demencia. Aunque esto no quiere decir que cualquier persona con pérdidas de memoria tenga Alzheimer. Esta enfermedad no es una característica normal del envejecimiento.

Los científicos han identificado factores que aumentan el riesgo de parecer Alzheimer. Como son:

La edad: El mayor factor de riesgo para el Alzheimer es el envejecimiento. La mayoría de las personas con la enfermedad tienen 65 años o más. Cerca de un tercio de las personas mayores de 85 años tienen Alzheimer.

Los antecedentes familiares: Las personas con familia directa con Alzheimer tienen más probabilidades de desarrollar la enfermedad. A cuantos más familiares tengan la enfermedad, mayor es el riesgo.

La genética: Hay dos categorías de genes que influyen sobre la capacidad de una persona de desarrollar una enfermedad: los genes de riesgo y los genes deterministas. Se encontraron genes del Alzheimer en ambas categorías.
El Alzheimer es una enfermedad progresiva, en la que los síntomas de demencia empeoran gradualmente con el paso de los años, como veremos más adelante.
El conocimiento de estos factores nos ayudaría a obtener un diagnóstico temprano.

2 Objetivos

El objetivo principal es:
Conocer los síntomas en cada fase de la enfermedad del Alzheimer, y asi poder ayudar a un diagnóstico temprano.

3 Metodología

Este trabajo se ha realizado mediante la búsqueda en distintos buscadores con el fin de conocer las etapas y la sintomatología del Alzheimer utilizando palabras clave como 'Alzheimer', 'etapas', 'síntomas'. La mayor parte de la información ha sido recabada de la asociación del Alzheimer.

4 Resultados

Etapas
Podemos distinguir 3 etapas en esta enfermedad: una leve, una moderada y una grave. El Alzheimer afecta de diferente forma a cada persona experimentará síntomas, o atravesará las etapas del Alzheimer de una forma distinta. Es difícil asegurar una duración determinada de cada fase, ya que en ciertos momentos se superponen.
 Etapa temprana del Alzheimer
Esta primera etapa tiene una duración entre 1 y 3 años en ella comenzamos a apreciar un deterioro en la memoria episódica. La persona olvida hechos recientes, por ejemplo, si comió, si tomo la medicación, incluso conversaciones recientes. Así mismo, va perdiendo la percepción del tiempo y espacio, no reconoce donde está, no recuerda como ir a sitios conocidos, o comienza a confundir la noche y el día.

Además, comienza a disminuir su concentración y a aumentar la fatiga. Sufre cambio de humor y comienza a tener sintamos de depresión, como son apatía, pedida de iniciativa o falta de interés. Incluso comienza a sentirse inquieta, con agitación y ansiedad.
Aun así, el paciente conserva las habilidades motoras, la percepción y el lenguaje. Es capaz de mantener una conversación, comprende bien y utiliza los aspectos sociales de la comunicación en forma aún dentro de lo normal.
 Etapa media del Alzheimer
Esta etapa suele durar unos 3 años, en ella se producen alteraciones más preocupantes y llamativas. En esta segunda etapa, la memoria empieza progresivamente a fallar.
Sus principales síntomas son: fallos en el lenguaje (le cuesta trabajo hablar, expresarse y darse a entender, dice unas palabras por otras). Dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria (vestirse, utilizar los cubiertos). Aunque recuerda datos como su nombre o su fecha de nacimiento, comienza a 'desconocer' las personas con las que convive o que le cuidan. Comienza a descuidar su higiene personal. También comienzan a tener rasgos de tipo psicóticos (imaginaciones en cuanto a ruidos o personas, preguntar por personas fallecidas). La persona empieza a hacer actos repetitivos rayando en lo obsesivo.
Cada vez es más dependiente de su cuidador. Además, comienza a perder sus aficiones, las actividades sociales, de ocio y de recreo.
 Etapa final del Alzheimer
En esta tercera y última etapa, todas sus facultades intelectuales tienen una afectación amplia y marcada. Los síntomas cerebrales se agravan, acentuándose la rigidez muscular, así como la resistencia al cambio postural. Pueden aparecer temblores y crisis epilépticas.
En esta etapa el enfermo ya no reconoce a sus familiares, incluso es posible que no se reconozca a sí mismo en el espejo. Su personalidad cambia en gran medida. Comienzan a ser apáticos y a perder capacidades automáticas adquiridas como la de lavarse, vestirse, andar o comer, y presentan una pérdida de respuesta al dolor.
Más adelante, tienen incontinencia urinaria y fecal. En la mayoría de los casos la persona termina encamada, con alimentación asistida.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día el Alzheimer es una de las prioridades de la investigación biomédica en todo el mundo. Los investigadores trabajan en el estudio de esta enfermedad,

así como en las demencias relacionadas. En los últimos 20 años se ha realizado gran avance y descubrimiento en esta enfermedad.
Los tratamientos actuales no detienen el avance de la enfermedad, pero con ellos se pretende ralentizar el avance de los síntomas para así mejorar la calidad de vida de los enfermos y sus cuidadores. Hoy, se trabaja a nivel mundial para encontrar mejores formas de tratar la enfermedad, retrasar su inicio y evitar su desarrollo.

6 Bibliografía

https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-enfermedad-de-alzheimer
https://knowalzheimer.com/todo-sobre-el-alzheimer/fases-del-alzheimer/

Capítulo 55

ENFERMEDAD DE PARKINSON

LUCIA LINDE RODRÍGUEZ

ALBA ALONSO RICO

Mª FÁTIMA RATO SÁNCHEZ

CECILIA CABEZA GONZÁLEZ

JOANA GONZALEZ SAAVEDRA

1 Introducción

El Parkinson es una enfermedad cuya causa es producida por un proceso neurodegenerativo multisistémico que afecta al sistema nervioso central, lo que provoca una sintomatología motora y no motora. Este trastorno es producido por un deterioro y muerte de células en el cerebro que producen una la molécula llamada dopamina, que participar en la coordinación y generación de movimientos musculares. Fue el británico James Parkinson quién describe por primera vez, que es una enfermedad de movimientos involuntarios temblorosos y con pérdida de fuerza muscular, lo llamó "parálisis agitante".

La enfermedad es crónica y puede afectar a cada persona de manera diferente, en cada paciente puede evolucionar más rápidamente o por lo contrario más lento. No es una enfermedad fatal, esto quiere decir que no es una enfermedad que cause la muerte.

En la EP (enfermedad de Parkinson), existe varía sintomatología motora asociada como la lentitud a la hora de realizar movimientos, temblores, rigidez y desequilibrio. Estos síntomas son los más comunes. También pueden existir otras com-

plicaciones como el deterioro cognitivo, los trastornos mentales, los trastornos del sueño, dolor y también alteraciones sensoriales.
Como en cualquier actuación médica, cuando se inicia el estudio, tratamiento de personas con la enfermedad, tienen derecho a ser informados, tanto el paciente como familiares o personas cuidadoras. Se le proporcionará la información de una manera sencilla y clara y futuras pruebas a realizarle y aclararle cuestiones que le surjan sobre enfermedad y tratamiento.

2 Objetivos

Estudiar la enfermedad de Parkinson, así como los tipos, factores de riesgo y tratamientos posibles.

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. Se han empleado las siguientes palabras clave : Parkinson definición, definición según la OMS, tipos de Parkinson, tratamiento, factores de riesgo, Parkinson según la OMS, Ministerio de salud, evolución enfermedad, estadios enfermedad de Parkinson, conclusión y quién descubrió la enfermedad.

4 Resultados

Hoy en día se siguen investigando las causas del desarrollo de la enfermedad, se investigan posibles factores de riesgo y también descartan otros factores de riesgo.
Existen varios tipos de Parkinson:
•Parkinson primario o parkinsonismo: entre el 80% y el 85% se le diagnostica este tipo de Parkinson, es idiopática, lo que significa que es de causa conocida.
•Parkinson familiar: Son alrededor del 15% los pacientes diagnosticados de la enfermedad con antecedentes familiares.
•Parkinson de inicio temprano: es diagnosticada en personas de 60 años, pero también afecta a personas con menor edad, aproximadamente un 10%-20% son

diagnosticadas antes de

DESARROLLO Y FACTORES DE RIESGO:
•Edad: no se trata de una patología común en las personas mayores aunque los enfermos, la gran mayoría superan los 60 años.
•Sexo: no se observan diferencias según el sexo del paciente.
•Genética: no se han identificado ningún gen responsable, pero sí han identificado antecedentes familiares en algún enfermo de Parkinson.
•Traumatismos craneoencefálicos: este factor puede tener un sesgo sistemático, dado que buscan una explicación para su enfermedad y recuerdan cualquier traumatismo como posible causa.
Estos cuatro factores de mayor relevancia, pero también se estudia FR: tabaquismo, bajo nivel de alimentos con antioxidantes, y factores ambientales.

Esta enfermedad se puede tratar, con diversos tratamientos farmacológicos y de rehabilitación, que ayudan a mejorar la calidad de vida del enfermo en sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

TRATAMIENTOS:
El tratamiento farmacológico dependerá del grado de incapacidad de la persona. El inicio de la enfermedad suele ser farmacológico y es necesario una supervisión estrecha para asegurarse que concuerda el tratamiento con la fase evolutiva de la enfermedad. El fármaco de inicio suele ser levodopa, aunque existen varias alternativas o sustitutos cuando este empieza a perder eficiencia.

TRATAMIENTO LEVODOPA: Es el tratamiento de inicio y el más efectivo para mejorar los síntomas de la enfermedad, es una sustancia que se transforma en dopamina, la molécula que las células del cerebro no generan por la enfermedad. Existen más tratamientos como: AMANTADINA, ANTICOLINÉRGICOS, AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS, APOMORFINA, ENTACAPONA Y TOLCAPONA, SEGILINA Y RASAGILINA.
•TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Existen algunas alternativas que son realizadas por neurocirujanos/as y tienes contraindicaciones muy concretas y específicas.
•TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN: Objetivo fundamental la fisioterapia para ayudar a mejorar las funciones motoras.

5 Discusión-Conclusión

Como profesional sanitario, tener información sobre dicha enfermedad, aunque no sea de las más comunes, ayuda a que el enfermo se sienta bien a la hora de ayudarle a sus cuidados, generalmente los/as TCAE somos los que más tiempo pasamos con los pacientes. El saber como afrontar tu trabajo, los cuidados que requieren, tanto física como psicológicamente, ayudarles a intentar afrontar el día a día en sus actividades básicas de la vida diaria, todo ello, son pequeños gestos ayudan mucho al enfermo.

Motivarlos, creo que sería lo esencial, tanto profesionalmente como si fuese familiar, ya que por lo que he investigado para la realización de este capítulo, hacerles sentir útiles, algo muy positivo para ellos.

Hoy en día existen asociaciones para enfermos de Parkinson, donde informan tanto al paciente como a la familia, para afrontar la enfermedad.

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA:

•https://www.parkinsonleon.org/que-es-el-parkinson/

•https://www.parkinsonleon.org/tipos-de-parkinson/

•https://www.parkinsonmadrid.org/el-parkinson/el-parkinson-definicion/

•https://neurologia.com/articulo/2002275

•https://portal.guiasalud.es/egpc/pacientes-parkinson-evolucion/

•https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/parkinson-disease

•https://medlineplus.gov/spanish/parkinsonsdisease.html

•https://portal.guiasalud.es/egpc/parkinson-introduccion/

Capítulo 56

LA NUTRICIÓN ENTERAL: SONDAS Y CUIDADOS

LETICIA PRIETO PEREZ

ANA MARIA ESCALANTE LORENZO

SANTA VIRGINIA ZAMBRANO ZAMBRANO

RAQUEL ABALO FERNANDEZ

ROSA ELENA MARTIN FERNANDEZ

1 Introducción

En los últimos años la nutrición enteral es una de las disciplinas en las que más investigación hubo y una de las más desarrolladas.
Siempre que nos encontramos ante un paciente con desnutrición o con riesgo de poder padecerla una de las primeras elecciones es la utilización de la nutrición enteral, siempre que todavía mantenga un poco el intestino funcionante y sea imposible de cubrir a través de una dieta normal. Nos podemos encontrar la desnutrición tanto porque el paciente no pueda comer, como porque no quiera o deba comer por boca.
Está demostrado que la nutrición enteral en términos económicos es efectiva y a través de ella se pueden reducir el coste económico en algunos procesos.
Antiguamente, para poder acceder al aparato digestivo se hacía a través del recto, esto ya quedó muy en desuso gracias a todas las investigaciones que se pudieron llevar a cabo sobre el aparato digestivo. Ahora la primera elección como vía de

acceso digestivo es a través del estómago, salvo que esta vía esté desaconsejada en ese caso en concreto.
Normalmente, existen dos formas para colocar las sondas de alimentación: se puede colocar tanto a través de la nariz (sin cirugía), como a través de una incisión en el abdomen (con cirugía).

2 Objetivos

Dar a conocer que es la nutrición enteral, cuáles serían sus cuidados y el tipo de sondas utilizadas.

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, utilizando los siguientes descriptores: nutrición enteral, fórmulas de nutrición enteral y tipos de sondas para la nutrición enteral.

4 Resultados

La nutrición enteral es un tipo de nutrición que nos sirve para poder nutrir a pacientes que no tienen las calorías y nutrientes suficientes y no pueden obtenerlas a través de una dieta normal por boca. También puede ser llamada alimentación por sonda y es la que nos ayuda para que el paciente pueda tener todo lo necesario y que el cuerpo pueda funcionar y trabajar correctamente punto gracias a esto el cuerpo puede luchar frente a diferentes enfermedades y conseguir una recuperación más rápida y eficaz.
Este tipo de alimentación se administra a través de sondas que van directamente al estómago y pueden ser colocadas quirúrgicamente directas al estómago en la pared abdominal o con una sonda que sería colocada desde la nariz hasta el estómago. Depende de cómo y dónde se coloquen en el sistema digestivo existen diferentes tipos de sondas de alimentación.
En total existen cinco tipos de sondas de alimentación:
- Sonda nasogástrica: va insertada desde la nariz hasta el estómago.

- Sonda nasoyeyunal: es muy similar a la sonda nasogástrica, pero en vez de quedar en el estómago baja hasta el intestino delgado.
- Sonda de gastrostomia: este sondaje se hace a través de una cirugía que va desde la pared abdominal hasta el estómago directamente.
- Sonda de gastrostomía-yeyunostomía: se inserta de la misma manera que la sonda de gastrostomia, pero en vez de quedar en el estómago baja hasta el intestino delgado.
- Sonda de yuyonostomía: esta sonda también es colocada a través de cirugía y va desde la pared intestinal hasta el intestino delgado directamente.

A través de este tipo de sondajes también se puede proporcionar al paciente la medicación necesaria.
Cuando se administre este tipo de alimentación es muy importante elevar el cabecero de la cama de 30 a 45 grados mientras se lleve acabó la alimentación y no volver a colocar al paciente en declive hasta pasados 30-60 minutos.
Es muy importante llevar a cabo una buena higiene para que el paciente no coja ninguna infección a través del estoma.

5 Discusión-Conclusión

A veces nos podemos encontrar ante pacientes que no tienen todos los nutrientes necesarios para poder desarrollar las funciones que el cuerpo necesita. Cuando nos encontramos ante este tipo de pacientes y no pueden conseguir los nutrientes a través de una alimentación por boca elegiremos una nutrición enteral que será llevada a cabo a través de distintos tipos de sondas, según el lugar de colocación necesario de la sonda. Estos sondajes se pueden hacer tanto quirúrgicamente como sin ningún tipo de cirugía.
Es muy importante que todo se realice de forma muy higiénica en la que el paciente pueda correr el menor riesgo de infección posible, ya que esto no nos ayudaría a que el paciente se pueda recuperar de la mejor manera.

6 Bibliografía

Álvarez Hernández, J., Peláez Torres, N., & Muñoz Jiménez, A. (2006). Utilización clínica de la Nutrición Enteral. Nutrición Hospitalaria, 21, 87-99.
Prado, R. A., Márquez, H. A., & Moya, D. A. (2012). Nutrición enteral y parenteral. McGraw-Hill Interamericana.
Frías, L., & Cuerda, C. (2014). Nutrición enteral; indicaciones, sondas y materiales. Nutr Hosp, 29(3), 5-20.

Capítulo 57

EL CORRECTO LAVADO DE MANOS EVITA CONTAGIOS

CECILIA CABEZA GONZÁLEZ

JOANA GONZALEZ SAAVEDRA

LUCIA LINDE RODRÍGUEZ

Mª FÁTIMA RATO SÁNCHEZ

ALBA ALONSO RICO

1 Introducción

El lavado de manos bien efectuado es importante en todos los ámbitos, pero puede ser un factor vital en el ámbito sanitario. La falta de personal, recursos y tiempo, provocan que la higiene de manos no sea siempre la correcta. Entre el 5 y el 10 por ciento de los ingresos en los hospitales desarrollan una infección nosocomial; las enfermedades más comunes causadas por una mala higiene de las manos, son el resfriado común, la varicela, norovirus, la meningitis.

El lavado higiénico de manos es el procedimiento físico, mediante el que eliminamos de la piel la flora cutánea transitoria que hemos ido adquiriendo por contacto directo (para la flora resistente, hay que hacer un segundo lavado químico o quirúrgico)

La Organización Mundial de la Salud define “la limpieza de las manos mediante la fricción, usando alcohol o agua y jabón. El objetivo de la acción es eliminar

microorganismos presentes en las manos sucias."

"El lavado de manos salva vidas, es la medida más económica, sencilla y eficaz para reducir el riesgo de infecciones y hace parte de las recomendaciones en la lucha contra la resistencia antimicrobiana (RAM), una de las 10 principales amenazas para la salud pública a las que se enfrenta la humanidad."

Desde la pandemia del COVID-19, no solo en el ámbito sanitario, sino que también la sociedad en general se ha hecho mucho más consciente de la importancia de la higiene de manos, no solo antes de comer o antes y después de ir al baño, sino tras originarse cualquier otro tipo de contacto.

2 Objetivos

Estudiar la importancia del lavado de manos para prevenir contagios.
Dar a conocer los momentos para realizar los lavados de manos, aunque se haga uso de guantes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capitulo, se ha llevado a cabo una investigación a través de revisiones bibliográficas, revisión actualizada de la OMS, y diversas publicaciones de artículos científicos.

Además de la observación directa del entorno de trabajo del personal en instituciones sanitarias

4 Resultados

La higiene se debe realizar siempre:

Al iniciar el turno o jornada laboral
Antes y después de ir al WC
Antes de ponerse los guantes
Después de quitarse los guantes.
Antes de manipular alimentos
Antes de administrar la medicación pautada
Antes de tocar a un paciente, para protegerlo de los gérmenes que podamos tener en las manos.

Antes de realizar cualquier tarea aséptica (limpia)
Antes de manipular cualquier dispositivo invasivo.
Después de la exposición a fluidos o secreciones corporales.
Después del contacto con las pertenencias, sabanas, entorno o medio del paciente.
Después de contacto con elemento contaminados o sucios.
Después de estornudar, toser, etc. aunque esto se realice en un pañuelo desechable o en el codo.
Siempre que las manos estén sucias o se crea que puedan estarlo

Para mejorar la higiene de las manos y detener la propagación de las infecciones nosocomiales, disponemos de las siguientes recomendaciones, para la buena práctica.

Capacitación y educación del personal sobre la forma de proceder correctamente.
Observación de las prácticas del personal y retroalimentación sobre el desempeño.
Uso de recordatorios en el lugar de trabajo.
Apoyo de la higiene de las manos y la atención limpia mediante una cultura del aseo

El lavado con una solución alcohólica, es sencillo y rápido (extendido ahora por causa del COVID-19), se trata una técnica muy sencilla en la que aplicamos una dosis de solución alcohólica en la palma de la mano, mediante un dosificador, se frotan las manos esparciendo bien el producto, durante 30 segundos, teniendo muy en cuenta los espacios interdigitales, uñas, pulgares, dorso de los dedos y muñecas. Se dejan secar al aire. Este lavado no reemplaza al lavado con agua y jabón, pero puede complementarlo. Nos proporciona una asepsia rápida.

El lavado higiénico con agua, jabón y toallas desechables, debe durar entre 40 y 60 segundos realizando los siguientes pasos:

Mojar las manos y las muñecas con agua del grifo, a poder ser tibia.
Depositar en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir la superficie de las manos.
Enjabonar las manos y las muñecas, prestando especialmente atención los espacios interdigitales y uñas, para ello seguiremos una secuencia, siempre igual, para no dejarnos ninguna zona sin limpiar.
Frotar las palmas de las manos entre sí de forma enérgica, con las yemas de los dedos frotando la palma contraria.

Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa.
Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha.
Frotar con un movimiento de rotación el pulgar derecho, atrapándolo con la palma de la mano izquierda.
Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la mano izquierda, colocando los dedos de la izquierda contra la mano derecha, quedando estas agarradas y haciendo un movimiento de fricción / vacío hacemos hincapié en las uñas.
Enjuagar las manos con abundante agua.
Secar las manos con una toalla de un solo uso, utilizar esta después del secado para cerrar el grifo y desecharla.

5 Discusión-Conclusión

La realización del lavado de manos en tiempo y forma correctas, disminuye, previene y protege tanto a los pacientes, como a los profesionales que tienen contacto estrecho con ellos o con sus pertenencias.

El traslado y formación a la sociedad sobre la correcta forma de lavarse las manos, ha provocado que las infecciones por transmisión, hayan descendido considerablemente durante la pandemia.
Hoy en día, podemos ver carteles informativos sobre la mayoría de lavabos públicos, con el diagrama del lavado higiénico de manos, lo que conciencia y educa a la sociedad, en la importancia de este acto. La sustitución de los grifos convencionales por los grifos y los dosificadores de jabón, que funcionan con sensores de movimiento, ayuda a evitar tocar superficies que pudieran estar contaminadas.

6 Bibliografía

www.paho.org/es
// OPS Organización Panamericana de la Salud y OMS Organización Mundial de la Salud www.asturias.es
Plan de calidad en el Sistema nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad
FP Sanidad, miguel González López

3er Congreso Internacional de Comunicación en Salud 3ICHC https://seguridaddelpaciente.es/formacion
http://repositorio.uct.edu.pe/handle/123456789/1874
https://revista.infectologia.info/index.php/revista/article/view/116
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/autoevalucion-higiene-manos-ips.zip
https://www.rentokil-initial.com

Capítulo 58

ESTOY QUEMADO, SÍNDROME DE BURNOUT

BRÍGIDA MENÉNDEZ PEDRAYES

1 Introducción

El Síndrome de Burnout, o Síndrome de estar quemado. Es una alteración psicológica estrechamente ligada al entorno de trabajo. Un estado mental crónico de agotamiento. Se da por una sensación de sobrecarga de trabajo, desmotivación, apatía… sensación negativa hacia el trabajo.

Está relacionado a profesiones con una alta implicación y entrega hacia terceros como; salud, enseñanza, asuntos sociales … Durante un tiempo prolongado, con horarios largos, exceso de trabajo físico.

A partir de este año este síndrome tendrá una Clasificación Internacional de Enfermería (CIE – 11) Como problema asociado al empleo o desempleo, haciéndose visible y otorgando derecho a bajas o incapacidades.

Este síntoma se va generando progresivamente hasta desembocar en muchas ocasiones, en una incapacidad para desarrollar el trabajo. Por el agotamiento y estrés que puede generar un trabajo con alta demanda de dedicación.

Este síndrome suele aparecer, en la mayoría de los casos en personas que han elegido su oficio de manera vocacional. En un principio afecta al terreno profesional, finalmente alcanza a la vida social, familiar …

Se cree que hay en común denominador en aquellas personas más vulnerables a padecer el síndrome.

Personas inseguras, dependientes, conformistas… teniendo más posibilidades de sufrir depresión, ansiedad… más aún cuando tienen que enfrentarse a situaciones de estrés. Personas con una baja autoestima y muy perfeccionistas.

Aquellas personas que están sintiendo síntomas como; agotamiento, fracaso, nerviosismo, dificultad para concentrarse, dolor de cabeza, taquicardia… podrán estar manifestando este síndrome.

2 Objetivos

Estudiar el síndrome de Burnout en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos como medline, revista médica y de enfermería, en varias páginas web como https//medac.es y varios temarios de técnico de cuidados de enfermería (TCAE).

4 Resultados

Una persona afectada por este síndrome, debe de tomar conciencia de la situación y tomar medidas; no excediéndose en el ritmo ni en el tiempo, respetando descansos, y llevando una buena alimentación equilibrada. Estableciendo límites y prioridades ante situaciones que requieren más implicación y representen más fatiga de trabajo. Cultivando buen ambiente de trabajo, entre los compañeros, promoviendo colaboración y apoyo. Es muy importante que cuidemos de nosotros mismos (algo vital). Es imprescindible aprender a interpretar las señales que nos va mostrando nuestro cuerpo. No ignorándolas tanto físicas como mentalmente. Tomándonos un descanso para relajarnos, respirar profundamente antes de volver a retomar las tareas que estábamos realizando.
Es importante separar ámbito laboral del personal, aprender a desconectar cuando termine la jornada laboral y realizar alguna actividad como; deporte, relajación, meditación, aficiones …
Recibir el apoyo familiar, social, fomentando encuentros en equipo sociabilizando.
En este síndrome se distinguen cuatro fases básicas:
- FASE INICIAL DE ENTUSIASMO: Esta etapa experimentas la ilusión y el entusiasmo, al comenzar a trabajar, nuevos proyectos… Las expectativas del trabajador son positivas.

- FASE DE ESTANCAMIENTO: El trabajador experimenta un estancamiento, la coordinación y las distintas variaciones, a lo que él comprende. Todas sus expectativas se ven frenadas. Comenzando a sentir sensación de derrota, de desánimo. También pueden presentarse síntomas físicos como, dolor de cabeza o estómago.
- FASE DE FRUSTRACIÓN: En esta fase es cuando empieza el síndrome, donde se empieza a cuestionar su eficiencia. La falta de herramientas para gestionar estos sentimientos, hace que te tambalees entre un vago recuerdo del entusiasmo inicial a directamente pasar a la última fase de apatía.
- FASE DE HIPERACTIVIDAD Y APATÍA: El trabajador vive por y para el trabajo, para complementar ese sentimiento de falta de realización. Lo que conlleva al agotamiento emocional produciéndose el colapso, alejándose todo pensamiento positivo hacia el trabajo, aquí surge la despersonalización.

Las consecuencias de este síndrome para el trabajador; Se pueden dar trastornos de alimentación, agresividad, impulsividad en actos, déficit de atención, desembocando en ansiedad, depresión… viéndose también afectado aparato digestivo, trastorno del sueño, dolor de cabeza, trastornos cardiovasculares.

El trabajador afectado por este síndrome, puede reaccionar con negación de la realidad, cinismo, ironía, frialdad, deshumanización… según la profesión, si se trata en un medio sanitario, estas conductas se alejan de la atención que debe de recibir un paciente.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Burnout, va dirigido exclusivamente al trabajador. Hay personas más susceptibles de padecer este síndrome, personas con una alta implicación, perfeccionistas, vocacionales, inseguros, meticulosos… la falta de organización y no saber utilizar herramientas que puedan facilitar el trabajo.

Se crean muchas expectativas al alrededor de este, donde se agolpan todos los esfuerzos. No dejando espacio para uno mismo, hace que la persona llegue a una fase de bloqueo, no siendo capaz de reconducir la situación.

Seguir una serie de estrategias como; alejarse del trabajo, descansar, practicar algún tipo de deporte, aficiones… sociabilizar.

Pedir ayuda a un profesional y reconocer síndrome.

6 Bibliografía

-https://ade.com
-https://www.up-spain.com

-https://www.apd.es

Capítulo 59

ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE Y FAMILIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

DORINDA SUÁREZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

El reconocimiento del modelo Biopsicosocial en salud ha incorporado como un eje fundamental, la identificación de factores psicosociales implicados en el proceso de salud enfermedad del paciente. Esto ha posibilitado la integración de un equipo interdisciplinario en donde los profesionales de la salud mental han sido considerados, aportando desde su especialidad, estrategias que contribuyan a la atención integral de los pacientes y del equipo sanitario.

Es así como la transición de los perfiles epidemiológicos, el manejo de la familia ante la pérdida y la salud reproductiva, han sido uno de los principales pilares que sustentan el trabajo de un psicólogo en el ámbito hospitalario. Las urgencias son todas aquellas situaciones que no solo escapan de nuestro control sino también de nuestra capacidad de respuesta. Incluso la palabra urgente nos sugiere que eso que está ocurriendo, evento o situación no puede esperar y debemos afrontarlo, resolverlo y en caso de necesitarlo, pedir ayuda debe ser inminente. Estas mismas urgencias se pueden presentar en ocasiones a nivel mental, incluso, suelen ser frecuentes en personas que presentan patologías o trastornos donde la inestabilidad emocional es un síntoma constante.

Hay personas que por diferentes motivos pueden presentar crisis. Estas crisis pueden ser de tipo ansiógeno, depresivo, psicótico, maníaco, compulsivo, obsesivos, entre muchos otros y que deben ser atendidas lo más rápido posible para frenar las múltiples consecuencias que estas pueden derivar.

2 Objetivos

Determinar las pautas de actuación en situaciones de urgencia en la atención psicológica del paciente y abordar todas las esferas en conjunto.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las bases de datos científicas PubMed, Cochrane y Dialnet, utilizando como descriptores las palabras clave: psicología sanitaria, estrés postraumático en urgencias, pánico de bata blanca, confort.
Se consultaron, a su vez, la página web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, y algunas bases de datos y motores de búsqueda, como PubMed, SciELO y Dialnet.

4 Resultados

Es conveniente que un miembro del equipo de urgencias ofrezca apoyo demostrando interés y preocupación, intentando enfocar la situación desde la calma. En la atención de urgencias, el suministro frecuente de información durante cada una de las fases asistenciales será útil para comprender que está ocurriendo y las razones por la se le están realizando determinadas pruebas o técnicas a la persona. Esta información produce una sensación de mayor control, disminuyendo la ansiedad. El personal sanitario debe entrenarse y reciclarse periódicamente en la asistencia a la víctima y familiares, ayudándoles a aliviar la ansiedad y transmitir comprensión en la atención de urgencia. Otra situación con la que podemos encontrarnos es el desastre o catástrofe, la conducta de las víctimas tras el acontecimiento traumático va atravesando distintas fases, similares a las que vive una persona que sufre una pérdida y realiza el proceso de duelo. El contingente hospitalario ante una catástrofe natural externa será:
• Receptor final de la llamada de la emergencia exterior.
• Confirmar la veracidad de la misma.
• Recabar la información suficiente sobre la emergencia (número de víctimas, modo de traslado, etc.).
• Informar al Director del Comité de Catástrofes y proponer, en su caso, la activación del Plan de Catástrofes.
• Confirmada la activación del plan, abandonar actividades asistenciales y asunción de tareas organizativas y de toma de decisiones hasta la llegada al centro de los miembros del Comité de Catástrofes.

En el plan de atención urgente ante situaciones extremas de pérdida de familiares el equipo de psicólogos del hospital quien abordará el primer contacto con los familiares de las víctimas y en el caso de no ser suficientes se activará el protocolo de asistencia externa para cubrir dicho servicio en el caso de ser necesario.

5 Discusión-Conclusión

Una formación adecuada del personal sanitario que trabaja en el servicio de urgencias ayudará a fomentar la tranquilidad y el bienestar de los pacientes atendidos en dicho servicio.
El objetivo principal de las intervenciones de los psicólogos expertos en emergencias es auxiliar a la persona que ha sufrido el accidente a dar pasos concretos hacia el enfrentamiento con la crisis, lo cual incluye el control de los sentimientos y de las emociones negativas o los componentes subjetivos de la situación.
La atención psicológica está orientada a dotar y promover los recursos individuales, familiares o conyugales como un elemento activo del propio cambio.

6 Bibliografía

- Https://www.pubmed.es.
- Https://www.cochrane.com.
- Https://www.ministeriodesanidaddeespaña.gorb.
- Https://www.dialnet.es.
- Https://www.scielo.com

Capítulo 60

TRASTORNO POR DEPRESIÓN

NOELIA MARTINEZ LOBETO

1 Introducción

La depresión permanece escondida actualmente en nuestras vidas. Es un trastorno que afecta a la vida de muchas personas y que incapacita ciertas actividades tanto laborales como sociales que realizamos normalmente.
Cuando un paciente padece depresión pierde la visión positiva que tiene del mundo y la sustituye por una negativa que es capaz de distorsionar la realidad y crear pensamientos intrusivos.
La depresión puede ser causada por distintos factores. Uno de ellos es la herencia. Es muy probable que si un familiar haya desarrollado este trastorno el paciente puede haber heredado una predisposición biológica que aumente el riesgo de padecer depresión. Los factores químicos pueden desencadenar neurotransmisores que produzcan una sensación de malestar anímico.
Otro factor puede ser las situaciones estresantes como la muerte de un familiar o problemas interpersonales causado por distintas circunstancias de la vida. Los cambios estacionales también pueden llegar a provocar depresión. También es conocido como ”Trastorno Afectivo Estacional”. Por último, la personalidad también puede ser influyente en los cambios de ánimo y por consecuente factor directo de la depresión.
Existen tres tipos de depresión:
-Trastorno depresivo mayor: Causado por una situación que combina distintos síntomas y que impiden el disfrute de actividades que resultaban placenteras.
-Trastorno distímico: Es uno de los tipos menos graves de la depresión y puede provocar problemas crónicos que afecten al bienestar del individuo.

-Trastorno bipolar: Se basa en el cambio en el estado de ánimo. Presenta un ánimo elevado o también conocido como eufórico (manía) y otra fase presentada por un estado de ánimo bajo o también llamado depresión.

2 Objetivos

-Dar a conocer las causas y tipos de la depresión:
-Ayudar en el diagnóstico de la depresión y con ello la mejora de este problema.
-Mejorar la forma de empatizar con el paciente siendo más consciente sobre que es lo que está pasando por la cabeza de este.

3 Caso clínico

El paciente es un hombre de 47 años de edad que ha acudido a la zona de Servicio de Urgencias por un estado ánimo aparentemente bajo y con pensamientos suicidas.
El paciente cuenta con antecedentes psiquiátricos para la desintoxicación por dependencia de la heroína y con varias recaídas durante unos años, sin embargo actualmente no consume ni se ha detectado ninguna recaída.
Cuenta con dos intentos de suicidio y una sobredosis de cocaína letal. Después de este último incidente se le diagnosticó un caso depresivo mayor y se le receta escitalopram 15mg y un seguimiento regular.
Una vez finalizado el tratamiento el paciente vuelve a tener un episodio de lo que parecía depresión y acude a psiquiatría.
Se le realiza un diagnóstico. El paciente tiene momentos de melancolía y tenía baja tolerancia a la frustración y era una persona bastante impulsiva. Además sufría de insomnio mezclado con despertares precoces no permitiéndole conciliar el sueño las horas necesarias. Es diagnosticado nuevamente con depresión mayor y se le hospitaliza.
Durante su estancia en el centro se le administran dosis de Escitalopram y Lorazepam. Se va notando una mejoría clara del paciente. Desaparece toda idea de suicidio y empieza a tener planes con sus familiares a futuro.
Después de 20 días hospitalizado, la evaluación médica considera que ya es apto para vivir su vida normal y con el permiso de familiar es dado de alta.
Se le recomienda que siga tomando los antidepresivos anteriormente comentados durante un tiempo para evitar una recaída y se le avisó de volver al menos una vez al mes para observar si hay alguna evolución o cambio en su estado de ánimo.

Actualmente el paciente no ha vuelto a presentar un caso depresivo hasta el momento.

4 Discusión-Conclusión

El 31% de la población española sufre problemas de ansiedad que les impide realizar ciertas actividades. Además el 15% de estos llegan a tener pensamientos sobre el suicidio o llevarlo a cabo. La OMS declara que este problema se va a ir agravando con el paso de los años si no se trata de manera rápida. Hoy en día la depresión ha ido evolucionando hasta el punto de que se trate como una broma. Esto es un gran problema porque hace que muchas veces las personas escondan este trastorno y cuando se identifica el problema ya sea mucho más grave de lo que inicialmente era.

5 Bibliografía

1. León M. 31 % de los españoles cree que su salud mental ha empeorado [Internet]. Cambio16. 2022 [citado el 23 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.cambio16.com/31-de-los-espanoles-cree-que-su-salud-mental-ha-empeorado-en-2022/
2. Depresión [Internet]. Cun.es. [citado el 23 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion

Capítulo 61

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA

ÁNGELA GARCÍA ZAFRA

MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR

GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS

MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ

1 Introducción

En las emergencias hospitalarias, la seguridad del paciente es la máxima prioridad. Protocolos de seguridad La atención al paciente requiere esfuerzos continuos para mejorar la práctica, la capacitación, la tecnología de la información y promover una cultura de seguridad. Las úlceras por presión son un problema de salud grave, pueden tener importantes consecuencias, se pasan por alto en los servicios de urgencias donde los pacientes esperan horas para ser admitidos, son perjudiciales para los pacientes y tienen una alta proporción de casos evitables. En el servicio de urgencias hay una alta tasa de úlceras por presión que se presentan en los primeros días antes del ingreso, los pacientes que se atienden son

de mayor edad y tienen más comorbilidades, y se están tomando algunas precauciones adicionales. Alineado con las necesidades del departamento, se enfoca en el cuidado crítico del paciente. El servicio de urgencias de un hospital es la puerta de entrada al hospital y, en base a una evaluación precisa, los pacientes pueden recibir la atención adecuada y aplicar los recursos de prevención y tratamiento adecuados para prevenir y/o tratar las úlceras por presión.O aquí se cura y se realiza la enfermería. Los técnicos auxiliares tienen un papel muy importante.
El tiempo que se pasa en la sala de emergencias es fundamental para iniciar el proceso de úlceras por presión, por lo que se necesita personal capacitado para identificar a los pacientes en riesgo y tomar medidas preventivas de manera temprana. Los técnicos auxiliares de enfermería son capaces de desempeñar sus funciones y saben establecer estrategias preventivas y terapéuticas básicas.

2 Objetivos

Conocer e indicar las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en la prevención de úlceras a presión de los pacientes.

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

4 Resultados

Las úlceras por presión son un problema de salud pasado por alto durante mucho tiempo que reducen la calidad de vida de los pacientes y son difíciles de curar.
En la sala de emergencias, la supervivencia del paciente es crítica, por lo que las acciones que tomamos para prevenir la enfermedad de postración en cama son probablemente mínimas. Pero es en la sala de emergencias donde los pacientes corren mayor riesgo de lesionarse. Los servicios de urgencias hospitalarios, que son los que menos cultura de prevención tienen, en la mayoría de los casos desconocen la existencia de problemas dentro del servicio, ni se sabe que cuenten con escalas de calificación de riesgo, clasificaciones de lesiones o evaluaciones

de riesgo de tratamiento. En todos los niveles, a pesar de la magnitud del problema y de nuestra responsabilidad con los pacientes de riesgo, la prevención no se considera una función de los técnicos auxiliares de enfermería de urgencias.
Además, con el envejecimiento de la población, el número de pacientes que visitan las salas de emergencia de los hospitales es cada vez más mayor y con múltiples afecciones médicas, lo que hace que el problema de las úlceras por presión sea demasiado común como para ignorarlo. También se debe tener en cuenta que la interrupción de los servicios y la escasez general de camas mencionadas anteriormente son fenómenos comunes que exacerban el problema, ya que los pacientes tardan más en llegar a las unidades donde los regímenes de tratamiento no están disponibles.
En general, ningún factor único puede explicar el desarrollo de una úlcera por presión, sino más bien una interacción compleja de factores que aumentan la probabilidad de desarrollar una úlcera por presión. Por ejemplo, factores relacionados con la actividad o la movilidad del paciente, el estado de la piel, la enfermedad vascular, la diabetes, el estado nutricional, la incontinencia urinaria y húmeda, la edad y la gravedad de una enfermedad o enfermedad crónica. Aquí es donde la formación en esta área es importante y donde juegan un papel muy importante los técnicos auxiliares de enfermería que pasan la mayor parte de su tiempo cerca de los pacientes. La cicatrización es causada por daño isquémico causado por Munk daprovisionenement en la sangre, lo que resulta en la muerte del tejido y la posterior necrosis que comienza en el cabello.
La presión al comprimir el área de soporte entre el hueso y el resto del cuerpo, o combinada con cizallamiento y/o fricción, da como resultado una reducción o cese del flujo sanguíneo, dañando así esos tejidos. Los signos a tener en cuenta y los signos de ulceración son eritema, calor localizado, edema, callosidades y deterioro de la piel.
Durante el tratamiento de urgencias, los pacientes han pasado más de 2 horas desde el inicio del daño tisular, y las personas con factores de riesgo externos e internos tienen más probabilidades de desarrollar una úlcera por presión. Los factores intrínsecos como la edad, el sobrepeso, las enfermedades crónicas, la incontinencia de esfínteres, las limitaciones importantes en la movilidad y la percepción sensorial deteriorada o deteriorada son factores que aumentan el riesgo de úlceras por presión.
Factores de riesgo externos como la estancia prolongada en urgencias, el uso prolongado de camillas y la falta de precauciones para reducir la presión, el rozamiento y el cizallamiento, especialmente en sacro y pies, también pueden contribuir a la compresión, factor estrechamente relacionado a la posibilidad de

Úlcera. Si es posible, también es importante observar la zona de la piel con dispositivos terapéuticos generadores de presión (dispositivos ortopédicos, férulas, catéteres, sondas nasogástricas, dispositivos de oxigenoterapia, etc.). Permite una evaluación completa de la piel.
Los protocolos de tratamiento de las úlceras por presión enfatizan el papel crítico del técnico auxiliar de enfermería en las salas de observación de emergencia de los hospitales, donde las precauciones simples pueden ser de gran importancia.Los pacientes a menudo se encuentran en camillas y son hospitalizados durante horas. Estas medidas incluyen satisfacer las necesidades básicas de los pacientes, tales como: cuidado especial.
Adquiera el hábito de ponerle precio a su piel.
Como mínimo, se debe examinar diariamente la condición y la integridad de la piel para detectar rápidamente la presencia de lesiones y tomar las medidas adecuadas.

5 Discusión-Conclusión

La prevención de las úlceras por presión es responsabilidad de todos los profesionales que intervienen en el cuidado del paciente, y los conocimientos y habilidades necesarios para realizarla de manera efectiva son responsabilidad del técnico auxiliar de enfermería, el más cercano y el que más tiempo pasa con los pacientes. Las escalas de calificación también deben usarse para detectar factores de riesgo de úlceras por presión, ya que son herramientas preventivas que ayudan a identificar factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos.
Como Paramédicos, los Técnicos Auxiliares de Enfermería deben reconocer y atender cuestiones que afectan directamente a quienes acuden a las salas de emergencia de los hospitales.
Una “cultura de prevención” no es otra cosa que centrarse en la prevención, actuar en consecuencia y utilizar todos los recursos a nuestro alcance.
Este es un tema importante para los sistemas de salud, no uno que siga siendo ignorado por los servicios de emergencia. En nuestro caso, esto significa el desarrollo de equipos preventivos y terapéuticos adecuados en los servicios de urgencias.

6 Bibliografía

1. http:/www.Congresovirtual-enfermeríadeurgencias.com
2. http://www.Dialnet.unirioja.es

3. http://www.Revista-portalesmédicos

Capítulo 62

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA

ÁNGELA GARCÍA ZAFRA

MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR

GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS

MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) ha evolucionado a lo largo de los años. Debido al carácter altamente técnico del trabajo asistencial, estas unidades requieren cada vez más de personal profesional altamente cualificado y con un perfil profesional diferenciado. Todos los miembros del equipo multidisciplinar de la USIP requieren una formación continua específica para saber afrontar las condiciones preexistentes de alta complejidad de los pacientes hospitalizados. Se sabe que un equipo multidisciplinario de cuidados intensivos es un grupo de personas con diversos antecedentes educativos y experiencias profesionales que tienen el objetivo común de brindar atención médica enfocada, continua e integral. Se define al niño críticamente enfermo como aquel cuya supervivencia puede verse afectada en cualquier momento por la presencia de alteraciones en

el funcionamiento de uno o más sistemas del organismo. La muerte es una alternativa inevitable en el desarrollo infantil. .
En España, las competencias reconocidas de TCAE en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) varían entre comunidades autónomas y varían mucho entre hospitales y condiciones locales, por una variedad de razones. En algunas unidades de cuidados intensivos, la presencia de un Técnico de Cuidados de Apoyo (TCAE) es casi simbólica, por lo que existen diferencias en las tarifas. Algunas UCIP tienen casi 1 o 2 TCA por clase y muy pocas. La mayoría de ellos están designados y limitados a la higiene del paciente, alimentos y equipos.

2 Objetivos

- Identificar los conocimientos y las habilidades necesarias para prestar una atención integral al niño que llega por una urgencia pediátrica, tanto en situaciones generales como específicas.
- Dar a conocer la importancia de las funciones del TCAE en urgencias pediátricas.

3 Metodología

Además, de los conocimientos y competencias obtenidos de la propia experiencia laboral en la Unidad de Urgencias Pediátricas, se ha realizado una revisión sistemática de bases de datos, protocolos de actuación y prevención de accidentes en pediatría. Se han utilizado como descriptores: TCAE, urgencias pediátricas, hospitalización pediátrica, tratamiento y funciones.

4 Resultados

Existe un conjunto estandarizado de conjuntos de habilidades de Técnico de Enfermería Auxiliar (TCAE) y una de las funciones principales del TCAE es preparar el espacio de atención (BOX) para la admisión a la UCIP.
Deberá preparar los siguientes documentos:
- Bolsa de relleno con filtro (infantil o adulto según peso del paciente).
Catéter de succión: 6ch, 8ch, 10ch, 12ch, 14ch dependiendo de la edad. - El agua lava el circuito de aspiración.
- Cubrecolchones, pañales, celulosa
- Guantes desechables no estériles. - Auricular.

- Carcasa del dispositivo de intubación y spray lubricante. - Dispositivos de monitorización como electrodos, sensores de SpO2 y brazaletes para la medición no invasiva de la presión arterial.
- Mascarilla: ajustada al peso del paciente y equipada con tubos que han superado las pruebas de funcionamiento correctas
- Preparación de cubetas de análisis: gasas comprimidas, soluciones de alcohol y clorhexidina, jeringas de 2 ml, bomba de aire, agujas, solución salina monodosis, bolsa de análisis, hemograma completo, tubos de coagulación y biológicos.
- Desinfectantes: desinfectante a base de etanol, gel desinfectante a base de etanol, alcohol al 70%.

La presencia de un TCAE es fundamental cuando un paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (USIP), ya que interviene en el manejo inmediato de niños críticamente enfermos. La existencia del TCAE es una gran ventaja para médicos y enfermeras porque cuenta con todo el equipamiento necesario para cooperar en la hospitalización de pacientes críticos con problemas de seguridad, iniciar la atención y agilizar el seguimiento. La atención que necesita de inmediato.

En cuanto a aislamientos y equipos de protección individual (EPI), el TCAE identifica las medidas reglamentarias de aislamiento requeridas por los pacientes, proporciona todos los EPI e identifica los tipos de aislamiento a través de los correspondientes carteles informativos elaborados por Prevención Decide. Las precauciones estándar incluyen:

- Higiene de manos.
- Batas, guantes, mascarillas y protección ocular. - Limpiar y desinfectar a fondo los instrumentos. Diferentes tipos de aislamiento:
- Por IV: Lávese las manos y use una máscara. - Contacto: Lavar a mano, usar bata y guantes.
- Para tacto y pequeño: Lavado a mano, mascarilla, bata, guantes. - Por Aire: Lavado a Mano, Mascarilla de Alto Rendimiento (FFP2).
- Protección de primer nivel: lavado de manos, mascarilla, bata. - Aislamiento profiláctico (contacto e infusión): Aplica para pacientes ambulatorios hasta recibir los resultados del cultivo al ingreso.

La seguridad del paciente y la calidad de la atención en la UCI han sido un tema candente en los últimos años. Como miembros del equipo de atención, los TCAE deben participar activamente en la detección temprana de incidentes y posibles efectos adversos o errores en el curso de la atención. Las intervenciones del Técnico Auxiliar de Atención de Enfermería (TCAE) para mejorar la atención al paciente incluyen:

- Comprobar y confirmar la identificación correcta del paciente. - Revisar regularmente las instrucciones para las medidas de aislamiento.
- Revisar y confirmar las barreras de protección del paciente.
- Asegúrese de tener el tamaño correcto de tubo endotraqueal (ETT) para una posible intubación (debe tener el tamaño de ETT que necesita y un ETT de tamaño más pequeño para posibles complicaciones). – Respetar las medidas de higiene de manos.
– Identificar el kit de intubación de cada paciente (cuchilla, mango de laringoscopio, pinzas Magill) y su respectiva bolsa y filtro de neumoperitoneo. Asegúrese de que el sistema de succión y el catéter de succión sean adecuados para la condición del paciente.
- Si el paciente tiene un tubo de drenaje (Pleure-vac®), verifique el nivel de succión del tubo de drenaje (Pleure-vac®). - Conocimiento, verificación y notificación de alergias significativas del paciente (fármacos, látex, vendas, intolerancias alimentarias, etc.) según corresponda.
Las unidades de cuidados intensivos requieren cada vez más de equipos técnicos y específicos de monitorización y tratamientos invasivos, y los especialistas que forman el equipo necesitan estar adecuadamente equipados con monitores, bombas, bombas, transmisiones, apósitos, consumibles, etc. Esta pregunta es muy importante para garantizar que haya un gerente bien capacitado presente para manejar todas estas emergencias de limpieza, ensamblaje, servicio y almacenamiento.

5 Discusión-Conclusión

Avise con anticipación, deje que el niño y el adolescente tomen el control de la situación y traten de trabajar juntos para reducir el miedo. Para los niños pequeños, se pueden usar técnicas relajantes de juego para calmarlos. La mejor acción contra los accidentes es la prevención. La mayoría de los accidentes infantiles ocurren en el hogar. Su importancia se debe a su alta prevalencia y a los altos costos económicos asociados.
Las enfermedades y los accidentes de los niños a menudo alteran la dinámica familiar y las hospitalizaciones a menudo exacerban el problema, ya que es algo que está a la orden del día.

6 Bibliografía

1. https://www.quironsalud.es

2. https://www.centromedicodeasturias.com
3. https://www.comunidad.madrid

Capítulo 63

LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE MATERNIDAD

MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA

ÁNGELA GARCÍA ZAFRA

MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR

GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS

MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ

1 Introducción

El trabajo del Técnico Auxiliar de Enfermería (TCAE) es apoyar y ayudar al resto del personal sanitario, como médicos y enfermeras. No solo necesita satisfacer las necesidades de estos profesionales, sino que también tiene como objetivo preparar al paciente. Su labor como TCAE se puede realizar en diversos servicios y unidades. Este artículo detalla las funciones que desempeñan en el campo de la obstetricia. La mayoría de los nacimientos del mundo se dan a las mujeres que no tienen factores de peligro para sus complicaciones o sus bebés al principio. Sin embargo, dar a luz es esencial para que las mujeres y los bebés sobrevivan, ya que las complicaciones pueden aumentar significativamente el riesgo de enfer-

medad y muerte. Por ello, los cuidados recibidos durante este período son muy importantes tanto para la madre como para el bebé.
Después de dar a luz, comienza el período puerperal. Este es el momento en que una mujer pasa por una serie de cambios en el cuerpo y vuelve casi a su estado anterior al embarazo. Las glándulas mamarias son una excepción, ya que este es el momento en que las glándulas mamarias comienzan a funcionar y desarrollar su máximo potencial. Esta etapa suele durar unas 6-8 semanas.

2 Objetivos

En esta comunicación tenemos como objetivo conocer los tipos de cuidados que se realizan durante el parto y posteriormente, en el período puerperal

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

Cuando una paciente embarazada comienza el trabajo de parto, una de las primeras tareas del TCAE es llevar a la paciente a su habitación. Hay que acostarla, colocarla en la posición que más le convenga y ayudarla a ponerse el negligé obligatorio. Si aún no ha tenido trabajo de parto, puede iniciarlo usted misma, pero el trabajo del TCAE siempre es ayudarla a entrar en trabajo de parto y facilitarle las cosas a su bebé.
Las mujeres prenatales pueden estar inquietas y nerviosas porque no pueden ingresar a la sala de partos hasta que sus cuerpos estén completamente expandidos. Tranquilícelo, tranquilícelo, hágale saber cómo va el proceso y cuándo puede ingresar a la sala de parto. En este punto, la matrona debe preparar la sala de partos, limpiar la sala de partos si faltan piezas y preparar todos los artículos desinfectados que el equipo médico necesitará durante el trabajo de parto. Cuando llega la paciente, se debe apoyar a la paciente en la posición más adecuada para el trabajo

de parto. Si es necesario, rasurar el área genital o la incisión será otra tarea si el parto se realiza por cesárea.
Cuando todo está listo, parteras, enfermeras y, si es necesario, médicos ingresan a la sala de partos y permiten que la paciente continúe con el trabajo de parto.
Los asistentes de enfermería deben conocer los nombres de todos los equipos disponibles para proporcionar al equipo médico. También ayuden al equipo con las tareas requeridas y realicen las tareas que el equipo pueda requerir. También se espera que se mantenga en contacto con su equipo para mantenerse al día.
Después de que una mujer da a luz, comienza el período puerperal. Esta fase se divide en tres fases:
El posparto inmediato comprende las primeras 24 horas después del nacimiento.
- Experiencia postnatal temprana o clínica de hasta 7 días.
- Un período retrasado dura desde el día 8 hasta que aparece el primer período menstrual. Las mujeres son monitoreadas de cerca durante esta o dos primeras horas, ya que es el momento en que el riesgo de complicaciones es mayor.

La habitación con el departamento recién trasladado debe contar con todo el equipamiento necesario para evitar complicaciones. Las mujeres aquí no pueden expresar su dolor, incluso si se alivia, porque los efectos son persistentes. Una vez que la mujer esté estable y todo vaya bien, irá al hospital. También se requiere una monitorización hemodinámica detallada después de que la mujer haya estado allí durante 6 a 8 horas después del parto, pero es algo más flexible que las primeras 2 horas.
Durante la fase clínica, algunos cuidados son proporcionados por los servicios de salud.
La atención especializada y de otro tipo mientras una mujer está hospitalizada es proporcionada por la atención primaria. En el momento del alta, el personal de enfermería debe preparar un aviso de alta y asesorar a la madre sobre el cuidado de sí misma y de su bebé al momento del alta. Las madres deben tener información sobre dónde revisar y monitorear, y señales de advertencia de que deben acudir al hospital, tales como:
- Temperatura > 38ºC. - Sangrado vaginal.
- Olor a Loquia. - Signos de inflamación de la mama, episiotomía o MM.II.
- Dificultad para respirar o problemas. - Síntomas del tracto urinario.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo y es que el cuidado del técnico de cuidados auxiliares de enfermera que debe tener hacia una mujer embarazada durante y después del

parto son vitales para la vida del bebé y de la madre. En mi opinión, se debe fomentar más la importancia de que los padres se involucren más en todo este proceso y la importancia de que el bebé tenga contacto piel con piel con la madre, no solo con la madre. Un examen completo de la madre es de suma importancia durante las primeras dos horas después del parto, ya que puede ser peligroso.

6 Bibliografía

1. Grupo de trabajo sobre asistencia al parto y puerperio normal. Sección de medicina perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Editor: E. Fabré González. pp.: 367-420.
2. Jean Dickason, E, Lang Silverman, B, Olsen Schult, M. Enfermería materno infantil. 2.ª edición. Mosby/Doyma. pp: 341-373.
3. Mccloskey Dochterman, Joanne y Bulechek Gloria, M. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). Cuarta edición. Elservier Mosby

Capítulo 64

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

Mª FÁTIMA RATO SÁNCHEZ

CECILIA CABEZA GONZÁLEZ

JOANA GONZALEZ SAAVEDRA

ALBA ALONSO RICO

LUCIA LINDE RODRÍGUEZ

1 Introducción

Cualquier persona en su vida cotidiana, puede sufrir una parada cardiopulmonar, una perdida de consciencia, un traumatismo, ahogamiento, atragantamiento, etc. La reanimación cardio pulmonar es una técnica que se realiza cuando alguien a nuestro alrededor sufre un accidente, queda inconsciente, cuya victima deja de respirar repentinamente y de tener pulso.

La importancia de ser in situ y poder actuar en primera instancia a la mayor brevedad posible, es muy importante, la convención de la sociedad es importante sobre todo en los países desarrollados.

En España se producen de 45.000 muertes anuales producidas por paro cardiaco. Cuanta más población sean capaces de realizar la RCP, el porcentaje de vidas a salvar podría aumentar entre un 15% - 20%.

Los primeros minutos son esenciales para el afectado, su recuperación pasa por lo que se pueda realizar en esos precisos instantes.

Es muy importante actuar con rapidez, ya que los primeros 3 minutos son esenciales para la vida del afectado, si los testigos saben actuar correctamente es posible salvar la vida del afectado, en esos 3 primeros minutos se incrementan más del 50 % de las posibilidades de supervivencia, y por cada minuto que se retrase la reanimación del paciente disminuye un 10% las posibilidades de sobrevivir.
La iniciación inmediata de las maniobras de compresión torácica y la desfibrilación temprana (cuando está indicada) son fundamentales para el éxito. La rapidez, la eficiencia y la aplicación correcta de la reanimación cardio pulmonar con las mínimas interrupciones posibles determinan los resultados exitosos.

2 Objetivos

Estudiar la importancia y la manera de realizar la reanimación cardiopulmonar.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha realizado una consulta de diferentes artículos, basados en una búsqueda en la que se utilizaron palabras clave como paro cardiaco, reanimación cardiopulmonar, etc.
También se ha utilizado manuales de cursos relacionados con el tema y donde se han obtenido webs de consulta.

4 Resultados

La importancia de la organización de la respuesta.
Asegurar el lugar, actuar con la máxima rapidez, y el saber realizar la técnica correctamente, hasta la llegada de los servicios de emergencia, son los aspectos básicos a tener en cuenta, antes de prestar este tipo de ayuda.
En una parada cardio pulmonar, hay una reducción de la circulación de sangre al cerebro, en muchas ocasiones conllevando pérdida del conocimiento, aquí es muy importante la rapidez. Si la frecuencia cardíaca no vuelve a la normalidad, se produce daño cerebral y la muerte.
Como norma se suelen producir más en varones que en mujeres, y más en adultos que en niños, los que se realizan previos a la llegada de los servicios de emergencia tienen una media alta de supervivencia, aunque es cierto que la mayoría se

suelen realizar con la llegada de los servicios de emergencias y/o estancia en el hospital.

REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR
Antes de realizar una reanimación cardio pulmonar hay varias cosas a tener en cuenta:
- No se debe iniciar si lleva más de 10 min en parada (excepto hipotermias, ahogados, o intoxicación)
- Si es consecuencia del desenlace de una enfermedad incurable.
- Rigor mortis (palidez, frialdad, rigidez, etc.)
- Comprobar que no hay peligro ni para el reanimador ni para la víctima.

Como realizar una R.C.P.:
1) CONSCIENCIA: Hablándole o tocándole suavemente.
- Responde: Valoración secundaria, comprobando periódicamente el nivel de consciencia.
- No responde (Inconsciente):
- Pediremos ayuda y colocaremos a la víctima en posición de R.C.P. (Decúbito supino con piernas y brazos extendidos sobre un plano duro, con alineación del eje cabeza – cuello – tronco)
- Abriremos la vía aérea, dedo a modo de gancho y pasamos al paso.

2) RESPIRACIÓN. Hay 2 opciones:
- Respira: lo colocaremos en PLS con reevaluaciones periódicas.
- No Respira: Daremos 2 insuflaciones de rescate y pasamos al punto 3.

3) CIRCULACIÓN:
- Manteniendo la vía aérea abierta, comprobamos el pulso carotideo 5" – 10" y si en ese tiempo no lo notamos, actuamos como si fuera PCR.
- Con pulso: Atendemos la parada respiratoria a ritmo de 12 por minuto
- Sin Pulso: Estamos ante una PCR e iniciaremos la RCP
Se termina la PCR ante la recuperación del pulso y consciencia o la certificación de personal médico.

RCP en el adulto:
- Punto de masaje cardiaco: 2 dedos por encima de la unión de las últimas costillas.
- Colocación manos: Talón de una mano y compresión de ambas manos entrelazadas.
- Frecuencia: 30 compresiones seguidas de 2 insuflaciones (boca a boca)
- Ciclos: Cada 4 ciclos comprobaremos el pulso.

- Ritmo: 100 compresiones por minuto.
- Ventilación artificial: 12 – 18 por minuto

En casos de ahogamiento, se puede iniciar la respiración de reanimación mientras el paciente está en el agua, aunque la compresión torácica debe realizarse con el paciente en posición horizontal sobre una superficie firme.

RCP en niños (entre 1 y 8 años):

- Punto de masaje cardiaco: como en adultos
- Colocación manos: talón de una sola mano.
- Frecuencia: 5/1 o 15/2 según tamaño del niño.
- Ritmo: 100 compresiones por minuto
- Ventilación artificial: 15 – 20 por minuto.

Problemas que se pueden presentar:

- Presencia de cuerpos extraños en la cavidad oral
- Dilatación gástrica. La faringe es común para la vía aérea y digestiva. El Ef. suele estar cerrado, pero si insuflamos aire bruscamente, puede abrirse, pasando aire al estómago y como consecuencia provocar vómitos y broncoaspiración y/o compresión diafragmática y dificultad respiratoria.

En este caso actuaríamos:

- - Ladeando la cabeza
- - Presionando suavemente sobre el epigastrio
- - Limpiando la cavidad oral de residuos
- - Continuando con la RCP

- Rotura costal. Obstrucción de la vía aérea: No hay paso de aire al ventilar.

5 Discusión-Conclusión

Como bien he descrito a lo largo de este capítulo, en la reanimación cardio pulmonar hay varios puntos esenciales:

- La rapidez. Una persona inconsciente in situ puede ser salvada por un anónimo, siempre cuando se empiece a actuar en los 3-4 primeros minutos y sin complicaciones.
- Profesionalidad. Es tan importante como el punto anterior, ya que en una técnica tan delicada como esta, pueden surgir complicaciones, y por ello es muy importante estar bien preparado para afrontar las complicaciones que pudieran surgir. De ser así, la probabilidad de que termine con éxito es muy alto.

- Salvar la vida de la víctima. Intentar que la víctima pueda recuperar el pulso, la respiración y/o conciencia y pueda quedar estabilizado antes de su traslado al hospital para una revisión médica.

6 Bibliografía

1. https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/reanimacion-cardiopulmonar/reanimacion-cardiopulmonar-6026.
2. https://www.msdmanuals.com/es/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/paro-card%C3%ADaco-y-reanimaci%C3%B3n-cardiopulmonar/reanimaci%C3%B3n-cardiopulmonar-rcp-en-adultos.

Capítulo 65

ABORDAJE DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRÍA

ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ

ANDREA GONZALEZ TATO

MARTA ESCALADA PERTIERRA

PATRICIA CABELLO IGLESIAS

1 Introducción

La enfermedad celiaca, a veces llanada celiaquía o enteropatía sensible al gluten, es un síndrome de mala absorción constante de las proteínas de gluten en individuos predispuestos genéticamente parecer este tipo de tautología. Debuta como una atrofia de las vellosidades del intestino delgado que sin las encargadas de a absorción de : nutrientes vitaminas y minerales que contienen los alimentos atravesé del tracto digestivo.
La enfermedad celiaca es una de las enfermedades intestinales, mas comunes y frecuentes en España, en una zona con mayor presencia que en otras, ya que influye la carga genética en su diagnóstico. Una rápida detección de los síntomas de la enfermedad celiaca es muy importante para la detección precoz de los signos y síntomas en edad pediátrica, con el fin de diagnosticar a temprana edad enfermedad y comenzar con el aplique de una dieta adecuada para el paciente con el fin de disminuir la patología, ya que su eliminación es casi imposible pero su reducción si posible.

Una detección tardía de la enfermedad puede llevar una intolerancia del gluten en el individuo, lo que acarrea una mayor compleción en el desarrollo de la dieta y a la eliminación de este producto por completo de la dieta.

2 Objetivos

Los objetivos fueron determinar las necesidades acerca de la identificación de los signos y síntomas de la enfermedad celiaca en niños para poder diagnosticar temprano en la consulta de enfermería.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos cuya muestra tuviera edades comprendidas entre los 6 y los 18 años de edad, en las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL, GPC. Descriptores: celianc, disease and nurse. Para su posterior estudio y valoración para obtener el grado que pueda poseer el paciente.

4 Resultados

Las enfermeras pediátricas deberán saber identificar los síntomas de la enfermedad pediátrica y a que grupo de riesgo corresponden los pacientes. Como profesionales sanitarios el papel que desempeñan es muy importante para la detección precoz de los signos y síntomas de la enfermedad en edad pediátrica, con el fin de hacer un diagnóstico temprano de la enfermedad y comenzar con la dieta adecuada para el propio paciente.

Observamos que la calidad de los pacientes una vez que les indicamos el tratamiento que deben de seguir, se ven reducidos sus síntomas, tras una baja adherencia a una dieta sin gluten. Estas dietas bajas en gluten se pueden seguir sin supervisión del personal sanitario, ya que conllevan un desarrollo muy sencillo desarrollo y favorece una disminución de sufrir enfermedades cardiovasculares y metabólicas, sobrepeso y obesidad.

Es importante implantar acciones coordinadas entre pediatras y médicos y adultos, de manera que sea pasible asegurar un seguimiento a largo plazo satisfactorio para nuestros pacientes pediátricos celiacos.

El posible diagnóstico de Enfermedades celiacas debe contemplarse en niños con sistemas clásicos de malabsorción intestinal y afecciones nutricionales pero igualmente una amplia variedad de síntomas y signos.

Dado que la enfermedad celiaca es considerado un trastorno sistémico mediado inmunológicamente, provocado por la ingesta de gluten, en individuos genéticamente sucesibles y caracterizada por la presencia de combinaciones variables de manifestaciones clínicas dependientes del gluten, único tratamiento eficaz de la enfermedad es una dieta estricta y rigurosa sin gluten durante toda la vida debiendo recompensarse los pacientes asintomáticos como los asintomáticos.
Para ello es preciso eliminar de, la dieta cualquier producto que contenga como ingrediente trigo, centeno, cebada, espelta, kamut y triticale. Además esta dieta debe de ser rica en alimentos naturales y fresco.

5 Discusión-Conclusión

Un retraso en el diagnóstico de la enfermedad celiaca hace que aumente la morbilidad y mortalidad de los pacientes celiacos. La malignizarían es la complicación mucho más grave y viene dada por la presencia mantenida de gluten en la dieta del paciente antes de detectada la intolerancia, así como un asesoramiento nutricional correcto para realizar el progresivo cambio de una dieta gluten a una sin gluten, garantizando que no haya ciertas carencias nutricionales, en casa de que se produjeran carencias, se suministran complejos vitamínicos y minerales para suplir estas carencias. Un diagnóstico temprano y un seguimiento mantenido y exhaustivo cambiará la calidad de vida de este nuestro paciente al que le hemos detectado la enfermedad celiaca.

6 Bibliografía

TÉCNICAS BÁSICAS DE ENFERMERÍA
Editorial: MC Graw Hill
ISBN: 978-84-486-0961-0 (año 2017)
Autores: Ana Mª Fernández Espinosa. Evangelina Pérez de la Plaza

Capítulo 66

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA POR TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

AINOA RAMOS ALVAREZ

MARIA MONTSERRAT ALVAREZ ALVAREZ

ANA BELEN BRANDI ALONSO

MARTA MIRAVALLES BERROS

CARLOS GUTIÉRREZ ZAPATA

1 Introducción

El autismo, también llamado Trastorno del Espectro Autista (TEA), es una patología neurológica relacionada con el desarrollo del cerebro. Afecta en la forma en la que las personas se relacionan entre sí, en la comunicación, aprendizaje y comportamiento. Aunque se puede detectar a cualquier edad, se le conoce cataloga como un trastorno en el desarrollo porque generalmente los síntomas aparecen en los dos primeros años de vida. Aproximadamente uno de cada cien niños tienen autismo. El término espectro, en el trastorno del espectro autista, se refiere a un amplio abanico de síntomas y gravedad. Es muy difícil diagnosticar esta enfermedad porque no existe una prueba médica que lo confirme. Los especialistas evalúan el desarrollo del niño y su conducta para el diagnóstico. El coeficiente intelectual varía de un caso a otro y va desde un nivel intelectual bajo

a muy alto. Es muy importante detectarlo a una edad temprana para que puedan acceder cuanto antes, a apoyos y servicios especializados que le ayuden durante su desarrollo. Las capacidades y las necesidades de las personas varían y pueden evolucionar con el tiempo. Algunas pueden vivir de una manera independiente y, sin embargo, otras requieren constante atención y apoyo de por vida.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer a la sociedad esta patología y sus características para que se comprenda el comportamiento de quién lo padece.

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación científica, 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 trastorno del espectro autista, comienza en los primeros años de vida, y a la larga, provoca problemas para desenvolverse en la sociedad, en la escuela o en el trabajo. Según diversos estudios, los niños se desarrollan de una forma aparentemente normal y luego pasan por un periodo de retroceso entre los 18 y 24 meses de edad. Algunos progenitores se percatan de ciertos comportamientos inusuales. A los 12 meses, un niño con desarrollo normal, gira su cabeza cuando le llaman por su nombre, mientras que un niño con TEA, lo más seguro es que no lo haga. A los 18 meses, los niños tienen dificultades en el habla, pero lo compensan con gestos o expresiones faciales, los niños con TEA, no suelen gesticular. Entre los 18 y los 24 meses, el pediatra, realiza la revisión correspondiente, y además, presta especial atención a su gesticulación, su manera de llorar, como señala a objetos o personas, como agita las manos etc. de esta manera, pretenden diagnosticar un caso de TEA a una temprana edad. Para que la prueba de detección sea eficaz, se realiza a todos los niños, independientemente de que se tenga o no sospecha. Es

importante saber que las pruebas que se utilizan para la detección, no un diagnóstico. Es decir, que un niño tenga un resultado positivo durante su evaluación, no quiere decir que vaya a ser diagnosticados de espectro. Durante muchos años, se diagnosticaba el autismo, englobando diferentes enfermedades, como son: el Síndrome de Asperger, Síndrome de Reto, Trastorno disociativo de la infancia o el Trastorno Autista. Hasta que en el año 2013, se publicó un manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, donde pautan los criterios necesarios para realizar el diagnóstico.
No es cierto que las personas con esta patología, carezcan de emociones y empatía. Lo que sucede, es que tienen dificultades para expresaros.

5 Discusión-Conclusión

El autismo es una enfermedad neurológica, de origen desconocido, que muestra sus primeros signos entre los 18 y los 24 meses de edad. Principalmente, afecta al comportamiento y a la expresividad de sus sentimientos o emociones. Como consecuencia, tienen dificultades a la hora de relacionarse con otras personas porque tienen limitaciones para entender la conducta y las emociones de otras personas. Cada persona puede manifestar de forma distinta el autismo. Por eso, hay diferentes grados. En el nivel 1 necesitan ayuda, nivel 2 necesitan ayuda notable y nivel 3 necesitan ayuda muy notable. La dificultad que tienen a la hora de integrarse en la sociedad.

6 Bibliografía

https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/autismo
https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders
https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001526.htm
https://www.fundacioires.org/autisme-un-mon-per-descubrir/?gclid=EAIaIQobChMI0v3Y2rzM-wIVDsgYCh0uZAbSEAAYAiAAEgIQq_D_BwE

Capítulo 67

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL DEBER DE CONFIDENCIALIDAD

ELIA GARCÍA GALAN

ERNESTO JONATHAN GARCÍA QUINTANILLA

1 Introducción

En el desempeño cotidiano de nuestra labor asistencial, los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería estamos en estrecho contacto con los pacientes a los que atendemos, también con sus familias y el resto de profesionales del servicio, estas circunstancias de proximidad personal pueden difuminar los límites del derecho a la intimidad y confidencialidad del paciente y por consiguiente del recíproco deber de guardar el secreto profesional.

Puede ocurrir que, en un intento de mostrar interés por nuestros pacientes, formulemos preguntas inadecuadas o demos por hecho que poseen información que no estamos autorizados a revelar, aunque solamente se refiera a las visitas que recibe o los tratamientos que está obteniendo, suponiendo que esta información es abiertamente conocida y no menoscaba los derechos anteriormente citados.

Lo cierto es que el deber de confidencialidad y el secreto profesional ha sido minusvalorado y vulnerado con cierta normalidad, justificándose por el desconocimiento de quienes deben salvaguardarlo. Comentar según qué información con otros profesionales puede parecer inofensivo. Incluso, los mismos profesionales reconocen que si fueran ellos los pacientes, su información sería compartida por sus compañeros.

Afortunadamente, en las últimas décadas, las leyes comunitarias, estatales y autonómicas que regulan el derecho a la intimidad, a la información, a la confidencialidad y a la protección de datos de carácter personal, inciden con vehemencia en la obligatoriedad, bajo fuertes sanciones económicas, profesionales e incluso penales (Código Penal, arts. 197-201), de garantizar estos derechos.

El derecho a la confidencialidad de la información sanitaria queda recogido 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. "Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley" (art. 7.1).

2 Objetivos

- Delimitar qué se considera información confidencial.

- Explicar qué es el derecho a la intimidad, el secreto profesional y cómo compromete al TCAE

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 han consultado publicaciones en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Será información confidencial toda aquella relativa a los datos de salud, que gozará de un nivel especial de protección según el RGPD, (Reglamento General de protección de datos) Se incluyen: los datos relativos al estado de salud física o mental presente, pasado o futuro de una persona, los datos que permitan identificarla de forma unívoca a efectos sanitarios, datos sobre pruebas o exámenes, sobre la prestación de servicios de atención sanitaria que releven su estado de salud, los que se refieran a una enfermedad, al riesgo de padecerla o a una discapacidad.

El secreto profesional queda reconocido sucintamente en el art. 10 de la Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad, cuando cita entre los derechos básicos del ciudadano:
El derecho a la confidencialidad de toda información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público".
Es, por tanto, una obligación legal que consiste en no desvelar aquella información relacionada con el paciente, su estado de salud y su intimidad que haya conocido con motivo del ejercicio de su profesión o por confidencia del paciente o terceras personas.

El secreto profesional puede ser revelado por conversaciones informales, cuando se divulga a terceras personas y también por negligencia o descuido en la exposición de documentación clínica. A este respecto es necesario adoptar una serie de medidas de seguridad en el tratamiento de los datos de naturaleza digital, como son:
El acceso a estos datos se otorgará en diferentes niveles, según la necesidad de información del profesional que le trate, así, en el caso del TCAE, podrá tener acceso al registro de cuidados y no al de la historia clínica al completo o al de la historia social, por ejemplo.
No deben compartirse nombres de usuario ni contraseñas, de igual modo, si encontráramos una sesión abierta, procederemos a cerrarla e iniciar nueva sesión con nuestro usuario y contraseña. Al abandonar la aplicación, cerraremos nuestra sesión.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que los profesionales sanitarios, entre ellos el TCAE, sea conocedor de las obligaciones con respecto a la confidencialidad y el secreto profesional que le comprometen de manera ética y profesional y que no finalizan con la vida del sujeto, sino que se extienden más allá de su fallecimiento para proteger su honor e intimidad.

La disponibilidad de formación específica en este ámbito es cada vez más visible para todos los colectivos que trabajan en entornos sanitarios, ya sean profesiones sanitarias en sí como relacionadas con los servicios y prestaciones, por ejemplo: celadores, personal administrativo, de transporte sanitario, etc. Ello contribuye a que el respeto a estos principios fundamentales sea normalizado e integrado desde el primer día del ejercicio profesional.

6 Bibliografía

1. El derecho a la intimidad en el ámbito sanitario - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)

2. Todo lo que necesitas saber para cumplir la RGPD en el sector salud (ambitbst.com)

3. Secreto Profesional en España: concepto, regulación y tipos (conceptosjuridicos.com)

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. Jefatura del Estado «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002 Referencia: BOE-A-2002-2218

5. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Jefatura del Estado «BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986 Referencia: BOE-A-1986-10499

6. REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE

Capítulo 68

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA FRENTE A LA ARTIFICIAL

ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ

ANDREA GONZALEZ TATO

MARTA ESCALADA PERTIERRA

PATRICIA CABELLO IGLESIAS

1 Introducción

Definimos lactancia materna como la forma ideal para facilitar el crecimiento y desarrollo correcto de los niños y de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan los bebes recién nacidos, para un crecimiento y desarrollo adecuados. La lactancia materna es el alimento que más nutrientes aporta al recién nacido , en la leche materna se encuentran todas las sustancias nutritivas que cubren sus necesidades de desarrollo y crecimiento. Además de proporcionar la hidratación necesaria, 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 enfermedades infecciosas como el Covid -19. Contiene las sustancias indispensables de nutrientes , vitaminas las proteínas digestivas , minerales y las hormonas del crecimiento en las proporciones y equilibrio justo para el recién nacido. La leche materna es una fuente de anticuerpos que las madres aportan a los recién nacidos atreves de la leche.

La OMS recomienda las primeras leches maternas o calostros como la alimentación ideal para los recién nacidos y debe comenzar a administrarse desde las primeras horas de vida del bebe. Las recomendaciones son que la lactancia materna se produzca durante como mínimo los 6 primeros de vida del recién nacido y pasado este tiempo ya se empieza aplicar suplemento alimentario.

2 Objetivos

Dar a conocer los beneficios de la leche materna frente a la leche artificial.

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 incluido los artículos que hablan de la lactancia materna y ventajas e inconvenientes frente a la artificial. Se excluyen los artículos que hablan de exclusivamente de solo una lactancia.

4 Resultados

Los resultados que se pueden extraer de la revisión de los estudios nos indican que tanto a nivel físico , ya se trate de infecciones reparatorias, gastrointestinales o desarrollo del bebé, como a nivel psicológico, como puede ser el apego , los recién nacidos que toman leche materna experimentan un alto porcentaje de beneficios frente a los que alimentan de leche artificial.
La lactancia materna proporciona todos los nutrientes, vitaminas y minerales que el bebe necesita y es por esto que los profesionales sanitarios deben reforzar y a ayudar a las madres en el aprendizaje para el aprendizaje de la lactancia, que tendré consecuencias positivas para toda la vida . Debemos terne conciencia de que amamantar es más que un acto físico , es regalar vida y salud a lo más queremos y nos preocupa.
Se recomienda una lactancia materna exclusiva entre cuatro y seis meses lo que lleva asociado un factor biológico favorable para el desarrollo del bebe y del buen nivel de desarrollo de la madre. Los conocimientos sobre la lactancia que la madre desempeñe o le sean inculcados , son la prevalencia de una lactancia exitosa, evidencia que existe poco conocimiento sobre la misma.

La lactancia materna beneficia también a la madre, no solo a los bebés, ya que les ayuda en un corto plazo a recuperar su forma física , disminuye el riesgo a depresión postparto y disminuye el riesgo de hemorragia. Mientras que a largo plaza disminuye el desarrollo de cáncer de mama la diabetes tipo II y la hipertensión.
La lactancia materna aporta los nutrientes y la hidratación que los bebes necesitan , aporta beneficios emocionales y psicológicos tanto al bebé como a la madre y ayuda a las familias a evitar gastos adicionales en leches de fórmula , biberones …, proporciona mejor salud al bebe y crean un vínculo mucho mayor .

5 Discusión-Conclusión

Son incontables los beneficios de la lactancia materna , no solo para los bebés sino también para la madre. La lactancia materna es muy importante para el desarrollo del bebé. La duración de la lactancia materna se encuentra por debajo de lo que recomienda nuestro sistema nacional de salud, identificándose protector de la misma y de que lleve a cabo durante el mayor período de tiempo posible .
La OMS recomienda que los recién nacidos deben alimentarse con leche materna astas los siete meses de vida .)
La Lactancia Materna aporta no solo beneficios para la madre y el lactante , promoviendo en frecuente y estrecho contacto físico y si no un vínculo afectivo y un ahorro en la economía por el alto gasto de los productos.

6 Bibliografía

A.Gil Hernández , R. Uauy Dagach , J. Dalmau Serra. (2006). Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. Recuperado el 15 de octubre de 2012 de http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/37/37v65n05a13094263pdf001.pdf
Alimentación complementaria del lactante. Departamento de nutrición y dietética. Recuperado el 1 de Noviembre de 2012 de http://www.hptu.org.co/hptu/images/stories/alimentacion%20complementaria%20del%20lactante.pdf

Capítulo 69

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES ANTE LOS INHALADORES EN PACIENTES CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA

MARÍA DEL PILAR REYES VACAS

ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ

LAURA MORAGA MARTÍNEZ

MARÍA JOSÉ

ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ

1 Introducción

Las patologías respiratorias son las que en la actualidad debido a la contaminación atmosférica lo que más está aumentando.
Dentro de las patologías respiratorias podemos encontrar desde enfermedades muy leves a enfermedades graves, irreversibles y obstructivas.
Algunas son:
- Disnea: sensación de falta de respiración o aire.

- Asma: el asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos y que cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): la EPOC es irreversible. En esta enfermedad se intenta paliar o disminuir la sintomatología con tratamientos, pero no se va a llegar a curar nunca.
- Enfisema: en el enfisema, las paredes internas de los sacos de aire de los pulmones (alvéolos) se dañan, lo que hace que eventualmente se rompan. Esto crea un espacio de aire más grande en lugar de pequeños sacos y reduce la superficie de las zonas disponibles para el intercambio de los gases.

Todas estas patologías suelen tener en común algunos síntomas salvo que unas son más graves que otras en general.

2 Objetivos

Describir los pasos para la educación sanitaria por el TCAE para el manejo de los inhaladores del paciente con patología respiratoria.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se ha utilizado esta búsqueda en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre el conocimiento de los inhaladores ante un paciente con asma.

Palabras clave: cuidados, alergia, rinitis y crisis.

4 Resultados

En nuestro trabajo de la revisión bibliográfica se han integrado o se han incluido artículos y textos del tema que nos incumbe en el que nos destaca que importancia tiene el buen uso o conocimiento de los inhaladores.

El TCAE conocerá y estará actualizada en todo tipo de inhaladores y de patologías respiratorias, no hace falta que conozca todo el tratamiento salvo que sea algo

contradictorio con el inhalador o la forma o momento en que se deba administrar en cada paciente.
La educación sanitaria que puede ofrecer el TCAE en este tipo de pacientes es a que conozcan que contiene en el interior, este fármaco. Si lleva un fármaco en forma de polvo para los pulmones. Es una forma rápida de actuar a nivel respiratorio por su pronta acción. Los dispositivos son de polvo seco, dosis controlada.
Es importante dar instrucciones claras de la utilización que lo cojan que lo manejen que realicen pruebas con él. Apartar al paciente a una sala tranquila en la que se pueda sentar y comenzar con el dispositivo, se introducirá la boquilla del inhalador y se apretara con los labios o en caso de poder ser dificultosa la acción del paciente se realizará por cámaras las cuales evitan que se desperdicie la medicación. El paciente debe de inspirar hacia adentro en el momento de pulsar el inhalador para que la medicación entre al cuerpo. Hay que tener cuidado con la medicación, pues en muchas ocasiones si hay exceso de inhalaciones provoca nerviosismo, temblor.
En el momento que el paciente maneje correctamente los inhaladores se considerará autónomo en la administración de su medicación y no tendrá que ir con regularidad al centro de salud.

5 Discusión-Conclusión

Es importante, como se ha comentado, el buen uso de la medicación y el manejo correcto, por ello las instrucciones o educación sanitaria que puede ofrecer el TCAE será beneficioso para el paciente con patologías respiratorias y que desconozcan esta utilidad.
Es un tema muy discutido, ya que aparentemente es una actuación delegada de los superiores al TCAE debido a que no va por una vía invasiva ni hace falta tener que canalizar periféricas etc.
Se ha también podido observar que hay que tener paciencia y explicar todos los pasos para que el paciente comprenda con lenguaje claro todo lo que se le va a enseñar.

6 Bibliografía

1. Burgos F. Terapia inhalada sin educación, un fracaso anunciado. Arch Bronconeumol. 2002; 38(7): 297-9.
2. Molina Muñoz Carreira P. Educación sobre el uso de inhaladores en pacientes hospitalizados. Metas de Enfermería dic 2005; 4(10): 16-20.

Capítulo 70

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS CUIDADOS A PACIENTES CON TRACCIONES ESQUÉLETICAS

MARÍA DEL PILAR REYES VACAS

ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ

LAURA MORAGA MARTÍNEZ

MARÍA JOSÉ

ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ

1 Introducción

El paciente que porta una tracción esquelética es que ha llegado a sufrir una caída, un accidente lo que supone que debe inmovilizar la zona anatómica que está lesionada.
La tracción esquelética corresponde a un método transitorio de tratamiento de las fracturas, especialmente diafisarias de los huesos largos (generalmente del miembro inferior). El objetivo es lograr la tracción axial (en el eje) de la extremidad, para de esta forma lograr un alineamiento de la fractura.
Esto conlleva a una disminución del dolor y del daño de partes blandas alrededor del foco de fractura.

Se denomina tracción a la fuerza constante aplicada sobre una parte del cuerpo, cuyo objetivo es alinear y mantener el hueso fracturado. Se desarrollan los principios de la tracción, los objetivos, los tipos de tracción y los cuidados de los profesionales de sanidad, en cada una de ellas.
Podemos decir que la tracción suele ser utilizada en la reducción cerrada de las fracturas. Su objetivo es recuperar la longitud y alineación normal del hueso ejerciendo fuerza en dos direcciones contrarias. Debe ser lenta y sostenida. Aplicar fuerza con la mano sobre una parte del cuerpo. Aunque también existe la tracción cutánea indicada para actuar y aliviar el espasmo muscular.

2 Objetivos

Describir los cuidados básicos que el TCAE va a tener que administrar a pacientes con una tracción esquelética inmovilizados en general.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda y revisión bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Scielo, Cochrane en las que se buscan artículos que nos indican que tipo de cuidados son los que se le deben administrar al paciente con una tracción esquelética. Palabras clave: cuidados, formación, tracción y fractura.

4 Resultados

- En nuestro trabajo que ha llegado a ser una revisión bibliográfica, nos ha ayudado a explicar mediante artículos y textos de estos, cuáles son los cuidados básicos que debe realizar el TCAE ante un paciente con una tracción esquelética.
- En un primer momento el TCAE deberá conocer el funcionamiento de la tracción y como hay que movilizar a la paciente.
- El TCAE ayudara al paciente en la función de aseo, ya que con la tracción esquelética está limitado e hidratara para evitar úlceras por presión, o heridas por estar tan limitados. Tras esto se tendrá que mantener la posición en semi-fowler al paciente con tracción.
- El TCAE es el profesional sanitario encargado de valorar las características de las partes distales a la tracción para detectar dificultades circulatorias, controlando pulsos periféricos, coloración de la piel, temperatura de la zona y dolor. Y comprobar que está correctamente colocada en la zona destinada para la tracción

esquelética.
- Otro aspecto a tener en cuenta es la de Observar el estado del vendaje, comprobando que no presente arrugas ni deslizamientos. En caso de que observe alguna arruga avisara al diplomado universitario en enfermería para que pueda solventar esta situación.
- Generalmente este tipo de tracciones son en miembros inferiores con lo que se ayudara al paciente en los desplazamientos ayudado por una silla adaptada a la tracción.
- El TCAE comentara algunos posibles síntomas al paciente para que si llegara a aparecer nos informe inmediatamente, como entumecimiento, adormecimiento, pues puede que esté realizando alguna oclusión a nivel circulatorio, con lo que puede agravar la situación de este paciente.
- El paciente puede llegar a un estado emocional de depresión, tristeza etc., pues en otras ocasiones era autónomo y ahora depende de otras personas.

5 Discusión-Conclusión

Es un tema en el que el TCAE lleva mucha responsabilidad, ya que una mala movilización o ayuda puede suponer un riesgo para la recuperación o curación de este paciente.
El TCAE como se ha podido observar debe ser consciente de que debe conocer y familiarizarse con la tracción esquelética, en caso de no conocerla deberá pedir ayuda para la movilización del paciente, aseo etc.
Se ha podido comprobar que el cuidado de estos pacientes es algo muy importante a nivel asistencial y cuidados básicos con lo cual hay que cuidar cada detalle que se realice con este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

1. Llauradó Sanz, Gemma; Sierra Vázquez, Laura; Canel Ruíz, Elisabet. Cuidados de Enfermería en la colocación y mantenimiento de tracciones de partes blandas. Ene, 2014, vol. 8, no 3.
2. Serradell Muñoz, Silvia. Plan de cuidados de un paciente con fractura de cadera. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 2012, vol. 4, no 1.

Capítulo 71

BIENESTAR Y SALUD MENTAL EN LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) COMO PROFESIONALES DE LA SANIDAD

MARÍA DEL PILAR REYES VACAS

ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ

LAURA MORAGA MARTÍNEZ

MARÍA JOSÉ

ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ

1 Introducción

En la actualidad el nivel de salud mental a nivel de la sanidad es malo, ya que los profesionales de la salud tienen mucha carga emocional y carga de trabajo excesivo.

Generalmente el bienestar suele estar afectado en profesionales de la salud que están al cuidado de los pacientes, en ocasiones las emociones contenidas, la empatía con estos genera un círculo vicioso y no salen salir de él.

El bienestar psicológico se describe como el hecho de sentirse realizado y satisfecho con la vida desde un estado de salud emocional, física y psicológica. Podemos llegar a definir bienestar como la medida en que un individuo está satisfecho con

su vida, y al mismo tiempo experimenta una preponderancia de la afectividad positiva (como felicidad) y posee una mente y un cuerpo sanos. Así, el bienestar psicológico es un indicador relevante en la salud mental. Su evaluación tiene un importante uso práctico para diagnosticar y prevenir problemas de salud mental. Todo esto conlleva una serie de cambios en el sistema de trabajo con los pacientes, incluso con los compañeros.
Nuestro trabajo es la base de como se llega a entender el bienestar psicológico y la salud mental de todos los profesionales de la sanidad, independientemente de que categoría pertenezcan.

2 Objetivos

Conocer qué tipo de prevención puede llegar a realizar el profesional de la salud para el buen mantenimiento de la salud mental y el bienestar psicológico.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Scielo, Cochrane en las que se buscan artículos que nos indican que tipo de prevención se puede realizar a la hora de poder estar con un bienestar físico y mental.
Palabras clave: bienestar, cuidados, cargas, emocional y mental.

4 Resultados

- En nuestro trabajo hemos podido incluir artículos los cuales nos han hecho entender que tras la pandemia y tras toda la carga de trabajo que lleva a cuestas el profesional de la sanidad, va o puede llegar a generar un bienestar y una salud mental comprometida.
- El técnico de cuidados auxiliares de enfermeria puede llegar a comentar (de manera personal) que ante este trabajo en el que va a valorar el bienestar psicológico o mental, la inteligencia emocional y el bienestar psicológico podrían ser considerados entonces como factores protectores ante el estrés laboral.

El instrumento utilizado para evaluar la inteligencia emocional fue el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), el cual contiene tres dimensiones clave de la inteligencia emocional: percepción emocional, comprensión emocional y regulación emocional (denominadas en lo adelante subescalas o dimensiones), cada una con ítems.

- En cuanto a este tipo de escalas nos van a dar un resultado el cual nos indica el nivel de estrés en torno a la salud mental puede padecer un profesional de la sanidad.
- También como resultado a este trabajo nos podemos encontrar, desarrolla sus competencias con el objetivo de ofrecer cuidados profesionales para la atención de la salud tanto a nivel individual como de la comunidad.
- Los profesionales sanitarios que desarrollan sus intervenciones en el ámbito asistencial se someten a un continuo contacto humano en su práctica diaria, empatizan y comparten diferentes emociones con los pacientes y sus familiares, acompañan en el proceso de salud y enfermedad y ofrecen cuidados humanizados. Estas situaciones pueden desgastar la salud mental del profesional y generar estrés.
- Cuál podría ser la solución no involucrarse con los pacientes aunque si empatizar con ellos y un buen cuidado de estos.

5 Discusión-Conclusión

En nuestro trabajo hemos documentado que incluso con instrumentos a nivel de escalas, encuestas podemos detectar que la salud mental y el bienestar psicológico de muchos de los profesionales sanitarios está afectado por la excesiva carga de trabajo, estrés etc.
Es un tema muy actual y que debería ser tratado en todos los centros, hospitales de la sanidad tanto pública como privada.
El profesional de sanidad tarda en pedir ayuda ante este nivel de estrés o agobio, pues cree que va a poder con ello, pero lo que está generando es un acúmulo que llega a explotar y agrava la situación de este.

6 Bibliografía

1. Moreno-Casbas, M. T., Alonso-Poncelas, E., Gómez-García, T., MartínezMadrid, M. J., & Escobar-Aguilar, G. (2018). Percepción sobre la calidad de los cuidados, entorno laboral y características del sueño de las enfermeras que trabajan en el Sistema Nacional de Salud. Enfermeria Clínica, 28(4), 230–239.
2. Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., BartoloméGutiérrez, R.,García-Campayo, J., & Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale

Capítulo 72

LA IMPORTANCIA DE UNA VIDA SALUDABLE PARA UN SISTEMA CARDIOVASCULAR SANO Y CON BUEN FUNCIONAMIENTO

PATRICIA CABELLO IGLESIAS

ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ

ANDREA GONZALEZ TATO

MARTA ESCALADA PERTIERRA

1 Introducción

El corazón, la sangre y los vasos sanguíneos forman en el ser humano el sistema cardiovascular y es uno de los motores de nuestro cuerpo. Entre sus funciones, las más importantes son las de llevar el oxígeno y los nutrientes necesarios a las diferentes partes del cuerpo humano y eliminar todo aquello que el organismo no necesita. El corazón, la sangre y los vasos sanguíneos forman un equipo perfecto, donde el corazón es el encargado de mantener la sangre en constante movimiento dentro de los vasos sanguíneos, la sangre es el medio por el que los nutrientes, el oxígeno y los productos de desecho son transportados y los vasos sanguíneos son tuberías distribuidas por todo el cuerpo humano y por donde la sangre es desplazada. Para que el sistema cardiovascular cumpla su función, necesita estar en unas condiciones óptimas y es ahí donde entra nuestra capacidad para llevar

una vida lo más saludable posible. El tipo o estilo de vida que lleve una persona a lo largo de su existencia puede ser un factor determinante a la hora de padecer o no una enfermedad en su sistema cardiovascular, aunque no siempre una buena prevención es significado de ausencia de enfermedad. También el estilo de vida en caso de padecer una enfermedad en el sistema cardiovascular puede ayudar a aliviar sus síntomas.

2 Objetivos

- Explicar brevemente el funcionamiento del sistema cardiovascular
- Exponer una serie de medidas de prevención que ayudan al buen funcionamiento de este sistema.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se realiza una investigación que consiste en la revisión bibliográfica de literatura existente, así como una búsqueda sistemática de libros y artículos en las principales bases de datos: MEDES, SCOPUSY SCIELO, seleccionando únicamente los de los últimos siete años. Se utiliza para la búsqueda palabras clave como insuficiencia cardiaca, corazón y sistema circulatorio.

4 Resultados

El sistema cardiovascular es un sistema cerrado, realiza constantemente la misma función y responde a las necesidades del organismo. El corazón es un músculo, mantiene la sangre en movimiento con cada latido. Está dividido en dos partes, el lado derecho recibe la sangre pobre en oxígeno y es transportada hacia los pulmones para que se oxigene, el lado izquierdo recibe la sangre rica en oxigeno y la transporta hacia el organismo. Dependiendo de las necesidades del organismo el corazón puede latir más o menos rápido para cubrir la demanda. La sangre es líquida, a través de ella e impulsada por el corazón los nutrientes pasan a los tejidos y de los tejidos pasan a la sangre los productos de desecho. Es un constante intercambio. Los vasos sanguíneos están formados por las arterias, las venas y los capilares, y son tuberías de diferentes tamaños por donde la sangre se desplaza sin poder salir. Las arterias llevan lo que el organismo necesita, oxígeno y nutrientes, las venas transportan lo que desechamos y a través de los capilares

se realiza ese intercambio en los tejidos del cuerpo humano. Una de las principales causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, son muchos los factores que influyen, algunos son imposibles de cambiar (edad, antecedentes familiares…) pero hay muchos otros que podemos cambiar o modificar siguiendo una serie de pautas o recomendaciones. Entre ellas podemos encontrar:

- Una alimentación sana y variada. Lo que comemos aporta nutrientes al organismo y debemos asegurarnos de que estos son los más indicados para un correcto funcionamiento de nuestro sistema.
- Mantener el cuerpo en movimiento. Realizar algún tipo de ejercicio mantiene el organismo activo. Son muchas las actividades que se pueden realizar y que se pueden adaptar a la situación personal de cada individuo.
- No fumar, ni beber alcohol.
- Respetar las horas de sueño. Dormir bien es tan importante como mantenerse activo.
- Mantener un peso saludable. La alimentación y el ejercicio puede ayudar a controlarlo.

5 Discusión-Conclusión

Aunque no siempre, nuestra forma de vivir puede determinar el buen o mal funcionamiento de nuestro sistema cardiovascular. El sistema cardiovascular funciona en armonía, cada una de sus partes realiza una tarea y todas juntas cumplen una función, el transporte. Esa función puede verse interrumpida por un mal funcionamiento a veces a consecuencia de factores propios de la persona y otras veces por factores que nosotros mismos provocamos. Prevenir estos últimos es muy importante y es algo que podemos hacer siguiendo unas pautas o recomendaciones. La buena alimentación, evitar hábitos tóxicos, hacer ejercicio y respetar las horas de sueño son factores que dependen de la persona y que ayudan al buen funcionamiento del sistema cardiovascular e incluso ayudan a aliviar los síntomas en caso de padecer alguna de sus patologías.

6 Bibliografía

1- https://www.bupasalud.com/salud/sistema-cardiovascular
2- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007459.htm
3- https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/vida-cardiosaludable

Capítulo 73

INFECCIÓN DEL SURCO UNGUEAL DE LOS DEDOS, LA PARONIQUIA: QUÉ ES, CAUSAS, SÍNTOMAS, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

PATRICIA CABELLO IGLESIAS

ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ

ANDREA GONZALEZ TATO

MARTA ESCALADA PERTIERRA

1 Introducción

El sistema tegumentario comprenden la piel y las faneras (uñas y pelo). La piel es el órgano mas grande del cuerpo. Tiene muchas funciones diferentes, pero una de ellas es la de impedir que las bacterias penetren en el organismo, por lo que es una barrera de protección frente el medio externo, aunque en muchas ocasiones por roturas de la piel, cortes o heridas puede aparecer una infección. La paroniquia también llamado uñero o panadiza, aparece cuando hay una infección en la piel que rodea a las uñas de los dedos. Estas infecciones pueden ser por bacterias o por hongos. Es una de las infecciones más frecuentes de las manos y puede ser diagnosticada con un simple examen de la piel. Si la infección es por bacterias esta, suele aparecer de manera súbita, si por el contrario es causada por un hongo la aparición de síntomas suele ser más lenta. La zona afectada se

puede hinchar, enrojecer y doler y puede aparecer un absceso. En la mayoría de los casos no son graves y pueden ser tratadas en casa, pero en otros casos la infección puede avanzar hacia zonas más profundas y necesitar una atención médica. Es conveniente mantener una buena salud de las uñas para prevenir este tipo de infecciones.

2 Objetivos

- Explicar que es la paroniquia.
- Exponer las principales causas y síntomas.
- Conocer cuáles son los tratamientos y los medios para su prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se buscan palabras clave como uña, piel, paroniquia. También se lleva a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente sobre el tema y se hace una búsqueda sistemática de libros y artículos en las principales bases de datos: PUBMED, MEDLINE y SCIELO, seleccionando aquellos artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas en los últimos siete años.

4 Resultados

La piel y las faneras compuestas por las uñas y el pelo forman parte del sistema tegumentario del cuerpo humano. Actúa como una barrera de protección entre el medio externo y el interno y tiene múltiples funciones para mantener un correcto funcionamiento del organismo. Las uñas están hechas de queratina al igual que el pelo y las capas superiores de la piel. Protegen las puntas de los dedos aunque no son necesarias para sobrevivir y pueden ser un indicador de la salud de una persona.
Una de las enfermedades más frecuentes de las manos es la paroniquia, que es una infección de la piel que hay alrededor de la uña y ocurre cuando una bacteria, hongo o virus penetra en dicha lesión. Pueden sufrirla tanto adultos como niños, Hay dos tipos de paroniquia, la aguda, que aparece de repente y no suele durar mucho y, la crónica, que dura más tiempo La paroniquia suele comenzar con dolor hinchazón y enrojecimiento alrededor de la base o los lados de la uña. En la paroniquia aguda puede aparecer un absceso, que es una bolsa llena de pus y en

ocasiones es necesario drenar y en la paroniquia crónica puede ser que la cutícula se rompa y la uña se separe de la piel. La piel de esta zona suele lastimarse por morder o arrancar un padrastro o por recortar o retraer la cutícula entre otros. Entre los factores de riesgo están la diabetes, trabajos que requieren exposiciones frecuentes a solventes químicos o agua, o morderse las uñas habitualmente.
Para diagnosticar la paroniquia generalmente no es necesario realizar pruebas especiales, puede hacerse con un simple examen físico de la zona, ya que las lesiones suelen estar a la vista.
Dependiendo de la gravedad de la infección se utilizará un tratamiento u otro. Para ayudar a reducir el dolor y la hinchazón de la paroniquia aguda puede sumergirse la uña infectada en agua tibia tres o cuatro veces al día. En unos cuantos días debería sanar. Si por el contrario la infección persiste, es muy dolorosa, aumenta la zona de la lesión o aparece un absceso es posible que se deba consultar a un médico que valorará si es necesario usar medicación y cuál es la más conveniente y si es necesario drenar el pus de la zona. El tratamiento para la paroniquia crónica será valorado por el médico, pero su recuperación es un poco más lenta y es necesario ser constante con él.
Para prevenir la paroniquia es recomendable cuidar las uñas y la piel cercana a ellas, no morderlas y protegerlas de detergentes y químicos. Usar los propios utensilios para su arreglo y dejar las cutículas, ya que son necesarias para sellar el espacio entre la uña y la piel.

5 Discusión-Conclusión

La paroniquia es una lesión que afecta a la piel que rodea la uña. Suele responder bien al tratamiento y no conlleva grandes complicaciones. Las causas de la paroniquia son básicamente un mal trato que las uñas reciben al morderlas o arrancar los padrastros, por una exposición prolongada a agentes químicos o detergentes y mantenerlas húmedas en el tiempo o por retirar o remover la cutícula que actúa como una barrera protectora. Por todo esto la prevención para evitar la paroniquia va dirigida a solventar o minimizar esas causas, las cuales dependen mucho de la voluntad de la persona para hacerlo, ya que morderse las uñas o arrancar los padrastros suele ser un trastorno obsesivo (onicofagia).

6 Bibliografía

- Paroniquia https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/alteraciones-de-las-u%C3%B1as/paroniquia-aguda#::

text=La%20paroniquia%20es%20la%20infecci%C3%B3n,drenaje%20de%20pus%2C%20si%20hubiere.
- https://mejorconsalud.as.com/paroniquia-tratamientos/
- https://kidshealth.org/es/parents/paronychia.html

Capítulo 74

CONOCER LA ENFERMEDAD DE ARTROSIS

MATILDE PADILLA BERROCAL

CRISTINA GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

La artrosis es una enfermedad que se caracteriza por el desgaste de las superficies cartilaginosas de una o más articulaciones del organismo.
En la artrosis, es la articulación misma la que se altera y con el tiempo, todos los elementos que la rodean se verán comprometidos.
Las alteraciones producidas por artrosis ocurren en varias fases consecutivas:
Lo primero que se produce es una alteración del cartílago articular. Se hincha y se hace más blanda perdiendo su elasticidad.
Poco a poco la superficie se erosiona y con el tiempo el cartílago se desgasta y puede llegar a desaparecer, dejando que los extremos de los huesos contacten directamente.
La membrana sinovial se engrosa y produce un líquido menos viscoso y mas abundante que lubrica menos. También intenta eliminar los fragmentos de cartílago que se han soltado y que flotan libres en la cavidad articular.
Estos fragmentos originan una inflamación de la membrana y se acelera la destrucción de cartílago.
Los primeros cambios se producen sin que el paciente note ningún síntoma, ya que el cartílago no tiene capacidad para producir demasiado dolor.
En la fase inicial el cartílago todavía puede recuperarse y la enfermedad es potencialmente reversible.

Cuando el cartílago desaparece totalmente la enfermedad es muy severa y el proceso ya es irreversible.

2 Objetivos

Estudiar la enfermedad de artrosis y los posibles tratamientos a realizar por parte del 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 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

En la enfermedad de artrosis es importante conocer las características y pasos de la enfermedad y las señales que esta nos puede enviar con el objetivo de usar el tratamiento más adecuado a cada tipo de paciente.
Los principales síntomas son: inestabilidad de la marcha, inflamación local, dificultad para apoyar la extremidad afectada y limitación en la flexión y la extensión de la rodilla comprometida por la enfermedad artrósica.
Los principales enfoques que haremos hacia los logros del tratamiento es preservar la funcionalidad articular.
En cuanto al tratamiento conservador optaremos por aceptar ciertas limitaciones en nuestro estilo de vida a nivel de la actividad articular.
También es recomendable completar o combinar el tratamiento conservador con sesiones de fitoterapia para ganar resistencia, fuerza y coordinación. Así como el paciente debe ser consciente de las posturas que mantiene en su día a día y de mantener una higiene postural correcta.
El uso de antiinflamatorios pueden ser aconsejables en momentos puntuales de la enfermedad y siempre bajo la prescripción facultativa, ya que hay que recordar que los AINE (grupo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos) tienen una gran utilidad para combatir los dolores por sus poderes antiinflamatorios y

analgésicos, pero prolongados en el tiempo pueden acarrear grandes problemas de salud.
Estudios actuales evidencian que la fuente de proteínas, calcio y fósforo obtenidas por los suplementos de cartílago de tiburón pueden ser beneficiosos para algunos pacientes, ya que este suplemento tiene un papel crucial en los ligamentos, tendones y articulaciones.
Este medicamento no tiene efectos perjudiciales.
Hoy en día entra en la clasificación de la medicina natural, son de venta libre en el mercado por lo que tienen un fácil alcance al público, su uso puede ser de uso externo, como las pomadas, o de uso oral.

5 Discusión-Conclusión

A raíz de esta revisión teórica podemos concluir que la enfermedad de artrosis a día de hoy es una enfermedad irreversible, pero prestando atención a las señales que nos da esta enfermedad podemos actuar a tiempo para evitar el desgaste total del cartílago y conservar la articulación.
Garantizando así una calidad de vida en el paciente mediante el tratamiento conservador, la rehabilitación fisioterapéutica y los cambios de estilo de vida que nos guíen a evitar el sedentarismo y fortalecer la musculatura.
También discutimos el uso puntual de los AINE, además proponemos la toma de suplementos que pueden ser beneficiosos para la enfermedad y su tratamiento conservador.

6 Bibliografía

Hamerman D. Aging and osteoarthritis: basic mechanisms. J Am Geriatr Soc. 1993;41(7):760-70. DOI: 10.1111/ j.1532-5415.1993.
Eumusc.net. Musculoskeletal Health in Europe 2011 [Internet].
Van der Kraan PM. Osteoarthritis year 2012 in review: bio- logy. Osteoarthritis Cartilage. 2012;20(12):1447-50. DOI: 10.1016/j.joca.2012.07.010.
Hunter DJ. Focusing osteoarthritis management on modifiable risk factors and future therapeutic pros- pects. Ther Adv Musculoskel Dis. 2009;1(1):35-47.

Capítulo 75

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC) POR TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

ANA MARÍA ÁLVAREZ LUEJE

1 Introducción

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC), es una de las cinco enfermedades psiquiátricas más frecuentes y está considerada como una de las veinte patologías más discapacitantes según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las personas que padecen este trastorno, tienen pensamientos y rituales involuntarios, irracionales y repetitivos, que se convierten en obsesiones. Las compulsiones más frecuentes, son: lavar las manos excesivamente, repetir palabras, sumar números de matrículas… Estas obsesiones provocan ansiedad, angustia y miedo en la persona que lo sufren, seguido de comportamientos repetitivos llamados compulsiones. Ambos trastornos interfieren en el día a día y provocan un gran sufrimiento emocional, ya que no pueden controlarlos. Los síntomas de esta alteración, suelen aparecer durante la infancia o la adolescencia. Su evolución suele ser progresiva y se agrava ante situaciones estresantes. Es de origen desconocido, aunque diversas investigaciones apuntan a factores genéticos y familiares, alteraciones cerebrales, acontecimientos estresantes… Algunos estudios demuestran que tener un pariente de primer grado (padre, madre, hermanos o hijos) aumenta las probabilidades de desarrollarlo. Para su diagnóstico, los profesionales recurren a la quinta edición de un manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Estadounidense de Psquiatría. Hay diferentes tipos de TOC, los más comunes son: contaminación, repetición, acumulación, verificación, orden

y fobia de impulso. Por lo general, el tratamiento consiste en terapia cognitiva-conductual y tratamiento farmacológico.

2 Objetivos

Conocer la enfermedad del TOC: origen, características, síntomas y consecuencias, tipos de TOC, repercusión, diagnóstico, tratamiento, terapia y estigma social.

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación científica, 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 trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, imágenes mentales o impulsos que se repiten constantemente. Los enfermos entran en una especie de bucle porque tratan de oponerse a los pensamientos y a los actos compulsivos sin éxito provocándoles una gran ansiedad. Las obsesiones más comunes, incluyen: miedo a ser contaminado por tocar objetos que otros han tocado, sonidos o palabras indeseables, orden excesivo, pensamientos sexuales no deseados, ideas supersticiosas, pensamientos agresivos…Las compulsiones, son comportamientos repetitivos que tienen como objetivo reducir la ansiedad provocada por las obsesiones o tener la creencia que al realizarlas, evitarán que algo malo les suceda. Sin embargo, solo provocan un alivio temporal de la ansiedad. Algunas de ellas, son: lavarse las manos hasta que la piel se vuelve áspera, limpieza excesiva del hogar, comprobar repetidamente que las puertas están cerradas, repetir frases, actividades rutinarias o movimientos del cuerpo…Existen diferentes tipos de TOC: el de contaminación, hace referencia a la obsesión que tiene el enfermo con la limpieza o con la higiene corporal; repetición, hacen o dicen algo de forma repetitiva porque piensan que les va a suceder algo malo si no lo hacen; acumulación,

guardan objetos como por ejemplo, periódicos, tarros, envases…porque creen que pueden necesitarlos más adelante; orden, ordenan de una manera escrupulosa, porque creen que de no ser así, les puede suceder algo malo; fobia de impulso, tienen miedo de hacerse daño a ellos mismo u a otros. No hay una forma de prevención porque se desconoce con exactitud el origen de la causa, pero el diagnóstico temprano y el tratamiento, ayuda a evitar que el trastorno empeore y altere las actividades de la rutina diaria. La terapia cognitiva- conductual, es un tratamiento psicológico, que trata los problemas que una persona padece desde dos puntos de vista interrelacionados entre sí. Por un lado el cognitivo, que sería lo que una persona piensa y por el otro, la conducta que es lo que hace. El objetivo de la terapia, es que los pacientes aprendan a reconocer y a cambiar los modelos cognitivos que producen estas ideas y conductas.

5 Discusión-Conclusión

El TOC, es un trastorno neurológico que se caracteriza por los pensamientos y las obsesiones que tiene el enfermo en su día a día. No debe confundirse con la meticulosidad que tienen algunas personas por el orden. El TOC, repercute gravemente en la calidad de vida del paciente tanto en el entorno social como en el laboral y le provoca fuertes crisis de ansiedad. Es uno de los trastornos mentales más incapacitantes. Los enfermos, también se enfrentan al estigma social.Por ejemplo, a algunas personas, les provoca risa ver como repiten una y otra vez una palabra o una acción, provocando el doble de malestar del enfermo. Esto puede provocar que el enfermo se aísle y caiga en una depresión.

6 Bibliografía

https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/obsessive-compulsive-disorder/symptoms-causes/syc-20354432
https://iocdf.org/es/que-es-el-toc/
https://amadag.com/toc/?gclid=EAIaIQobChMI0JfZjLLW-wIVTrTVCh2rrQxsEAMYASAAEgIEpvD_BwE
https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/tourette/ocd.html

Capítulo 76

LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES

MARTA ESCALADA PERTIERRA

PATRICIA CABELLO IGLESIAS

ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ

ANDREA GONZALEZ TATO

1 Introducción

La esperanza de vida va en aumento y en España tenemos una población envejecida. Esta población, durante mucho tiempo fue la gran olvidada en cuanto a un correcto plan nutricional. Hoy en día tienen dietas adecuadas para favorecer su ámbito fisiológico, psicológico y social.

Una dieta es el conjunto de alimentos que necesitamos ingerir en función de las condiciones y necesidades fisiológicas con respecto a la edad y el trabajo que realizamos.

Para poder mejorar la vida se necesita una dieta saludable y equilibrada, siendo esta la que contiene todos los nutrientes para un buen funcionamiento de nuestro organismo. Tiene que aportar macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y micronutrientes (vitaminas y minerales).

En el paciente mayor las necesidades energéticas se ven disminuidas, debido a los cambios de su metabolismo basal y de su actividad física y al mismo tiempo sus procesos digestivos experimentan cambios.

Una buena elección de los alimentos va a proporcionar una buena nutrición al organismo, ya que no es lo mismo alimentación que nutrición.
Cuando envejecemos es importante proporcionar al cuerpo una buena nutrición y no debe confundirse en ningún momento con las calorías, ya que las calorías aportan energía, pero las que no se utilizan a lo largo del día se almacenan a través de la grasa, por eso es importante consumir las calorías necesarias para el día a día.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de una correcta alimentación en una persona mayor.
- Explicar como una dieta ayuda a un buen funcionamiento del organismo.

3 Metodología

Para poder elaborar este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en diferentes revistas, así como una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: MEDLINE, RANM y PUBMED, y se han seleccionado artículos de los últimos cinco años.

4 Resultados

Una buena alimentación es importante a cualquier edad, esto y muchos otros factores hay que tenerlos en cuenta para elaborar una dieta sana y equilibrada. El envejecimiento lleva consigo unos cambios que obligan a adaptar las necesidades nutricionales. En las personas mayores la capacidad de absorción a nivel intestinal disminuye y se suele reducir la actividad física. Adaptar la dieta a las necesidades de la persona ayuda a mantener una mejor salud tanto física como mental, a prevenir enfermedades y en caso de ya padecer alguna mejorar sus síntomas.
Los nutrientes forman parte de los alimentos, por lo que no se pueden ingerir directamente, pero sí tenemos una amplia variedad de alimentos que el ser humano puede consumir. Los alimentos contiene macronutrientes (grandes) que ocupan la mayor proporción del alimento y son los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas y los micronutrientes (pequeños) que están presentes en pequeñas

cantidades y son las vitaminas y los minerales. La fibra y el agua no suelen considerarse nutrientes por no aportar calorías, pero tienen su importancia en la dieta. Es importante saber que alimentos elegir y cuáles no. Entre las características de la dieta podemos destacar:
- Debe ser lo más completa posible, con alimentos que aporten nutrientes que beneficien al organismo y deben estar repartidos de forma equilibrada.
- Debe ser una dieta adaptada a las características personales de cada uno, edad, economía, estado de salud…
- Tiene que ser lo más variada posible. Frutas, verduras, lácteos, hortalizas, legumbres…
- Que aporte la cantidad de energía para afrontar el día a día.
En cuanto a los alimentos y nutrientes podemos destacar:
- Se debe limitar el consumo de grasas saturadas y trans y consumir mejor las grasas insaturadas. Los ácidos esenciales como el omega 3 o 6 no los fabrica el organismo por lo que solo lo podemos conseguir de los alimentos que ingerimos.
- Es importante aumentar el consumo de frutas, verduras y legumbres, ya que son una fuente rica en vitaminas y minerales.
- Debe aumentarse el consumo lácteo para conseguir calcio y que los niveles de vitamina D estén bien, ya que ayuda a al organismo con su absorción. La vitamina D la aporta la exposición al sol y también algunos alimentos.
- Limitar el consumo de sal, azucares, alimentos precocinados y alcohol.
- Los alimentos con fibra ayudan a prevenir los problemas de estreñimiento
- La ingesta de agua es muy importante para ayudar a evitar el estreñimiento y mantener un correcto funcionamiento del organismo.
Siempre que sea posible, para mantener un buen estado de salud la dieta debe ir acompañada de ejercicio.

5 Discusión-Conclusión

Una buena nutrición es importante independientemente de la edad que se tenga. En el caso de las personas mayores una alimentación adaptada a sus necesidades ayudará a prevenir enfermedades como osteoporosis, diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón… Algo que hay que tener en cuenta en este proceso es que no es lo mismo la alimentación que la nutrición. La alimentación es la ingesta de alimentos y la nutrición es el proceso de digerir los alimentos consumidos para obtener los nutrientes, por eso es de vital importancia hacer una buena elección de los alimentos para conseguir una buena nutrición pero sin demasiadas calorías extra.

6 Bibliografía

1- Nutrición para personas mayores https://medlineplus.gov/spanish/nutritionforolderadults.html
2- http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000100020&script=sci_arttext&tlng=pt
3- https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112003000300001&script=sci_arttext&tlng=pt

Capítulo 77

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

MARTA GARCÍA MARTINEZ

MARÍA MONTSERRAT GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

El Accidente Cerebro Vascular también recibe la abreviatura de ACV. Ocurre cuando no llega sangre al cerebro, esto se debe a que una arteria está obstruida, ocurre una hipoxia, no llega oxígeno al cerebro porque la sangre no llega la cual transporta ese oxígeno necesario.
La arteria puede estar ocluida, bien dentro del cerebro o externamente a él y, también, puede darse el caso que en vez de obstruida esté rota.
En el caso de que la arteria se haya obstruido, este Accidente recibe el nombre de Isquémico. Un coágulo de sangre es el causante de obstruir el vaso sanguíneo, también partículas de grasa en las arterias (aterosclerosis) o simplemente una inflamación en los vasos sanguíneos.
Este tipo de accidente puede darse no solo en el cerebro sino también en un vaso del cuello que lleve sangre al cerebro y se obstruya por cualquier de las causas anteriormente citadas.
Si el ACV afecta a un vaso pequeño, las consecuencias pueden ser de menor medida que si quién se ve afectado es un vaso grande. Si esto sucede, se pueden ver afectadas más zonas del cerebro al afectar a ramificaciones del vaso primario.
Hay otro tipo de ACV, el Hemorrágico. Este es el menos frecuente, pero muy virulento. Sucede cuando un vaso sanguíneo se rompe en el cerebro y la sangre fluye dentro del mismo sin salir al exterior por tanto las células mueren rápidamente por esa supresión de oxígeno en ellas al no regarlas la sangre. Tiene su origen por varias causas…Por un aneurisma en el cerebro, la arteria aumenta su

tamaño en tan gran magnitud que acaba rompiendo ocasionando un ACV o también llamado Derrame Cerebral. También puede ser originado por una maraña de venas y arterias, unidas entre ellas, pero sin capilares, existe una malformación en venas y arterias la cual da lugar a que se interrumpa el riego sanguíneo en cualquier órgano, en este caso en el cerebro. Esta causa es muy rara. La última causa puede ser la rotura en la pared de una arteria, provocando el sangrado dentro del cerebro, esta rotura puede haber sido ocasionada por una presión arterial alta, por una aterosclerosis (grasa en las arterias), por un golpe…

Para los ACV hay un protocolo de Emergencia específico, es importantísimo y fundamental para que los efectos sean menores el tratarlos en las primeras horas del ACV. Cuanto más tiempo pase mayores serán los efectos secundarios y, a veces, irreversibles. El daño cerebral puede ser mayor o menor dependiendo del tiempo en atajarlo y también de la localización afectada del cerebro. Cuanto más tiempo tarde en llegar oxígeno al cerebro mayor cantidad de células morirán y mayor daño habrá hecho en el cerebro.

Nos advierten de que hay varias señales que recibe la persona para informarla que puede estar ocurriendo un ACV.

- Sentir entumecida, sin sensibilidad una parte del cuerpo o de la cara, sentir un fuerte hormigueo.
- Pérdida de la facultad de hablar, se intentan decir palabras, pero no articulamos lenguaje, solo sonidos, sin haber unión de letras, solo se emiten sonidos.
- Puede haber pérdida de visión, de equilibrio, mareos, dolor de cabeza.

No tienen por qué darse todas estas señales juntas, puede ocurrir una, dos o más, pero son las señales de aviso de que algo malo está sucediendo. Sería necesario y conveniente llamar a Urgencias y activar el protocolo ICTUS.

2 Objetivos

- Exponer la manera de actuar, como TCAE, ante un código ICTUS y su ingreso en la Unidad.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha visitado la Unidad de Ictus de un Hospital y posteriormente la planta a la que se les traslada una vez hayan salido de la Unidad. Aquí es donde se puede ver el mayor o menor grado de afectación.

También se ha entrevistado a personas que han tenido relación directa con este tipo de Accidentes.

Se han leído artículos académicos, páginas de internet y anotaciones de Neurólogos.

4 Resultados

Los ACV reciben varios nombres según el origen: Derrames Cerebrales, ICTUS, Accidentes Cerebro Vasculares.
Según cómo suceda pueden ser de dos tipos: Isquémicos, más comunes y Hemorrágicos, más raros y de peor pronóstico.
Hoy en día, en todos los hospitales se cuenta con un Código Ictus, la rapidez a la hora de atajarlo es primordial para lesiones causadas, zonas afectadas, calidad de vida posterior e incluso mortalidad. Hay un mismo trato en la Emergencia como en la de un Infarto de Miocardio, en sí, es un Infarto pero al Cerebro. Cuanto más rápido se actúe ante los signos posibles de un ACV más rápido se encontrará el tratamiento adecuado según las zonas cerebrales afectadas.
Los signos que establecen como posibles ante un ICTUS traen unidos unas actuaciones para poder detectar el Accidente, serían las siguientes:
- Ante el entumecimiento, debilidad, lasitud u hormigueo de una parte del cuerpo y/o de la cara se le pedirá a la persona que sonría (para ver si un lado de la cara se cae) o que levante los brazos (para ver si un brazo le va hacia abajo). Si un lado de la cara se cae o un brazo tiende a bajar es señal de ICTUS.
- Si lo que tiene alterado es el habla se le mandará que repita una frase que el facultativo diga, si arrastra la lengua o es extraño el lenguaje existe otro signo de ICUS.
- Ante estos signos el tiempo es fundamental, activar código ICTUS y acudir a un hospital.

Las pruebas existentes para detectar, diagnosticar o evitar ACV son las siguientes:
- ”Angiografía Cerebral”; sirve para poder dar las pautas en las que se asienta el tratamiento. También trasmite información, sin haber tenido un ACV, de posibles bloqueos que pueden sufrir los vasos sanguíneos así como de posibles aneurismas y/o malformaciones en venas y/o arterias. Además es una prueba diagnóstica mínimamente invasiva.
- ”Tomografía Cerebral Computarizada”; primera prueba a realizar tras un ACV. La información que se obtiene es si hay sangrado o no, por tanto informará del tipo de ACV.
- ”Imagen de Resonancia Magnética”; informa del daño cerebral ocasionado y por tanto ayuda al tipo de tratamiento para una buena rehabilitación.

En un ACV Isquémico, si este es tratado en las primeras horas de producirse, puede no haber lesiones o estas ser mínimas. Se le puede dar al paciente medicación para deshacer el coágulo o, en caso de que no fuera fructífero se desharía con métodos en quirófano. Si se tarda más tiempo en atajarlo las lesiones dependerán del tiempo.
En un ACV Hemorrágico el pronóstico es muy reservado, se intentará atajar el sangrado, bajar la presión craneal y estabilizar al paciente en relación a constantes, el tratamiento es la Cirugía.
Después de haber sobrevivido a un ACV, el paciente puede ver alteradas funciones de su cuerpo, para ello existe una Unidad de Rehabilitación que lo ayudará la cual continuará en su medio.
Se informa de que hay muchos factores de riesgo, tales como hipertensión, colesterol alto, fumar, obesidad, diabetes, sedentarismo, haber pasado por un AIT (Accidente Isquémico Transitorio)…También puede ocurrir sin tener ninguno de los factores citados, simplemente sucede aleatoriamente.
Lo que sí es conveniente y recomendable es el realizar los pasos a prevenir los factores de riesgo citados: hacer deporte, analíticas anuales para ver el colesterol, electro anual, si se ha tenido un AIT hay que controlar la tensión arterial y el colesterol, no fumar, no beber alcohol en demasía…

5 Discusión-Conclusión

El ritmo de vida que se lleva hoy en día, estrés, adquirir más responsabilidades que las estrictamente necesarias unidas todo a una mala alimentación, falta de horas de descanso y una actividad frenética diaria lleva a un aumento de los ACV.
No solo es importante el cuadro físico de la persona sino también el mental.
Todo ello lleva, también dependiendo de un punto genético, a ser propensa la persona a un ACV.
Es la enfermedad neurológica más común en el planeta y la que ocasiona más muertes y discapacidades (siempre desde el punto de vista neurológico), aumenta en riesgo a padecerlo con la edad y por consiguiente con el tipo estresante de vida que se lleve.
Es importante concienciar a la población sobre los signos de un posible ICUS, para poder abordarlo en las primeras horas, es importantísima una buena Prevención Primaria e incluso Secundaria (aunque la Primaria sea Excelente).
Debemos de adaptar los hábitos de vida a la obtención de una buena calidad de vida, por si hay factores genéticos los cuales desconocemos. Se debería de

acostumbrar la persona a realizar chequeos médicos, por lo menos, anualmente. No solo se pueden evitar este tipo de Accidente sino otro tipo de patologías.
Tras haber pasado por un ACV y tener habilidades físicas deterioradas es importante asumir la enfermedad, tener conciencia de que necesita ayuda tanto física como psicológica.
Importantísimo el tiempo, la hora en que se activa el protocolo de actuación, el Código Ictus.
Buenos y saludables hábitos de vida junto con tranquilidad y una buena educación primaria sanitaria pueden hacer posible una buena calidad de vida sin ACV.

6 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://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ictus
4. https://www.cdc.gov/stroke/signs_symptoms_esp.htm
5. https://www.ucsfhealth.org/education/6-signs-of-a-stroke-es
6. https://solidaridadintergeneracional.es/wp/las-13-senales-que-te-avisan-de-que-vas-a-sufrir-un-derrame-cerebral/
7. https://www.goredforwomen.org/es/about-heart-disease-in-women/facts/facts-causes-risks-and-prevention-of-stroke

Capítulo 78

FISIOTERAPIA EN ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. CASO CLÍNICO

ALINA VILLAR LÓPEZ

CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), conocida también como Enfermedad de Lou Gehrig, es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que afecta sobre todo a adultos entre 40 y 70 años, con una proporción entre hombres y mujeres de aproximadamente de 3 a 1.

Los pacientes con ELA sufren pérdida y degeneración de las motoneuronas y existe de manera concomitante una activación de la respuesta neuroinflamatoria que contribuye a esta degeneración. Solo en un 5 – 10% la enfermedad es heredada existiendo mutaciones en genes directamente relacionados con la degeneración de las motoneuronas. En las formas esporádicas se presupone un origen multifactorial, desórdenes en distintas rutas celulares entre las que se incluyen el procesamiento génico, la proteostasis y la agregación proteica, el estrés oxidativo o las alteraciones en el microambiente neuronal. En ellas, el desarrollo de enfermedad probablemente se deba a la interacción de agentes ambientales en sujetos genéticamente predispuestos

El inicio de la ELA es insidioso con síntomas muy variables que puede provocar retraso en el diagnóstico. Puede desarrollarse primero en las piernas, los brazos

o la región bulbar. Cada región representa alrededor de un tercio de las presentaciones. Suele ser focal. En las extremidades superiores o inferiores cursa con debilidad o dificultad de coordinación, debilidad en el tobillo que causa pie caído, caídas, dificultades con el agarre y las habilidades motoras finas, cambios en el habla, en la deglución. También puede iniciarse con la aparición de movimientos musculares anormales como espasmos, sacudidas, calambres o una anormal pérdida de la masa muscular o de peso corporal.
El deterioro de la deglución ocurre en hasta el 85 % de las personas con esclerosis lateral amiotrófica. La disfagia resulta de la debilidad y/o espasticidad de los músculos de la deglución, la masticación, la lengua, los labios, la faringe y la laringe. La debilidad de la musculatura respiratoria reduce la capacidad de generación de presión espiratoria necesaria para producir una tos eficaz.
No existen tratamientos curativos para la Esclerosis Lateral Amiotrófica. El riluzole es uno de los fármacos usados. La neurorrehabilitación es claramente la opción terapéutica más prometedora en la actualidad en lo que respecta a mejorar la calidad de vida, la salud y las tasas de supervivencia de estos pacientes.

2 Objetivos

Exponer el abordaje y objetivos fisioterápicos en la Esclerosis Lateral Amiotrófica. Destacar la importancia de la implicación activa del paciente y su entorno familiar en el tratamiento.

3 Caso clínico

Mujer de 74 años. Afonía persistente y dificultad para hablar de 8 meses de evolución. No refiere dificultad para tragar. No torpeza motora ni pérdida de fuerza.
Antecedentes personales: Tromboflebitis de repetición por disfunción hematológica.
Exploración Física: Disartria. Fasciculaciones en la lengua. Movilidad velopalatina y reflejo nauseoso reducido. Reflejos osteotendinosos presentes. Coordinación motora normal.
Anticuerpos anti-receptores acetil-colina: Negativos
Anticuerpos anti-Musk: Negativos
Se realiza Electromiografía que muestra afectación de la segunda motoneurona en todos los músculos explorados. Fasciculaciones en cuádriceps, tríceps braquial y paravertebral dorsal.

La paciente comienza a realizar tratamiento de fisioterapia y logopedia previamente a su diagnóstico. El tratamiento fisioterápico busca promover la independencia, enlentecer el deterioro motor, corregir la postura, disminuir el dolor y mejorar la capacidad ventilatoria. Se realizan ejercicios activo-asistidos y resistidos de la lengua, musculatura cervical y dorsal. Ejercicios de tonificación general y treinta minutos de ejercicio aeróbico a intensidad moderada que la paciente realiza diariamente en su domicilio , controlando siempre la fatiga y supervisado por su familia. En las sesiones clínicas se realiza terapia miofascial por su efecto analgésico y sedante, además de ayudar a reducir la ansiedad, estiramientos y ejercicios de equilibrio. Fisioterapia respiratoria para mejorar el volumen y la fuerza de los músculos respiratorios buscando mantener una tos eficaz (algunos estudios reflejan que a su vez se traduce en una mejora de la deglución). En la ELA se afectan los músculos inspiratorios, espiratorios y la vía aérea superior. Se ven disminuidos la capacidad vital forzada y el volumen de aire exhalado durante el primer segundo de una espiración. Se pauta para realizar diariamente ejercicios de reeducación diafragmática. Trabajo con el incentivador volumétrico para mejorar las capacidades pulmonares. Entrenamiento de la tos con el Peak Flow a la vez que medimos el pico flujo de tos.
El trabajo en logopedia se centra en mejorar el habla y la deglución a través de ejercicios y electroestimulación.
Hay que destacar la importancia de incluir activamente a los familiares del paciente en el tratamiento, supervisando y si fuese necesario ayudando a la realización de los ejercicios diarios pautados tanto en fisioterapia como logopedia.

4 Discusión-Conclusión

Tras 6 meses de tratamiento la paciente la paciente está estable. Mantiene la fuerza en las extremidades, el agarre y la manipulación fina. Rangos de movilidad articular normales. No presenta dolor. No ha perdido peso. Mantiene buena actitud postural. La limitación más importante que refiere el paciente es el habla, que no ha empeorado, pero sigue siendo dificultosa.
Mediante fisioterapia y logopedia se consigue controlar los síntomas de la Esclerosis Lateral Amiotrófica retrasando la progresión de la enfermedad, maximizando la función y la independencia del paciente. La implicación activa del paciente, dentro de sus posibilidades, y de sus familiares mejoran la calidad de vida de los afectados.

5 Bibliografía

- Paganoni, Sabrina, Chafic Karam, Nanette Joyce, Richard Bedlack, y Gregory T. Carter. «Comprehensive rehabilitative care across the spectrum of amyotrophic lateral sclerosis». NeuroRehabilitation 37, n.º 1 (22 de agosto de 2015): 53-68.
- Plowman, Emily K., Stephanie A. Watts, Lauren Tabor, Raele Robison, Joy Gaziano, Amanda S. Domer, Joel Richter, Tuan Vu, y Clifton Gooch. «Impact of Expiratory Strength Training in Amyotrophic Lateral Sclerosis: Expiratory Training in ALS». Muscle & Nerve 54, n.º 1 (junio de 2016): 48-53.
- Majmudar, Salony, Jason Wu, y Sabrina Paganoni. «Rehabilitation in Amyotrophic Lateral Sclerosis: Why It Matters: ALS Rehabilitation». Muscle & Nerve 50, n.º 1 (julio de 2014): 4-13.

Capítulo 79

TRATAMIENTO CONSERVADOR EN CAPSULITIS ADHESIVA DE HOMBRO

ALINA VILLAR LÓPEZ

CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La capsulitis adhesiva es una afección común que se caracteriza por dolor intenso, de tipo inflamatorio, que no cede con el reposo, y con una limitación del movimiento activo y pasivo de la articulación del hombro. Existe una pérdida de elasticidad. La cápsula articular en posición de reposo presenta un fondo de saco en su porción inferior que permite la abducción del hombro. En esta patología el fondo de saco desaparece provocando una limitación de todos los movimientos.
Se clasifica en capsulitis adhesiva idiopática o primaria, la cual no se asocia a una enfermedad sistémica, y capsulitis adhesiva secundaria a diferentes procesos patológicos como enfermedades sistémicas, cardiopatías isquémicas, mastectomías, accidentes cerebrovasculares o afecciones pleurales.
Estudios argumentan que la inflamación y fibrosis capsular se derivan del síndrome metabólico y la inflamación crónica de bajo grado. Se perpetúan por la producción de citocinas proinflamatorias, el dominio simpático del equilibrio autonómico y la activación autoinmune.
El tratamiento conservador se basa en la educación del paciente, ejercicios de estiramiento, movilizaciones articulares, termoterapia, electroterapia e infiltraciones de corticosteroides. Estudios muestran que las infiltraciones con corticoesteroides intraarticulares tienen mayor efectividad a las 4 a 6 semanas.

Dentro de las opciones quirúrgicas encontramos la manipulación estándar o traslacional bajo anestesia o liberación artroscópica.

2 Objetivos

Exponer la importancia de la fisioterapia en esta patología ya que su recuperación es lenta y presenta una pérdida de movilidad muy importante. El tratamiento convencional permite aliviar el dolor y recuperar la funcionalidad.

3 Caso clínico

Mujer de 53 años que presenta dolor intenso, de tipo inflamatorio, en hombro derecho de cuatro meses de evolución.
Antecedentes personales sin interés: No fuma. No diabetes.
A la exploración física presenta importante limitación de la movilidad. Dificultad para actividades de la vida diaria. Balance articular de la articulación glenohumeral: flexión de hombro 40º, abducción 20º y nulas las rotaciones.
Las contracciones isométricas contrarresistencia son dolorosas en todos los movimientos. Contractura de la musculatura periarticular del hombro. Atrofia del deltoides.
Datos ecográficos: mínimo engrosamiento del supraespinoso en relación con tendinopatía sin evidencia de rotura.
Resonancia Nuclear Magnética: sin alteraciones significativas. Espacio subacromial conservado. No bursitis. Manguito rotador íntegro.
Infiltrada con corticoides en 2 ocasiones.
Los objetivos del tratamiento fisioterápico son aliviar el dolor y las contracturas musculares en una primera fase, aproximadamente los 2 primeros meses. Aplicamos termoterapia, corrientes analgésicas, masoterapia cérvico-escapular y movilizaciones articulares suaves del hombro.
A medida que disminuye el dolor se intensifican los ejercicios y el tratamiento se enfoca en ganar recorrido articular, insistiendo en técnicas de descompactación y movilización articular.
A los tres meses ha mejorado el balance articular, con una flexión de 90º. Las rotaciones continúan muy limitadas.
Se pautan ejercicios diarios para realizar en su domicilio con el objetivo de mantener la movilidad. Comienza piscina, acude 2 días por semana para trabajar el hombro en el agua de manera asistida y ligeramente resistida.

En las sesiones clínicas se realiza corrección postural trabajando la musculatura cervical e interescapular favoreciendo el descenso de la escápula.
En la última fase, cuando se ha recuperado casi toda la movilidad articular, comienza la tonificación. Iniciamos con ejercicios resistidos manuales y facilitación neuromuscular propioceptiva. Isométricos de cuello y musculatura de hombro. Estiramientos de pectorales y dorsal ancho.
Finalmente introducimos ejercicios con bandas elásticas de distinta resistencia para el trabajo del manguito rotador.

4 Discusión-Conclusión

Se realiza fisioterapia con una frecuencia de 3 sesiones semanales. Al cabo de 10 meses de tratamiento el balance articular es de 120º de flexión, 110º de abducción, en rotación interna la mano es capaz de tocar la primera vértebra lumbar y en rotación externa la nuca. No presenta secuelas típicas de esta patología como son la rigidez e hipotrofia del deltoides y musculatura posterior de la escápula.
Las infiltraciones intraarticulares de corticoesteroides tienen mayor efectividad en la fase aguda de tratamiento para aliviar el dolor. En las fases subagudas y de resolución se recomienda el ejercicio terapéutico y las movilizaciones articulares. Combinar tratamiento fisioterápico e infiltraciones mejora los resultados siendo la forma de tratamiento más accesible y de menor coste.
Las capsulitis adhesivas tienden a recuperarse en el espacio de 6 a 12 meses. La rehabilitación previene las secuelas, alivia el dolor y mejora la funcionalidad de la articulación glenohumeral.

5 Bibliografía

- Pietrzak, Max. «Adhesive Capsulitis: An Age Related Symptom of Metabolic Syndrome and Chronic Low-Grade Inflammation?» Medical Hypotheses 88 (marzo de 2016): 12-17..
- Kelley, Martin J., Philip W. McClure, y Brian G. Leggin. «Frozen Shoulder: Evidence and a Proposed Model Guiding Rehabilitation». The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy 39, n.º 2 (febrero de 2009): 135-48.
- Page, Matthew J., Sally Green, Sharon Kramer, Renea V. Johnston, Brodwen McBain, Marisa Chau, y Rachelle Buchbinder. «Manual Therapy and Exercise for Adhesive Capsulitis (Frozen Shoulder)». The Cochrane Database of Systematic Reviews, n.º 8 (26 de agosto de 2014): CD011275.

Capítulo 80

REHABILITACIÓN DE LA ARTROSIS DE CADERA

TANIA POLO MORO

1 Introducción

La artrosis la definimos como una enfermedad articular degenerativa que afecta tanto al cartílago como al hueso y tejidos blandos de la articulación. Afecta directamente a la movilidad, produciendo dolor. Normalmente la artrosis está localizada en la columna cervical, dedos, zona lumbar, articulación del hombro, articulación de cadera, articulación de rodilla y articulación del primer dedo del pie.

El dolor suele ser de tipo mecánico, se produce al realizar los movimientos y mejora con descanso. La obesidad, falta de ejercicio físico o cambios en la postura que influyen en el desarrollo y avance de la enfermedad como factores de riesgo. Prevenir o retrasar los síntomas para favorecer el tratamiento está en mano del paciente.

Un 10% de la población general en España presenta artrosis. Se llega al diagnóstico por los síntomas que comentan los propios pacientes, por una radiografía simple o en caso de derrame articular por análisis del líquido de la articulación afecta. En la artrosis de cadera el dolor característico se encuentra en la zona de la ingle.

En ocasiones, el dolor se desplaza por la cara anterior de muslo y también puede ocasionar molestias en la rodilla, lo que puede confundir al paciente pensando que el problema está en la rodilla.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer los síntomas y formas de presentación de la enfermedad junto con la forma de ralentizar el avance de la enfermedad.

3 Metodología

Se ha centrado en una revisión teórica en la base de datos Google académico, usando las palabras clave como artrosis de cadera, prevención de artrosis, fisioterapia en artrosis de cadera, rehabilitación en artrosis. Revisados artículos, temario de cursos y másteres.

4 Resultados

Suele tardar años en desarrollarse, en los inicios de la enfermedad no suele haber dolores ni molestias. Al principio la persona que presenta problema de cadera muestra molestias con el movimiento, produciendo limitación en los movimientos y sobrecarga muscular. En casos de artrosis avanzada, nos encontramos:

- Dolor en articulación de la cadera tras uso prolongado
- Dolor en la ingle y glúteo, irradiado hasta la rodilla
- Alteraciones de la marcha
- Sobrecarga muscular: produciendo dolor en la zona baja de la espalda, tras adoptar postura antiálgica.
- Molestia en articulación de la cadera en reposo, tumbado, sentado o de noche (fase avanzada).
- Ruidos de roce o sensación de crujido: por la superficie rugosa y desgastada del cartílago.

En cuanto al tratamiento y dejando a un lado el tratamiento farmacológico entre otros, se valora todo desde el punto de vista de la Fisioterapia: termoterapia, electroterapia, ondas de choque y educación sanitaria. Es recomendable enseñar ejercicios y automasajes al paciente para aliviar dolores.

- Automasaje del psoas ilíaco y de la fascia lata
- Estiramiento de glúteo y piramidal
- Estiramiento de aductores tumbado
- Ejercicios:

- Flexiones de pierna, acercando rodilla a pecho.
Aguantar cerca del pecho 5 segundos (10-15 repeticiones).
- Con las piernas flexionadas, separamos rodillas, aguantamos
5 segundos y 10-15 repeticiones.
- Una pierna estirada y la otra flexionada, con la rodilla de la pierna flexionada intentamos tocar la pierna estirada, intentando mantener 20 segundos la postura, hacer lo mismo pero con la pierna flexionada hacia afuera y aguantando lo mismo, repitiendo durante 20 segundos y repitiendo 10-15 repeticiones.

Hay ejercicios que no se deben hacer por ser contraproducentes, entre ellos se encuentra el intentar tocar los pies con las manos, flexionando el tronco y ponerse de cuclillas.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de la artrosis se basa en tratamiento conservador, farmacológico y quirúrgico. En principio se tiende a tratamiento conservador, reduciendo el dolor y la rigidez articular, mantener y mejorar el rango de movimiento, mejorando calidad de vida, evitando el avance a la articulación. La Fisioterapia ayuda a ralentizar el avance de la artrosis y mitigar el dolor.

El ejercicio moderado de 10 a 20 minutos al día, como caminar por terreno llano o montar en bicicleta es bueno para la artrosis de cadera. Cuando la artrosis en la cadera llega a la fase de dolor incapacitante crónico, deterioro funcional y deformidad acusando las AVD y donde no ha producido resultados ni el tratamiento conservador ni farmacológico, se procede a la colocación de una prótesis.

6 Bibliografía

1. María Lamo De Espinosa Vázquez De Sola,J.(2002). Artrosis de cadera. Clinica Universitaria de
Pamplona.https://www. cun.es
2. https://www.cigna.com/es-us/knowledgecenter/hw/temas-de-salud/artroplastia-parcial-de-cadera-
abr6036
3. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tratamiento-fisioterapeutico-de-la-artrosis-de-cadera/

4. https://www.fisioterapia-online.com/articulos/artrosis-de-cadera-o-coxartrosis-sintomas-
diagnostico-y-tratamiento-de-fisioterapia

Capítulo 81

FISIOTERAPIA EN LA TENDINOPATÍA AQUÍLEA Y EJERCICIO TERAPÉUTICO

MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO

BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ

MARIA ROSA GARCIA LEON

MARTA VELASCO JIMENEZ

RAQUEL GUARINOS LÓPEZ

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 epicondílea, la glútea, la rotuliana y la del Aquiles.

La tendinopatía del Aquiles es una patología muscoloesquelética 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 tratamiento conservadores como la prescripción del ejercicio, que ha demostrado ser efectivo en otras patologías.

2 Objetivos

Analizar e indicar si el ejercicio resulta efectivo en el tratamiento del dolor producido por la tendinopatía del Aquiles por parte de fisioterapia

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

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, otra sobre la efectividad del ejercicio excéntrico para el Aquiles y una última revisión sobre qué tratamiento resulta más efectivo en el tratamiento de la tendinopatía aquílea.
En la primera de las revisiones bibliográficas, se evaluaba la efectividad de los ejercicios isométricos en diferentes tendinopatías, no solo en la aquílea 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. 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. Se comparaban hasta 17 técnicas diferentes entre las que se incluían los ejercicios. Todos los tratamientos 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 aquílea, 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

Capítulo 82

FISIOTERAPIA EN LA OSTEOARTRITIS DE RODILLA

MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO

BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ

MARIA ROSA GARCIA LEON

MARTA VELASCO JIMENEZ

RAQUEL GUARINOS LÓPEZ

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

Analizar si el ejercicio terapéutico puede ser efectivo en el tratamiento del dolor y la funcionalidad producidos por la osteoartritis de rodilla.

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

Para este capítulo se incluyeron un ensayo clínico aleatorizado y dos revisiones bibliográficas sobre el uso de diferentes tipos de ejercicios en el tratamiento de la osteoartritis de rodilla.
En el ensayo clínico aleatorizado, 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 mejorías 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 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 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 analálogica, 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, forosteoarthritis 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 83

FISIOTERAPIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO

BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ

MARIA ROSA GARCIA LEON

MARTA VELASCO JIMENEZ

RAQUEL GUARINOS LÓPEZ

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".

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.
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.
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 aparte 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.

2 Objetivos

Observar e indicar las modalidades de tratamientos que se aplican en fisioterapia en los centros de cuidados paliativos, en los estudios.

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

Hemos encontrado como resultados de nuestra revisión, que en seis de los artículos 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 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 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 ECA, 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. Tiep 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 1382 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.

Capítulo 84

LORDOSIS LUMBAR

IRENE PONZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La lordosis lumbar es una curvatura fisiológica con convexidad anterior, un ángulo mayor de 68º se considera aumento de la lordosis lumbar o hiperlordosis lumbar.
La hiperlordosis lumbar se caracteriza por el aumento de la concavidad posterior de la columna lumbar, en la que la pelvis se inclina hacia delante, el abdomen protruye hacia delante y los glúteos protruyen hacia posterior.
A nivel biomecánico se producen los siguientes cambios: las articulaciones posteriores de las vértebras soportan mayor carga, los agujeros de conjunción se estrechan y se produce un abombamiento del disco intervertebral hacia posterior.
Estos cambio en la curvatura de la región lumbar provoca con frecuencia dolor local.
El dolor lumbar o lumbalgia es un síndrome que puede producir dolor local o dolor referido. La lumbociática ocurre cuando el dolor de la zona lumbar se irradia hacia la extremidad inferior.
La lumbalgia es una de las primeras causas de consultas médicas, en torno al 60-90% de las personas sufren esta patología en alguna ocasión en su vida. La edad con mayor prevalencia de dolor lumbar son alrededor de los 45 años.
Las causas de lumbalgia pueden ser de origen congénito como la hiperlordosis o de origen individual como alteraciones de la postura.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el personal sanitario en relación a la hiperlordosis y dolor lumbar.

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 científicas: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando los artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La hiperlordosis lumbar se puede clasificar en función de malformaciones congénitas o en función de la movilidad lumbar.
En función de las malformaciones congénitas, la hiperlordosis se clasifica en primitivas o secundarias. La hiperlordosis primitiva se produce por malformaciones congénitas de las vértebras como pueden ser: hemivértebra ventral, sacro agudo y sacro arqueado. En muchas ocasiones se asocia a espondilolistesis. La hiperlordosis secundaria puede producirse por patología traumática o por alteraciones musculares.
En función de la movilidad lumbar, la hiperlordosis se clasifica en lordosis estructurada o no estructurada. La hiperlordosis estructurada puede ocurrir por malformaciones congénitas o por factor hereditario, el signo patognomónico es que no se puede reducir. La hiperlordosis no estructurada se caracteriza por ser reducible al realizar movimientos de la zona lumbar.
Existen diferentes causas que favorecen el aumento de la curvatura de la columna lumbar.
La lordosis lumbar se ve afectada por los desequilibrios musculares locales, todas las fuerzas de músculo que favorecen la anteversión pélvica, producen aumento de la curvatura lumbar como son los músculos flexores de cadera y erectores lumbares.

Durante los últimos meses de embarazo, el centro de gravedad se desplaza hacia anterior, produciéndose una hiperlordosis para compensar dicho desplazamiento. Este mecanismo es similar al que ocurre en la obesidad.

El uso de tacones de gran altura producen ligera flexión de las rodillas, provocando cambio de presiones.
La ergonomía, como la sedestación en posiciones incorrectas o el decúbito supino con las piernas estiradas aumentan el ángulo lumbar.
La debilidad de la musculatura abdominal y de la musculatura lumbar favorece el desequilibrio muscular de dicha zona. Esto ocurre en personas con vida sedentaria o en personas sometidas a intervenciones quirúrgicas de la zona abdominal y/o lumbar.

5 Discusión-Conclusión

La hiperlordosis lumbar es el aumento de la curvatura de las vértebras lumbares, el cual puede generar dolor lumbar.
El origen de dicha patología puede ser de origen primario como malformaciones congénitas o secundario a traumatismos. También los desequilibrios musculares o alteraciones posturales favorecen dicho problema.
Se evidencia la importancia de la realización de una exhaustiva exploración para poder aplicar un correcto abordaje, en el que se tenga en cuenta el origen de la patología, los factores favorecedores y los factores perpetuadores, al igual que es importante es el tratamiento del dolor producido por la hiperlordosis lumbar que produce a nivel local.

6 Bibliografía

Opila KA, Wagner SS, Schiowitz S, Chen J. Postural alignment in barefoot and high-heeled stance. Spine. 1988;13(5):542-7.
Hutchinson MR. Low back pain in elite rhythmic gymnasts. Med Sci Sports Exerc. 1999;31(11):1686-8.
M Seguí Díaz a, J Gérvas b. El dolor lumbar. SEMERGEN 2002;28(1):21-41

Capítulo 85

IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN COMUNITARIA EN EL TRATAMIENTO CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINES)

MARTA DEL ROSAL LÓPEZ

1 Introducción

El dolor es una de las causas que produce mayor número de visitas al médico de atención primaria, siendo uno de los síntomas que más preocupación despierta en la población, ya que la búsqueda de la calidad de vida se ha convertido en algo primordial para establecer el de salud en la sociedad actual.

La atención primaria se complementa con la atención comunitaria, siendo fundamental la asociación del trabajo comunitario con el de atención primaria para asegurar el control de esta sintomatología de espectro tan amplio.

El grupo de fármacos de primera elección para la prescripción del dolor desde el área de atención primaria es el grupo de AINES, a pesar de sus importantes efectos secundarios tomados a largo plazo.

El papel del farmacéutico comunitario pasa a ser primordial en esta fase de dispensación, el profesional farmacéutico comprobará que el paciente ha entendido la pauta del facultativo médico y que cumplirá la posología adecuada y las medidas preventivas de los efectos secundarios de los AINES.

Cuando se habla de AINES, se habla de un grupo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos, que tienen efectos antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos, su mecanismo de acción es muy completo, actuando a cuatro niveles.
El seguimiento por los profesionales se hace primordial a la hora de evitar los efectos secundarios de los AINES.

2 Objetivos

Asociar la importancia de la sinergia entre médicos de atención primaria y farmacéuticos comunitarios en el tratamiento de AINES.
Recalcar la necesidad del seguimiento farmacoterapéutico por atención comunitaria, para evitar efectos secundarios de AINES.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de interés científico reconocido y sometida a revisión científica.
Una vez revisadas revistas científicas, capítulos de libro y guías de prescripción, se han unificado criterios y resultados llegando a conclusiones determinadas expuestas.

4 Resultados

La causa que provoca el mayor número de visitas en atención primaria es el dolor, tratándose de uno de los cinco síntomas que padece la población española con mayor recurrencia.
El gasto ambulatorio tiene un porcentaje alto, alrededor del 70%, derivado del control del dolor y de seguimiento y visitas recurrentes de pacientes a atención primaria.
El 58% de las consultas en farmacia comunitaria, pertenecen a sintomatologías derivadas del dolor en todas sus vertientes.
El dolor con mayor número de afectados es el dolor lumbar, seguido del dolor cervical y del musculoesquelético. Un porcentaje muy bajo, menos del 10% es diagnosticado por médicos especialistas, y únicamente el 5% es tratado en la unidad del dolor.
El uso prolongado de AINES produce efectos secundarios graves, que se manifiestan en su gran mayoría a partir de los 6/8 meses de tratamientos prolongados

con AINES.
Uno de cada tres pacientes acude a la farmacia comunitaria teniendo alguna duda sobre el tratamiento de AINES prescrito por el médico. La dispensación farmacéutica ayuda a la correcta administración del fármaco, es primordial en la adherencia del paciente al tratamiento y evita la aparición de efectos secundarios graves.
La efectividad del tratamiento con AINES está absolutamente supeditada a la toma adecuada del medicamento, respetando posología prescrita y consejos al paciente.
La no adherencia del paciente al tratamiento y toma esporádica del fármaco, prolonga en el espacio el uso de AINES, contribuyendo a la aparición de los efectos secundarios no deseados derivados del mal uso de este grupo de medicamentos.
Las interacciones de AINES con otros medicamentos, por automedicación o falta de información al médico, baja el efecto del tratamiento y aumenta el riesgo de padecer efectos secundarios.

5 Discusión-Conclusión

Una vez más se pone de manifiesto la importancia de la conexión entre la atención primaria y la atención en farmacia comunitaria, siendo primordial para el buen cumplimiento del tratamiento prescrito por el médico. El seguimiento del tratamiento de AINES prescrito por atención primaria, desde la farmacia comunitaria, se hace primordial a la hora de asegurar el buen cumplimiento y pautas higiénicas del mismo minimizando así los graves efectos secundarios derivados del mal uso y abuso de los AINES.
Los fármacos de primera elección en las múltiples visitas provocadas por el dolor del paciente, son los AINES, prescritos por su alta efectividad por actuar como antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos.

6 Bibliografía

1. Teixeira, P., Martín, A., García, D., Vallés, E., Cardoso, A., Sáez, L., ... & Varas, R. (2022). Criterios de justificación de discrepancias en el Servicio de Conciliación de la medicación al alta hospitalaria: Guía para farmacéuticos comunitarios. Farm. comunitarios (Internet), 1-1.
2. Garrido, B. (2022). ¿ Qué podemos hacer con el Helicobacter desde la farmacia?. Farm. comunitarios (Internet), 14(Supl 1), 1.

3. Cros, E. C. (2021). Patología ginecológica en la adolescente. canarias pediátrica, 45(2), 109-121.

Capítulo 86

LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO: UNA RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

MARIA PEON FERNANDEZ

1 Introducción

Estamos ante un tipo de violencia que afecta a las mujeres solo por el hecho de ser mujeres. Se trata de un atentado contra la integridad, la dignidad y la libertad de las mujeres.

Entendemos por violencia de género cualquier tipo de agresión o acto con violencia, que se de en una situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones en el que los hombres predominan sobre las mujeres, y que puede tener como consecuencia daños físicos, sexuales o psicológicos, donde se incluyen también las amenazas y privaciones de libertad, dándose en cualquiera de los ámbitos (bien sea público, vida familiar o personal). (Ley 11/2007, del 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género).

Se acuña como "violencia de género" a un problema que hasta hace poco tiempo formaba parte de la vida personal de las mujeres, pues se consideraba como un asunto de familia del que nadie debía saber nada fuera del hogar y en el que no se debía intervenir. Cuando la violencia de género se entiende como un asunto personal refuerza a las mujeres a una situación de subordinación en comparación al hombre, con la consiguiente implicación en asumir las relaciones de poder que por historia han sido desiguales entre hombres y mujeres y mediante las

cuales se legitima al hombre a mantener su "status" de poder por encima de las mujeres. Además, esta percepción contribuye a que las mujeres sean incapaces de denunciar sus situaciones personales por miedo o culpabilidad.

2 Objetivos

Con el presente trabajo científico se pretende determinar cómo actuar ante la violencia de género tanto para el personal sanitario como el no sanitario.

3 Metodología

Para la realización del trabajo científico se ha realizado una revisión bibliografía sobre la materia, para lo que se han utilizado los siguientes buscadores online: Google Académico, Dialnet y Pubmed, así como distintas guias sobre la materia. Las variables de búsqueda utilizadas han sido "violencia de genero" y "detección de la violencia de genero".

4 Resultados

Lo que realmente importa es el impacto. La dirección y RRHH son responsables de que todos los empleados se comprometan a cumplir los objetivos establecidos en la política de violencia de género de la empresa. Es imperativo garantizar que los empleados de todos los departamentos entiendan total y completamente las responsabilidades y los beneficios comerciales y las obligaciones legales de estos principios. La política de violencia sexual debe estar disponible en forma impresa para todos los empleados, ya sea en el manual del empleado o como una copia incluida en los documentos originales de cada empleado.
Para el tratamiento de la violencia sexual en la empresa, se debe designar una persona de referencia para asegurar la consulta de las mujeres que sufren todas las formas de violencia. Las opciones deben incluir un nombre anónimo (por ejemplo, dirección de correo electrónico o apartado de correos) y la asignación de personal capacitado a la dirección de VRG. Estas personas de referencia, así como los consejeros de prevención, psicólogos, médicos de empresa y trabajadores sociales, deben ser conocidas por todos los empleados, lo que facilitaría el contacto por parte de las víctimas. Esta información debe estar debidamente difundida y accesible (en carteles en la ubicación física de la empresa, en la intranet, o información entregada a cada nuevo empleado, etc.) para que los empleados siempre

sepan a quién contactar. , dónde encontrar a estos especialistas y cuál es su función. Esta es información importante que debe incluirse en cualquier registro para resolver este problema. Establecer un procedimiento con todos los agentes de soporte identificados por los empleados ayuda a la empresa a determinar quién está calificado para manejar estos problemas y recibir la capacitación correspondiente. A menudo, las mujeres víctimas o simpatizantes no saben cómo actuar cuando es necesario encontrar profesionales que brinden apoyo, por lo que son capaces de identificar interlocutores de la empresa que puedan brindar apoyo operativo a la mujer víctima en el mejor compromiso. La forma en que maneja sus deberes laborales con un asunto personal de esta magnitud es un factor crítico para identificar y proteger a las víctimas de violencia sexual en el lugar de trabajo. Identificar el problema y abordarlo en el lugar de trabajo Con base en la investigación realizada como parte del proyecto, se reconoce que la mayoría de los empleados que son víctimas de violencia sexual no se sienten cómodos o no tienen la oportunidad de revelarse. . sobre su situación a sus superiores o compañeros porque temen posibles consecuencias negativas para su trabajo y carrera si revelan sus experiencias. Si bien esta decisión debe ser respetada, puede ser de gran ayuda si el empleador y los empleados pueden identificar el problema, para que las mujeres víctimas puedan ser derivadas a servicios de apoyo y ayuda efectiva. Está claro que examinar a las víctimas de la violencia contra la mujer en el lugar de trabajo puede ser muy difícil. En este sentido, la investigación muestra que en la mayoría de los casos la identificación no es un proceso formal y los empleadores suelen tener un enfoque informal e individual. El enfoque depende en gran medida de la legislación nacional, el tamaño de la empresa, la estructura de gestión, la cultura organizativa y las relaciones dentro de los equipos y con la dirección de la empresa. También depende de la personalidad y, a veces, del género del gerente de apoyo o de recursos humanos. Con esto en mente, las entrevistas revelaron que es más fácil para las mujeres compartir estos problemas con profesionales y supervisores que también son mujeres. En los cinco países analizados, diferentes partes participaron en el proceso de selección: empleados, empleados de producción y supervisión, propietarios de pequeñas empresas, trabajadores sociales, consejeros profesionales, médicos y terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales de la empresa. Sin embargo, la detección de la violencia contra la mujer es aún muy limitada y el número conocido de víctimas es muy inferior al número real. Estos son algunos pasos que puede seguir para facilitar el proceso de identificación y apoyo a los empleadores. Idealmente, los programas de capacitación que abordan los efectos y las consecuencias de la violencia en el lugar de trabajo (incluida la violencia que ocurre fuera del lugar de trabajo pero

que tiene un impacto negativo en el lugar de trabajo) deben involucrar a todos los empleados, incluidos el supervisor y la dirección. Todos los empleados deben conocer al menos algunos consejos útiles para responder a situaciones violentas (incluida la violencia sexual fuera del lugar de trabajo), porque todos pueden estar en el ”frente” en algún momento. Un taller básico de sensibilización organizado entre colegas debe tener como objetivo arrojar luz sobre los prejuicios y pensamientos erróneos relacionados con el problema. Para evitar sobrecargar las capacitaciones y sesiones informativas, el tema de la violencia podría incluirse en una capacitación más integral que aborde el acoso sexual y la violencia en el trabajo, la igualdad de género o la conciliación laboral y familiar. Para medianas y grandes empresas, la capacitación de los empleados puede ser importante para resolver el problema y tratar con éxito a las personas afectadas por la violencia sexual. Es necesario organizar la formación del personal de referencia. La designación de profesionales de RRHH u otros departamentos cualificados como personas de referencia implica que se les pide que actúen como asesores internos. Por lo tanto, los consejeros internos deben estar capacitados para saber cómo manejar cosas como terminar una relación abusiva, dónde obtener ayuda externa.

5 Discusión-Conclusión

En base a la información obtenida para la elaboración del trabajo científico, se puede concluir que es de gran utilidad garantizar la existencia de un protocolo especial que enfatice la tolerancia cero en relación a la violencia sexual y enfatice las acciones a tomar en caso de ser necesario.
El plan de acción debe desarrollarse en colaboración con interlocutores experimentados y debe tener en cuenta los siguientes aspectos: prevención, detección, apoyo y acción. El protocolo debe contener los derechos del trabajador reconocido y los trabajadores que pueden reclamarlos. También debe garantizar la confidencialidad de la información proporcionada y la seguridad del empleado manteniendo la confidencialidad de su información personal.

6 Bibliografía

1. Superación de la doble pobreza de las mujeres víctimas de violencia de género: innovación y oportunidades para el empleo / coord. por Ana Vidu Afloarei, Aitziber Mugarra Elorriaga, 2021, ISBN 978-84-1377-600-2, págs. 219-225.

Capítulo 87

LA TUBERCULOSIS Y SU DIAGNÓSTICO

CARMEN MARÍA INGELMO ROMERO

ESTEFANÍA GARCÍA LÓPEZ

TAMARA GARCÍA BLANCO

M ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

La tuberculosis es una enfermedad causada por una bacteria: Mycobacterium tuberculosis.
Fue Robert Koch, quien la descubrió en 1882, de ahí, que actualmente se la llame "Bacilo de Koch" .
Este bacilo, se transmite por vía respiratoria mediante el aire cuando una persona enferma tose, estornuda o escupe. Normalmente causa daño en los pulmones, pero también puede afectar a otros órganos u otras partes del cuerpo como los riñones o el cerebro.
Quien enferma de tuberculosis suele tener como síntomas: fiebre, pérdida de peso, tos, sudores nocturnos…
Pero no todo el mundo que está en contacto con la tuberculosis, enferma de ella. Según la organización Mundial de la Salud, una cuarta parte de la población mundial está infectada por la bacteria, pero no han enfermado ni pueden transmitir la enfermedad. Estas personas, podrían llegar a enfermar en el caso de que sus

defensas bajaran considerablemente, por ejemplo, en personas inmunodeprimidas.
La tuberculosis es una enfermedad de declaración obligatoria, por lo tanto, debe informarse a la RENAVE (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica)
En 2018, por ejemplo, se informaron de 4386 casos de tuberculosis en España, pero la incidencia desciende a cada año que pasa.
Esta enfermedad es curable y se puede prevenir. Su tratamiento consiste en la administración de unos antibióticos específicos durante un periodo de tiempo.

2 Objetivos

Informar sobre cómo se descubrió la tuberculosis, cuál es la bacteria causante y sus características.
Explicar los diferentes síntomas que pueden darse en la enfermedad.
Dar a conocer los diferentes tratamientos que funcionan contra la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica del tema que estamos tratando basada en una búsqueda en diferentes libros y webs especialistas en el tema de la sanidad como por ejemplo: Medline o Scielo, buscando con palabras clave como: Tuberculosis, síntomas, tratamiento, incidencia.

4 Resultados

Robert Koch es un médico bacteriólogo alemán que descubrió que la causante de la tuberculosis era una bacteria. También descubrió la causa del Ántrax y Cólera. Recibió por ello, el premio Nobel en 1905.
Koch descubrió que el causante de la tuberculosis era un bacilo Gram positivo, ácido alcohol resistente, de tamaño más pequeño que un bacilo normal, aerobio, inmóvil y de crecimiento lento.
¿Qué significa que sea ácido alcohol resistente?
Significa que tienen una resistencia a la decoloración, es decir, el colorante (normalmente fucsina) penetra dentro de la bacteria y ya no sale ni por los efectos de los decolorantes. Esto ocurre debido a la morfología propia de estas bacte-

rias. Gracias a esto, se pueden diferenciar fácilmente de otro tipo de bacterias haciendo una tinción llamada Ziehl-Neelsen.
Otra de las características que tienen este tipo de bacterias y que pueden dificultar su diagnóstico y su tratamiento, es su crecimiento lento en cultivo. Puede tardar en crecer hasta 8 semanas.
¿Cómo infecta este bacilo la enfermedad a las personas?
Se contagia de persona a persona por vía aérea. Los bacilos se expulsan cuando una persona infectada tose, estornuda, escupe… Sin embargo, hay que estar un periodo más o menos largo en contacto con una persona enferma para que ese contagio se haga efectivo.
¿Cuánto tardan en aparecer los síntomas y cuáles son?
Pueden tardar de 2 a 10 semanas, pero los síntomas pueden no presentarse nunca. Hay muchas personas que se infectan con el bacilo, pero nunca llegan a expresar la enfermedad y tampoco pueden contagiarla.
Los síntomas pueden ser variados, dependiendo de dónde esté la infección. Lo más común es que la infección se dé en los pulmones, por lo que los síntomas más comunes son: tos persistente, fiebre, pérdida de apetito y como consecuencia pérdida de peso, cansancio…
¿Cómo se puede curar la tuberculosis?
Al ser una bacteria la causante de la enfermedad, el tratamiento se trata básicamente de la administración de antibióticos.
El tratamiento puede llegar a durar hasta 9 meses, dependiendo de los antibióticos que se den, si la bacteria es o no resistente y a la situación personal: es una persona inmunodeprimida, es un niño, un anciano, diabético…
Los antibióticos más usados son: Isoniacida, rifampicina y pirazinamida.

5 Discusión-Conclusión

La tuberculosis a pesar de ser una enfermedad prevenible y curable, hay que prestarle especial atención porque puede ser potencialmente mortal para ciertas personas (inmunodeprimidas), sobre todo si se tarda en diagnosticar. La infección causa en los pulmones las llamadas cavernas tuberculosas, que no dejan de ser cavidades en los pulmones, que pueden comprometer la respiración normal del paciente.
De ahí la importancia de los sanitarios, desde el médico de atención primaria, hasta el técnico de laboratorio que trabaja con las muestras del paciente y mediante diferentes pruebas, puede confirmar el diagnóstico de sospecha.
Todos los eslabones del sistema de salud son importantes.

6 Bibliografía

1. Tuberculosis. Infections [Internet]. 2002 [citado el 11 de noviembre de 2022]; Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/tuberculosis.html
2. Tuberculosis [Internet]. Who.int. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Ciudadanos - Mapas y figuras sobre incidencia de TB [Internet]. Gob.es. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/PlanTuberculosis/mapas.htm
4. Robert Koch [Internet]. Biografiasyvidas.com. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.biografiasyvidas.com/biografia/k/koch.htm

Capítulo 88

TÉCNICO ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA. PROCESADO DE MUESTRAS HISTOLÓGICAS

VALERIA ALVAREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Por el Real Decreto 767/2014, de 12 de septiembre, se establece el título de Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citodiagnóstico y se fijan sus enseñanzas mínimas.
El laboratorio de Anatomía Patológica es el servicio donde son procesadas, por el personal técnico especialista, distintos tipos de muestras para su estudio microscópico y posterior interpretación y diagnóstico por parte de un médico patólogo.

Los diferentes tipos de muestras que se reciben en el laboratorio son:
-HISTOLÓGICAS: biopsias, pieza quirúrgicas, necropsias, intraoperatorias.
-CITOLÓGICAS: citología líquida, punción aspiración con aguja fina (PAAF).

El término Anatomía Patológica deriva del griego:
Ana:separado tome:cortar pathos:sufrimiento logos:estudio

Se divide en anatomía humana y animal y en anatomía vegetal. También abarca la medicina forense que consiste en las llamadas autopsias y determinan las causas y cronología de la muerte.

En este capítulo se va a tratar más concretamente el procesado de piezas histológicas.
La histopatología trata el diagnóstico de enfermedades a través del estudio de los tejidos. En concreto, la biopsia, es la extracción de una muestra de tejido vivo para su examen microscópico con el fin de llegar a un diagnóstico. Pueden ser biopsias convencionales entre las que se distinguen dos tipos (las biopsias diagnósticas y las piezas quirúrgicas), e intraoperatorias. El proceso de un estudio histopatológico comienza con la petición de dicho estudio, donde debe estar la muestra bien identificada y asociada al paciente correcto. Se envían las muestras desde quirófano al servicio de Anatomía Patológica, en un bote cerrado asociado a la petición correspondiente y con la hoja de petición del estudio histopatológico.

2 Objetivos

-Procesar adecuadamente una biopsia para obtener una preparación histológica de calidad es función del Técnico de Anatomía Patológica.
-Analizar y diagnosticar morfológicamente todas las muestras que se generan en un hospital y en el área sanitaria correspondiente es objetivo del servicio de Anatomía Patológica, donde el procesamiento comienza con la obtención de la muestra que se quiera estudiar, y sigue con la fijación, inclusión confección de bloque, corte y coloración.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo se ha llevado a cabo un estudio del tema a tratar en varias fuentes de temática científica como Science Direct, Scielo, revista médica. El instituto Europeo de Anatomía Patológica. Última actualización de College of American Pathologists (CAP) Artículos y estudios de Google Académico.

4 Resultados

Cuando una muestra, en este caso una biopsia, llega al laboratorio de Anatomía Patológica, los técnicos se encargan de su registro y su procesado hasta obtener un preparado histológico listo para diagnóstico. La falta de indentificación de la muestra conlleva que el servicio pueda rechazarla, aunque en algunos casos

excepcionales podrá identificarse el bote con un rotulador de tinta permanente con todos los datos del paciente y lo que incluye el bote.

FIJACION

Fijar la muestra es el primer paso para empezar el procesado, ya que se consigue detener los procesos de putrefacción de los tejidos. Normalmente vienen fijados desde su procedencia em formol al 10% proporción 1:20, pero se debe comprobar a su registro que está fijada adecuadamente o si bien está en fresco avisar al anatomopatólogo para que nos indique cómo proceder. Depende del tipo de técnica que vaya a utilizarse y del tipo de tejido, puede utilizarse otro tipo de fijador que no sea formol.
Si son biopsias intraoperatorias se enviarán en fresco con una gasa humedecida en suero fisiológico para que el fijador en este caso no impida la realización del estudio, que trata de hacer cortes por congelación.
Otras biopsias que se envían en fresco al igual que las intraoperatorias son:
-Muestras para estudio de inmunofluorescencia como en riñón o enfermedades ampollosas cutáneas
-Biopsias con sospecha de enfermedad infecciosa
-Ganglio linfático
-Nervios y músculo con sospecha de patología primaria

INCLUSIÓN
La inclusión en parafina, se trata de que el tejido se endurezca para obtener cortes finos y uniformes.
Actualmente los laboratorios cuentan con procesadores automáticos encargados de este proceso que consiste en deshidratar la pieza para eliminar el agua del tejido. Se utilizan alcoholes en orden creciente. Después de los alcoholes entra el xilol que es el encargado de aclarar eliminando los restos, realizando varios baños sucesivos. Se le llama líquido intermedio.
Terminado este paso, se incluye en la parafina líquida que es el medio de inclusión mas habitual. Generalmente es un proceso que se realizará por la tarde/noche.

CONFECCIÓN DE BLOQUES

La confección de bloques se realiza al día siguiente. Los técnicos son los encargados de montarlos y consiste en colocar el tejido ya incluido en unos moldes metálicos, que se rellenan de parafina y se enfrían en una placa hasta su solidificación.

El objetivo es conseguir un bloque manejable con una dureza homogénea que permita realizar cortes de calidad sin romper las estructuras. Hay que orientar la pieza, en una posición adecuada para el tipo de corte que se desea realizar, siendo la cara inferior del bloque la superficie de corte.

CORTES EN MICROTOMO

Existen varios tipos de microtomo. El más utilizado es el microtomo de rotación que tiene cuchilla fija y sujeta-muestras móvil que se acciona con un volante con movimientos de rotación que lo mueven de arriba hacia abajo. Sabiendo esto, se coloca el bloque obtenido en el portabloques del microtomo. Se realizan cortes de 3-4 μ que se depositan en un baño de agua caliente para estirarlos bien y se "pescan" con un portaobjetos, previamente identificado con el número de biopsia asignado.
Una vez que los cristales de desparafinan en una estufa se realiza la tinción correspondiente. El proceso de tinción de rutina en histología es la HEMATOXILINA-EOSINA. La Hematoxilina es el colorante básico y tiene afinidad por las estructuras ácidas como los núcleos celulares (en azul oscuro o púrpura) y la Eosina actúa como colorante ácido y tiñe las estructuras básicas como el citoplasma de las células (en rosado).

Realizados todos estos procesos las preparaciones ya pueden ser observadas al microscopio por el patólogo.

5 Discusión-Conclusión

-El procesado de biopsias ya empieza en quirófanos o en consulta y allí se dispondrá de los recipientes adecuados y fijadores para su conservación, aunque muchas piezas son enviadas en fresco al laboratorio. -Es conveniente que haya una manual para uso interno del laboratorio que recoja los protocolos donde se indiquen los fijadores idóneos para cada tipo de muestra.
-Los técnicos no son los encargados de dar ningún diagnóstico ni de interpretar al microscopio el resultado obtenido, pero sí es cierto que sin la labor del técnico no podrían obtenerse preparaciones de calidad. Es muy importante que se entienda y se aplique correctamente la técnica en cada parte del proceso y que el trabajo de laboratorio se lleve a cabo cumpliendo los criterios de calidad que se sigan en el centro de trabajo. También sería conveniente disponer de un microscopio óptico para que el técnico pudiese verificar la calidad de la preparación ante cualquier

duda durante el proceso.

6 Bibliografía

-TECNICO ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA. CAMPUS MAD 2019
-PROCESADO CITOLOGICO Y TISULAR.FORMACION ALCALA
-BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO ESPAÑOL

Capítulo 89

RADIOLOGÍA CENTRADA EN EL PACIENTE

ENRIQUE DEL VALLE ÁLVAREZ

1 Introducción

Los rayos X los descubrió Wilhem Conrad y desde entonces han sido de vital importancia en la detección y curación de distintas enfermedades, ya que nos han permitido conocer nuestro cuerpo por dentro.
La rama de la medicina que los utiliza es la radiología, que emplea la tecnología de imagen para diagnosticar y tratar una enfermedad. La radiología se ha convertido en un servicios insustituible en la atención a los pacientes.
La radiología y diagnóstico por imagen acerca al doctor al diagnóstico de la patología, ya que es capaz de aportar conocimientos científicos que permiten detectar las anomalías que de otra forma no sería posible. Así el médico consigue información necesaria para establecer la estrategia y tratamiento pertinente en cada caso.
La radiología centrada en el paciente trata de que la persona sea el eje de toda la actividad radiológica, y de asegurar que el procedimiento de diagnóstico se centra en mejorar los resultados empleando los medios y su eficacia y una atención adecuada para cada paciente y aquello que necesite. Todos los miembros del personal hospitalario son importantes en el trato que recibe el paciente, desde los técnicos y enfermeros hasta los médicos, y todos deben trabajar en equipo para lograr ese objetivo.

2 Objetivos

Analizar cómo mejorar la atención para cada paciente, cuáles son los puntos básicos y clave para llegar a conseguir esa radiología centrada en él de la que hablamos en la introducción.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema, buscando en Elsevier, Medlineplus, radiología club, radiology MRI. La mayoría de artículos son recientes y están bastante actualizados. Además, algunos adjuntan vídeo simulando una actuación 'perfecta' lo que me ayudó para entender mejor el funcionamiento de los centros hospitalarios en relación con el trato al paciente.

4 Resultados

Lo más importante ha de ser siempre la comodidad y el bienestar de paciente, y para que eso sea posible son muy importantes las habilidades sociales del personal médico.
Las habilidades sociales son el conjunto de conductas que se adquieren a través de experiencias ensayadas a lo largo de la vida, y que ponemos en práctica cuando nos relacionamos con otras personas. Son aquellos comportamientos que nos permiten alcanzar nuestras metas, respetando los derechos de los demás, y nos hacen sentir bien con nosotros mismos.
La retroalimentación. Se trata de que el receptor haga saber al emisor si ha recibido o no su mensaje, con la finalidad de que el emisor sea consciente de cómo ha afectado el contenido del mensaje o su conducta al receptor.
Empatía. La empatía es la capacidad para percibir correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, de comprender su vida emocional. Es decir, ponerse en el lugar del paciente y ver la situación como él la ve. No implica necesariamente compartir opiniones o argumentos, ni siquiera estar de acuerdo con el modo de interpretar las situaciones que tiene la otra persona.
Escucha activa. La escucha activa es la capacidad de recoger y devolver el mensaje que el otro nos comunica. Por lo tanto, no consiste solo en oír, sino en interpretar y evaluar lo escuchado y responder al mensaje.
Además de las habilidades sociales y el trato que le damos al paciente son muy importantes también otra serie de pasos para que la prueba salga correctamente y el paciente se sienta satisfecho. Hay varios puntos clave para mejorar:

- Registro eficaz con las citas. Asegurar una hora exacta y una correcta ubicación, explicar el tiempo de prueba, avisar sobre los retrasos que siempre son posibles, garantizar la programación de la prueba, dar instrucciones sobre el papeleo…
- Servicio empático y compasivo. Preguntar y escuchar al paciente sobre sus necesidades, formar un ambiente acogedor, centrarse en el paciente desde que llega hasta que se va, ser comprensivo con el paciente.
- Pruebas seguras. Siempre revisar y ver que está bien el procedimiento, la dosis, la exploración. Protocolo de seguridad siempre. El radiólogo y el técnico deben comunicarse de forma clara con el paciente durante la prueba, siempre tranquilizándolo.
- Visibilidad del personal radiológico. Discutir los resultados con el paciente según la situación, ser más visible. Importante aquí la comunicación radiólogo-médico-paciente.

5 Discusión-Conclusión

No existe un Servicio de Radiología igual a otro ya que sus pacientes y culturas y patologías es diferente, como también el grado de participación y liderazgo de los profesionales que manejan los procesos y equipos tecnológicos.
Pero por supuesto, la Gestión del Conocimiento es la base del método: saber qué elementos se pueden modificar en la Atención del Paciente Radiológico, qué tecnologías podemos utilizar y cómo debe organizarse la gestión del cambio en la organización.
Es clave en la mejora mantener una comunicación continua y clara con el paciente y entre el equipo de profesionales que le atiende. Todo ello llevará a una satisfacción mayor del paciente.

6 Bibliografía

- Radiología centrada en el paciente[Internet] [citado 18 nov. 22]. Disponible en: Pacient centered radiology. RSNA. https://pubs.rsna.org/doi/abs/10.1148/rg.2015150110
Medicina centrada en el paciente: los retos que afronta radiología. Elsevier. [Internet][citado 18 nov. 22]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-medicina-centrada-elpaciente-los-S0033833819300098.

Capítulo 90

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

HENAR RODRÍGUEZ SUÁREZ

1 Introducción

La ecografía abdominal es una prueba diagnóstica no invasiva que ayuda a los médicos a diagnosticar y tratar condiciones médicas utilizando ondas sonoras de alta frecuencia que atraviesan el cuerpo y la sonda recoge los sonidos que rebotan. A través de una computadora, esas ondas son transformadas en imágenes en tiempo real. Podemos ver la estructura y el movimiento de los órganos del interior del cuerpo. También existen las eco-doppler, que son estudios de ecografía utilizados para analizar la circulación de la sangre de los vasos sanguíneos (arterias y venas). En concreto la ecografía abdominal permite el estudio de riñones, hígado, vesícula biliar, conductos biliares, páncreas, bazo y aorta abdominal. También se utiliza para ayudar a diagnosticar el dolor o la distensión. Por lo general, no se suele necesitar una preparación especial. Grosso modo, las enfermedades que suele ayudar a diagnosticar son las siguientes: dolor o distensión abdominal, órgano abdominal agrandado, cálculos biliares, cálculos renales, función anormal del hígado, apendicitis, aneurisma aórtico abdominal. La eco-doppler ayuda a evaluar lo siguiente: obstrucciones en el flujo sanguíneo, flujo sanguíneo aumentado, flujo sanguíneo reducido o ausente, tumores o malformaciones vasculares, estrechamiento de vasos sanguíneos. La ecografía abdominal proporciona muchos datos sobre diferentes patologías de forma no invasiva.

2 Objetivos

Determinar los usos médicos de la ecografía abdominal, así como sus beneficios y limitaciones.

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 ecografía abdominal adquiere una gran importancia al confirmar o descartar algunas de las afecciones más severas que el ser humano puede sufrir. Además, se trata de una prueba invasiva, por ello, el radiólogo puede tomarse más tiempo en examinar cada órgano del paciente y asegurar así su diagnóstico. Por lo general, y salvo en muy determinados casos, es una prueba que no genera dolor alguno. Es fácil de utilizar y más barata que la mayoría de pruebas por imagen. Otro beneficio de la ecografía abdominal es que nos aporta imágenes en tiempo real. En cambio, no se conoce ningún tipo de riesgo derivado de realizar esta prueba. El inconveniente de esta prueba, sobre todo en el abdomen, es que los intestinos están llenos de aire y las ondas de ultrasonido pueden ser interrumpidas por el aire o por el gas. Tampoco nos serviría para el estudio de los pulmones (pero sí se puede detectar líquido dentro y alrededor de ellos) ni para el estudio de las estructuras óseas. Además, los pacientes más grandes con mayores cantidades de tejido, son menos aptos a la hora de realizar una ecografía porque las imágenes puede que se interrumpan. Tras la realización de la ecografía abdominal, algunos pacientes son derivados al escáner para un estudio mucho más completo. La ecografía abdominal es imprescindible para el diagnóstico de cáncer de páncreas, hepatitis, adenomas, colecistitis… para ello el radiólogo deberá realizar un barrido del páncreas, riñones, vesícula biliar, bazo, aorta, vejiga y próstata. Es una exploración no dolorosa generalmente, en la que no se utilizan radiaciones ionizantes y que proporciona una imagen clara sobre todo de los tejidos blandos, al no crear complicaciones al paciente podrá repetirse las veces que sea necesario hasta llegar a un diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

Para diagnosticar algunas de las afecciones más graves que podemos sufrir, la ecografía abdominal es una de las pruebas cruciales a realizar según la sospecha que tengamos. Esto es porque en la cavidad abdominal se encuentran muchos de los órganos más vitales. Es rápida de realizar e indolora, por tanto es una buena elección para una primera toma de contacto de cara a un diagnóstico. La mayoría de enfermedades que podemos descartar o confirmar con ella son los cálculos renales y biliares, alteraciones de hígado y páncreas, apendicitis, entre muchas otras más y que de manera sencilla y rápida se pueden diagnosticar.

6 Bibliografía

Sustacha Sustacha JA, Peix Sambola MA, Alonso Martín D. Situación actual de la ecografía clínica pediátrica en Atención Primaria. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones del 66 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. Zaragoza; 2018. p. 396-7.
SEMG Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia: ABC de la Ecografía Abdominal

Ecografía abdominal: BATES, JANE/BOUZAS SIERRA, ROSAREV.

Descripción completa de: Manual de Ultrasonido Abdominal – Mani. Dr. Sanjeev Mani. 978-9962-678-28-1. Edición 2010.
Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW, Levine D. Diagnóstico por ecografía. 4ª edición. Madrid: Marbán; 2014

Capítulo 91

MAMOGRAFÍA DE DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

HENAR RODRÍGUEZ SUÁREZ

1 Introducción

El cáncer de mama es un tipo de cáncer que se forma en los tejidos de la mama, generalmente en los conductos que llevan leche al pezón y en los lobulillos que son las glándulas productoras de la leche. Este tipo de cáncer es el más frecuente entre las mujeres de todo el mundo. También lo pueden padecer los hombres, aunque con muchísima menor frecuencia. La edad es uno de los principales factores de riesgo a la hora de desarrollar cáncer de mama, además de consumir excesivamente alcohol. El sobrepeso es otro de los factores de riesgo junto con la presencia de este tipo de cáncer dentro del árbol genealógico. Siguiendo con la edad, para mujeres a partir de los 40-50 años, es muy recomendable realizarse una prueba de detección temprana del cáncer de mama como es la mamografía de detección. Por ello, en España, a partir del año 1990 se inician los programas de cribado del cáncer de mama. Se lleva a cabo con los siguientes criterios: - Para mujeres de entre 50 y 69 años de edad - Prueba: mamografía - Intervalo entre pruebas (si no hay cambios): 2 años Con este programa, en el caso de las mujeres que cumplen criterios de alto riesgo personal o riesgo de cáncer familiar o hereditario se realiza la valoración del riesgo individual y su seguimiento a través de protocolos de actuación específicos. La mamografía es una prueba en la que se obtienen radiografías del interior de la mama. Se puede utilizar con fines diagnósticos o para investigar y estudiar otros síntomas o hallazgos inusuales obtenidos en otras pruebas de imagen por diagnóstico. Las mamografías desempeñan una función vital para detectar el cáncer de mama ya que pueden detectarlo antes de

que éste cause algún signo o síntoma en la mujer. Para realizar una mamografía, las mamas se comprimen (de una en una) entre dos superficies para aplastar y así estirar todo el tejido mamario. El mamógrafo captura las imágenes en blanco y negro (con escala de grises) que más tarde serán examinadas por el radiólogo en otra computadora. Una mamografía tradicional obtiene imágenes de la mama bidimensionales. Los mamógrafos más nuevos crean imágenes de la mama en 3D (tomo- síntesis mamaria). Realizarse este tipo de prueba conlleva algún que otro riesgo y muchos más beneficios. Aunque los beneficios (como puede ser salvar la vida) siempre superarán a los riesgos.

2 Objetivos

Dar a conocer el sistema de cribado del cáncer de mama en España
- Determinar los riesgos y beneficios de la realización de una mamografía de detección precoz para el cáncer de mama
- Exponer quienes son las personas con mayor riesgo para desarrollar el cáncer de mama

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

Ya que el cáncer de mama es uno de los más extendidos de todo el mundo entre las mujeres, una prueba como es la mamografía cobra especial relevancia tanto a la hora de diagnosticarlo como de prevenirlo. No porque sea una prueba que evita padecerlo, sino que por ser tan precisa, se adelanta incluso a que la mujer tenga algún síntoma. La mamografía de rutina (o cribado) se utiliza para detectar cambios en las mamas que podrían ser cancerosos en personas que no presentan signos ni síntomas. En España, esta mamografía suele realizarse entre los 50 y los 69 años cada dos años (si no hay cambios significativos) ya que es poco probable

que las mujeres menores de 40 años obtengan algún tipo de beneficio de esta mamografía de detección del cáncer de mama, incluso tratándose de mujeres con antecedentes familiares cercanos a esta enfermedad.

Además, no hay que olvidar algunos de los riesgos derivados de esta prueba que podría ser perjudicial para mujeres tan jóvenes. Estas mujeres más jóvenes, preocupadas, tal vez, por padecer cáncer de mama, deberían aprender a auto explorarse los senos para familiarizarse con ellos y así poder notar cualquier cambio en los mismos. El cáncer de mama en menores de 40 años es raro y en menores de 30 años muy raro. La mamografía de diagnóstico se utiliza para estudiar cambios susceptibles de ser malignos en las mamas. Pueden ser bultos, secreción o mayor grosor del pezón, piel de naranja en la mama. También se utiliza para el estudio de los hallazgos inusuales en una mamografía de detección. En estas mamografía de diagnóstico, suele haber proyecciones (más imágenes) adicionales a una mamografía de rutina.

Algunos de los riesgos de una mujer de padecer cáncer de mama son los siguientes: edad, historia familiar de esta enfermedad, mutación genes BRCA1/BRCA2, menstruación demasiado prematura, obesidad, consumo de alcohol, senos densos , uso de hormonas (estrógeno y progesterona), nunca haber dado a luz. Cabe recordar que la mayoría de los cánceres de seno ocurren en mujeres sin factores de riesgo.

Hay varias pruebas a la hora de detectar de manera temprana el cáncer de mama y son las siguientes : examen clínico del seno (el médico palpa cuidadosamente senos y axilas) ; mamografía (imágenes en dos dimensiones del interior del seno) ; tomo síntesis del seno (mamografía tridimensional) ; ultrasonido mamario (fotografías del interior del seno utilizando las ondas sonoras) ; RMN del seno (utiliza un campo magnético y pulsos de radiofrecuencia para mostrar imágenes del interior del seno).

Beneficios de una detección temprana del cáncer de mama: – salva vidas – capta tumores pequeños, lo que hace que la mujer tenga más opciones de tratamiento – aumenta la detección de pequeños crecimientos de tejidos anormales confinados a los conductos de la leche
Riesgos : – posibilidad de desarrollar cáncer debido a la exposición excesiva a la radiación a lo largo de la vida – se pueden obtener falsos positivos. Entre 5 y 15% de las mamografías de rutina requieren de exámenes adicionales. En estos casos también se podría realizar la biopsia. – Resultaría peligroso en mujeres embarazadas debido a la radiación y el feto y habría que buscar alguna alternativa

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta la relevancia que cobra el cáncer de mama en la sociedad actual, es vital realizar las mamografías de cribado, que en España se realizan en un rango de 50-69 años. Estas mamografías pueden llegar a salvar vidas en mujeres que no presentaban ningún tipo de síntoma para poder abordar la enfermedad a tiempo. Los hallazgos inusuales de estas pruebas, requieren después de otras pruebas para confirmar el diagnóstico o para posteriormente hacer un seguimiento de un hallazgo inusual pero no sospechoso de ser cáncer. En jóvenes esta prueba no cobra precisamente importancia por la improbabilidad de mujeres jóvenes a sufrir cáncer de mama y podría ser peligroso para ellas debido a una radiación, con mucha seguridad, innecesaria. Cuando una mujer presenta algún síntoma, tanto si es su médico quien lo percibe como una misma, debe realizarse una mamografía de diagnóstico, que es igual que una mamografía de detección pero con mayor número de imágenes ya que se trata del estudio de algo más concreto. Previo a esto, es el médico quien debe decidir si esta prueba es necesaria o no ya que tiene muchos beneficios, pero también algunos riesgos, sobre todo para las mujeres más jóvenes.

6 Bibliografía

IOM Washington, DC: Instituto de Medicina, Academias Nacionales (7 de diciembre de 2011). El cáncer de mama y el medio ambiente: un enfoque del curso de la vida.

Luengo S, Muñoz A. Uso de la mamografía y de la citología de Papanicolaou para la detección precoz del cáncer de mama y de cérvix uterino en España. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III; 2002.

Luengo Matos S, Polo de Santos MM. Diferencias en los factores relacionados con el uso de la mamografía en las mujeres españolas en dos encuestas realizadas en 1994 y 2000. Rev Esp Salud Pública 2005.

Gutiérrez A, Taboada J, Apesteguia L, Arrizabalaga R, Asua J, Andreu FJ. Nuevas técnicas percutáneas de diagnóstico histológico de lesiones no palpables por sospecha de cáncer de mama. Proyecto FIS, Vitoria-Gasteiz, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2005 Informe número Osteba D-05-02.

Capítulo 92

EL MICROSCOPIO DE LUZ POLARIZADA

BELÉN BRAVO PELÁEZ

1 Introducción

El microscopio de luz polarizada fue inventado en 1830 por el astrónomo y óptico Giovanni Battista Amichi.
Es un microscopio de campo claro en el cual se usan filtros, normalmente dos polarizadores, que modifican la luz, entre estos polarizadores se coloca la muestra preparada entre el cubre y porta. Emplea tanto la luz transmitida, como la luz incidente.
Cuando usamos luz transmitida, esta atraviesa el objeto, por ello las muestras deben ser muy delgadas y trasparentes, permitiendo obtener un campo de visión con mucha luz, resaltando la estructura observada sobre un fondo iluminado.
A diferencia de la luz incidente, la cual incide de manera oblicua sobre la muestra, pudiendo abarcar todo el campo o focalizarse en un punto determinado. Así se observan las muestras, sin que estas sean trasparentes y finas, pudiendo dar lugar a imágenes tridimensionales.

El primer polarizador recibe la luz, seleccionando y transmitiendo solo las ondas que se mueven dentro de un plano concreto, para después incidir en la muestra observada.

El segundo polarizador también llamado analizador, está ubicado entre la muestra y el ocular. Tiene como función contrarrestar la luz emitida por el primer filtro. Aquí es cuando solo se emite hacia el ocular las ondas de luz producidas por la birrefringencia.

El principal uso de este microscopio en la actualidad, en el ámbito de la salud, tiene como objetivo la observación de sustancias cristalinas tanto a nivel intracelular como extracelular.

2 Objetivos

- Estudiar y conocer las bases del funcionamiento del microscopio de luz polarizada.
- Analizar avances producidos gracias al desarrollo de esta tecnología.

3 Metodología

Para poder elaborar este capítulo he realizado una búsqueda de información sobre el tema en artículos de las principales bases de datos, como Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando la información más relevante de estas publicaciones académicas revisadas. También se han consultado apuntes de las clases teóricas del curso oficial de mi titulación.

4 Resultados

El microscopio de luz polarizada consta de:
-Polarizadores: Antiguamente estaban formados por un conjunto de prismas de calcita, uno de cuarzo y otro de calcita, sin embargo en la actualidad los polarizadores están formados por una lámina de polaroid (polímero transparente que está revestido de cristales de sulfato de iodoquininia y que están orientados en la misma dirección)
-Condensador polarizador.
-Platina circular
- Objetivos polarizadores: Son diferentes a los objetivos del resto de microscopios, ya que deben tener capacidad polarizadora. Tienen la inscripción de P, PO, o Pol.
-Ocular con una cruz negra: Con la cual se marca el centro del campo visual.
- Lente de Bertrand: Se sitúa debajo del ocular, se puede sacar para comprobar interferencias, con la finalidad de ajustar la iluminación de una forma correcta.

Algunos materiales tienen todos sus átomos distribuidos uniformemente en el espacio y son simétricos entre sí. Como consecuencia, tienen las mismas características sin importar la dirección en la que los vayamos a medir.

Otros materiales sin embargo, presentan átomos totalmente desorganizados, sus componentes se colocan de manera asimétrica, variando en la dirección cuando los medimos. Tienen un índice de refracción distinto con respecto al haz de luz. Cuando la luz los atraviesa, surge la birrefringencia o también llamado el fenómeno de doble refracción, produciéndose así, dos rayos de luz refractados en dos planos distintos, que se propagan con diferentes velocidades, al proyectarse con diferentes ángulos y velocidades, el analizador los capta emitiendo hacia el ocular las distintas ondas de luz. Hay que tener en cuenta un dato muy importante y característico de estos microscopios, y es que los objetivos deben tener capacidad polarizadora.

Entre sus múltiples usos en la ciencia sanitaria destaca sobre todo la identificación de sustancias cristalinas, diferenciar células normales de patológicas, estudios inmunológicos, el estudio de amiloide, colágeno, cristales…

Aunque no debe olvidarse que antes de ser utilizado para este uso, fue de gran importancia en la geología y el estudio de cristales y distintos materiales anisotrópicos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión el microscopio de luz polarizada es muy versátil, ya que gracias a sus características podemos estudiar múltiples áreas, que abarcan desde la geología/cristalografía, a la medicina.

En el papel que más nos interesa en este caso, que es el área de la salud, marca un importantísimo antes y después en el diagnóstico de enfermedades como las amiloidosis, ya que pese a haber ciertas tinciones específicas para visualizar este material, las muestras estudiadas con luz polarizada desvelan la birrefringencia tan característica del amiloide.

También es de gran importancia en la visualización de cristales en la orina, asbestosis, observación de fibras colágenas, e incluso parásitos como los anisakis.

6 Bibliografía

https://www.cientifiko.com/microscopio-de-luz-polarizada/
https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/amyloidosis/symptoms-causes/syc-20353178

https://www.usroasterie.com/las-ventajas-de-un-microscopio-de-polarizacion.html
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/52434416/didactica_de_la_fisica_y_la_quimica_en_los_distintos_niveles_educativos_2-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1669036462&Signature=RFbEIdlEHIchK4L9HWzQJK8L6mW85PA4kGaUmryJu6qxPHqgcs-hYZjquLCZ5AA3Ptw1yjkTWKh1GcAIrfCXnJ1lWsXhf0u8l7nf5SXfgRVZa0aZvHf8bqYHEeZUpYceXUiL3uNOgPecPLpKLkLyPy9T4JyBXPFGEXSld2hwWB6h8TQH8Whf1o6Nyb0UPsFl-DUd9OUvJ9opNPvU52J-HPU-a5oyypX9LQAwztZPz2-L9T0WVbURcJJuc5QVdbIUVcn6tZ41q2m-ZO43Tp0hd9Ioq8g__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA#page=163

Capítulo 93

COMO AFECTA A LA SALUD Y A LA VIDA COTIDIANA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EL TRABAJO A TURNOS

MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ

MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES

VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

JOSE RAMÓN LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

Gran parte de nuestro tiempo lo invertimos en realizar nuestro trabajo. Por eso, es importante la repercusión que el trabajo tiene en nosotros. De ahí viene, la importancia de analizar, de qué manera, repercuten los turnos de trabajo en las personas. En la actualidad, en muchas empresas se establece el trabajo a turnos. Es especialmente, en el entorno hospitalario, donde este tipo de horario laboral está más implantado debido a las necesidades asistenciales. Los pacientes necesitan asistencia las 24 horas del día.

Esta modalidad de jornada laboral, afecta a los trabajadores en su vida diaria, ya que se ven obligados a modificar su reloj biológico. Los turnos de trabajo, son

horarios que no son fijos. Hay una mezcla entre horario diurno y nocturno, donde se implantan los turnos rotativos.

El trabajador que tiene turnicidad laboral, ve afectada su vida familiar y social. Pueden surgir problemas de salud, entre los que se destacan alteraciones del sueño. El turno de trabajo nocturno, al no poder descansar de una manera correcta, debido a la actividad laboral, va a generar problemas serios en la persona como: malestar, cansancio, dolores de cabeza y musculares, peor concentración, entre otros. Hay estudios que confirman, que el trabajar a turnos afecta en gran medida a la salud física y mental del trabajador.

2 Objetivos

• Conocer por qué es necesaria la turnicidad laboral en los centros hospitalarios.

• Saber qué riesgos conlleva el trabajo a turnos para la salud el trabajador y para su día a día.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las bases de datos: Scielo, Pubmed, Cuiden.

Descriptores:
- Personal sanitario.
- Trabajo a turnos.
- Problemas de salud.

Criterios de inclusión:
• Documentos escritos en idioma español.
• Publicados entre los años 2011 a 2021

Criterios de exclusión:
• Documentos escritos en idiomas distintos al español.

4 Resultados

El trabajo a turnos, que desarrolla el personal sanitario por necesidades del servicio que realizan, lleva implícito cierto tipo de riesgos para la salud física y mental

del trabajador. Tenemos un reloj biológico y unos ritmos circadianos se ven afectados cuando se trabaja a turnos. El problema es que, se alteran los periodos de sueño y vigilia.

A consecuencia de esta alteración, el funcionamiento fisiológico del organismo no es el correcto.
Aunque nuestro organismo intenta adaptarse y va modificando ese reloj biológico, según nuestro horario de trabajo y nuestras actividades cotidianas, no se está exento de las consecuencias, que estos desarreglos pueden llegar a generar en la persona.

Por mencionar alguna de estas consecuencias adversas, estarían:
• Los trastornos del sueño. Son habituales en las personas que trabajan de noche. Debido a la actividad nocturna, que el trabajador desempeña, al terminar su turno y querer iniciar el sueño, el cuerpo no se encuentra predispuesto a dormir. Cuando se consigue, el sueño no llega a ser reparador, ya que el trabajador viene de una actividad nocturna, de la que no le resulta fácil desconectar.
• Se desarrollan problemas digestivos, que están unidos a esta falta de orden en las comidas y a comidas generalmente más desequilibradas.
• Se genera problemas mentales. El trabajo que desarrolla el personal sanitario en su día a día, no está exento de estrés, a consecuencia de una carga psicológica importante, que se deriva de la atención a determinados pacientes y las características de sus patologías. Lo que implica el cuidado de una persona enferma, suele generar tensión emocional en el trabajador, que en ocasiones, es difícil de gestionar y que al juntarse con la turnicidad, deja al trabajador más indefenso emocionalmente. Este tipo de situaciones, pueden generar problemas de concentración, cansancio, irritabilidad, ansiedad y depresión.
• En el ámbito familiar y social, también afecta negativamente el trabajo a turnos, ya que, en muchas ocasiones, al trabajador le resulta difícil conciliar la vida laboral con la familiar. Actividades cotidianas como comer con la familia, pasar tiempo juntos, realizar las labores en casa, entre otras, se van a ver alteradas por los horarios del trabajador. La vida social, los amigos, también se van a resentir. Pasaremos menos tiempo juntos, al no disponer, el trabajador, de unos horarios acorde con el resto de las personas de su entorno con una actividad social más estable.

5 Discusión-Conclusión

Durante todo el año, todos los días del año y a todas horas, es necesario que los hospitales estén atendidos por trabajadores que realizan turnos rotatorios. Este sistema de trabajo permite que, en todo momento, todos los servicios del centro estén correctamente atendidos, al prestar una atención sanitaria de manera continua. Esta forma de trabajar conlleva ventajas para el trabajador, pero no está exenta de las desventajas que hemos considerado, tales como problemas físicos y problemas mentales.

Se hace necesario, que el trabajador, pueda disponer con suficiente antelación de su horario de trabajo, para que, de esta manera, pueda organizarse. A la vez, se debe controlar la salud del trabajador, para prevenir y así poder evitar problemas de salud que luego pueden llegar a ser irreversibles.

6 Bibliografía

• Prieto SG, Jiménez CA, Cázares G, Vera MJ, Esparza RI. Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. 2015; 31:669-679. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi

• Benavides, F. G.; Delclós, J.; Serra, C. Estado de bienestar y salud pública: el papel de la salud laboral. Gaceta Sanitaria, v. 32, n. 4, p. 377-380, 2017.

• Estrés laboral: implicaciones para la salud física y mental. Medicina Clínica, Volumen 146, Número 8, 2016, pp. 359-366

• Reich, M. & Remor, E. (2011). Calidad de Vida Relacionada con la Salud y variables psicosociales: caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. Psicooncología, 8, 453-71

Capítulo 94

ATENCIÓN AL PACIENTE AUTISTA EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA NUCLEAR

SUSANA FERNANDEZ LAVIANA

YASMINA LÓPEZ ARIAS

MÓNICA HEVIA MARTIN

1 Introducción

. La medicina nuclear es una rama multidisciplinar de la medicina. Brinda una gran diversidad de procedimientos para cualquiera de sus finalidades y su constante evolución, y la de las disciplinas de las que se nutre, requiere la formación continua del personal implicado en la unidad de medicina nuclear y el desarrollo de la tecnología y de los radiotrazadores.

El técnico de imagen para el diagnóstico incluye en su formación el manejo de los equipos de adquisición de imágenes disponibles en el servicio de Medicina Nuclear

La Medicina Nuclear emplea en sus exámenes sustancias conocidas como radioisótopos o radiofármacos en muy pequeñas cantidades, que no producen efectos en el paciente, permitiendo determinar más que la anatomía (tradicional de la Radiología), alteraciones del metabolismo o función de diferentes órganos, en una etapa muy temprana.

La distribución del radiofármaco en el órgano estudiado (por ejemplo, hueso, cerebro, corazón, tiroides, riñones u otros) es detectado fuera del cuerpo por un equipo llamado Cámara Gamma, que es similar a un Scanner.

Lo importante es que las exploraciones de Medicina Nuclear no son invasivas y carecen de efectos adversos, aportando información muy valiosa para determinar con mayor exactitud la patología que pueda estar presente en distintos órganos, a veces incluso antes que con otros exámenes.

2 Objetivos

Realizar un protocolo específico para pacientes con autismo para facilitar tanto al equipo sanitario, como al propio paciente y acompañante la adquisición de pruebas de diagnóstico o tratamiento.
Describir las pautas a seguir en el trato y manejo de situaciones que pueden suceder con este tipo de pacientes y hacerles más fácil y menos traumática la visita al departamento de Medicina Nuclear.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se han consultado las funciones del técnico de radiología así como una aportación de información a raíz de la experiencia durante el tiempo trabajado en el servicio de radiagnóstico, además de consultas en diversas páginas web Medline, Scielo y psicología relacionadas con el tema.

4 Resultados

Desarrollo De La Actividad
Tener en cuenta en el paciente TEA la dificultad para manifestar que tiene dolor, localizar el origen y describir los síntomas
Al salir de su entorno habitual pueden sufrir alteraciones del comportamiento. Es importante recibir aviso de la visita de un paciente TEA para poner en marcha el protocolo correspondiente:
 Recepción inmediata del paciente a su llegada, evitando esperas
 Ubicación de paciente en un área lo mas separada posible del resto de enfermos
 Acompañamiento continuo del paciente por la persona significativa
 Realización rápida de pruebas complementarias, priorizar la coordinación de las citas para que se realicen de la forma más eficiente posible y en el menor número de días posibles

 Las citaciones se devolverán de manera telefónica a través de un coordinador asistencial para facilitar que no tengan que someterse a la espera en espacios saturados, números y en general con ruidos.
 Se aconseja siempre sea el mismo equipo profesional el que atienda al mismo paciente

Recepción del paciente
Recibimiento cordial del paciente y acompañante:
 Contacto visual-facial
 Sonreír, llamar al paciente por su nombre
 Acomodar, recoger petición de consulta
 Transmitir tranquilidad y seguridad
Comprobar que todos los datos de la petición estén correctos, información sobre alergias, presencia de implantes metálicos, etc.)
En la hoja del paciente se deben verificar los datos relevantes, incluyendo los provenientes de la Historia Clínica, examen cardiológico, exámenes morfológicos realizados recientemente (Ecocardiograma, TC, RM), medicación actual y momento en que fue administrada la última dosis
Corroborar que el paciente está informado sobre a la prueba que va a ser sometido.
Consentimiento informado y firmado, si procede, facilitando cualquier aclaración en caso de duda. En el caso de niños o personas con discapacidad deberán de firmar el consentimiento su tutor@ legal. Deberá añadirse a su historia médica.
En el caso concreto de la radiología, la información debe ser oral en aquellos procedimientos de escaso o nulo riesgo, como ecografía, mamografía, TC sin contraste intravenoso, o radiología convencional (consentimiento simple o implícito).
Indicar al paciente portador de algún tipo de prótesis (dentaduras, audífonos, lentes, etc.), que, si fuera necesaria su retirada, la mantenga en lugar seguro y controlado para evitar incidencias
En el caso de mujeres en edad fértil, es necesario preguntar si la paciente se encuentra o puede estar embarazada, independientemente de las indicaciones al respecto que deben existir a la entrada de la sala de rayos X.
He de asegurarnos que el paciente ha seguido las indicaciones previas a la prueba.
Resolver cualquier duda, facilitar la comunicación al paciente y su acompañante.
Señalarle los pictogramas indicativos necesarios.

Acompañar al paciente

Indicar y acompañar al paciente la sala donde va a llevarse a cabo el estudio y explicarle el procedimiento que se le va a realizar, tranquilizarle.
En todo momento facilitar la comunicación con el paciente, dejarle ver, tocar con cuidado el equipo, dejarle hacer preguntas. Transmitirle confianza tanto a él como a su acompañante.
Dar información sobre los posibles riesgos asociados, en exploraciones que impliquen altas dosis de radiación
Al estar utilizando radiaciones ionizantes que tienen efectos secundarios perjudiciales para la salud, se tendrá siempre una mirada puesta en los conceptos básicos de radio protección, orientados tanto a la salud del paciente y acompañante como a la salud del personal expuesto a las radiaciones ionizantes
Delantales de plomo
Protectores de bismuto para la protección del cristalino
Protectores de bismuto para la protección de la mama
Protectores gonadales plomados
Para evitar artefactos durante el examen, sobre todo de cabeza y cuello, deben retirarse previamente todo tipo de joyas, prótesis dentales y auditivas, etc. La ropa con botones metálicos, cremalleras, corchetes, etc., debe ser retirada por el mismo motivo, sobre todo en exploraciones que interesan al tórax y/o al abdomen.
Si fuese necesario, debemos ayudar al paciente a desnudarse, respetando siempre en lo posible su intimidad.
El técnico también debe instruir al paciente sobre la forma de respirar, ensayando con él hasta que comprenda lo que tiene que hacer exactamente

SALA de exploración:
Transmitir información y tranquilidad
Hay que preguntar al paciente si siente calor o frío y actuar en consecuencia bien despojándolo de alguna ropa de cama o bien suministrándole una manta.
Para pacientes que sufren hipertensión, enfermedades cardiovasculares, pacientes nerviosos o considerablemente débiles, físicamente incapacitados o niños, debe efectuarse la exploración con especial atención. Cuando un paciente inconsciente o niño debe ser examinado, debemos inmovilizarlo y posicionar las manos para que no puedan moverse durante la exploración
Saber al paciente que estamos cerca y a su disposición para lo que desee. Durante la exploración por TC permanecerá solo en la sala de examen, pero que en todo momento estará siendo observado y escuchado para poder satisfacer sus posibles necesidades:
 fisiológicas
 Claustrofobia

Antes de la exploración, asegurarse que no hay utensilios como toallas o bolsas de orina, etc. sobre la camilla. Colgar estos de los ganchos localizados en el lateral de la misma

COLOCACIÓN del paciente
El posicionamiento de la cabeza del paciente en el apoyacabeza debe hacerse con cuidado sujetándole por la nuca.
La exploración torácica colocaremos los brazos por encima de la cabeza si es posible y, si no, a lo largo del cuerpo, quedando siempre dentro de la camilla.
Si el paciente está inconsciente o se trata de niños, debemos poner especial atención en evitar que los mismos sean alcanzados por las partes móviles del sistema y se inmoviliza el cuerpo usando los mecanismos necesarios
Hay que asegurar de que todas las partes del cuerpo del paciente, incluidas las manos, brazos y piernas, están en contacto con la superficie superior de la camilla, y no colgando o sobresaliendo de la misma.
Cuando movemos la camilla, sobre todo cuando está siendo operada desde la sala de control, debe prestarse especial atención para que ningún tubo de perfusiones o cualquier otro accesorio, pueda ser enganchado.
Cuando sea necesario realizar algún tipo de limpieza (suelos y uso de paño húmedo), se tendrá especial cuidado en no salpicar con agua. La humedad dentro del sistema puede causar un corte eléctrico o daños en el mismo.

5 Discusión-Conclusión

La elaboración de un tríptico informativo que contenga una amplia información del departamento de medicina nuclear, los equipos que se utilizan, etc con imágenes explicativas facilita una visualización al paciente o familiar previa al estudio para que el día que venga a realizar la prueba sepan en qué va a consistir y estén más relajados.
Cabe destacar que para cualquier personal sanitario o no sanitario que trabaje en un hospital es fundamental su empatía y respeto hacia los demás. Tratar a los pacientes autistas como cualquier paciente, no tenemos por qué tener un trato distinto hacia ellos, pero sí que es cierto que podemos actuar de cierta manera para facilitarles (o mejorarles) las cosas en muchos sentidos; que no se sientan agobiados, que se sientan comprendidos, valorados, etc.
Es muy importante realizar bien la prueba así como hacerles sentirse bien en nuestras manos.
Quitemos barreras a la discapacidad.

6 Bibliografía

http://aulaabierta.arasaac.org/ejemplos-de-uso-de-caa-grupo-del-dolor-para-personas-con-tea
http://carefirst.staywellsolutionsonline.com/spanish/Search/92,P09318
http://carefirst.staywellsolutionsonline.com/spanish/testsprocedures/92,P09319
http://www.doctortea.org/comunidades/comunidad-de-madrid/hospital-gregorio-maranon/
https://www.riojasalud.es/profesionales/comite-asistencial-de-etica/849-elaboracion-del-consentimiento-informado

Capítulo 95

EL TÉCNICO RADIODIAGNOSTICO EN EL ESTUDIO DEL DONANTE RENAL MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TAC)

NATALIA CAPARRÓS MARTÍNEZ

1 Introducción

El riñón es un órgano par encargado de la secreción de la orina. Se encuentra en el retroperitoneo a los lados de la columna lumbar y su parénquima consta de dos partes que son la corteza y la medula renal. La enfermedad renal terminal es la última fase de la enfermedad renal crónica, se da cuando el funcionamiento del riñón es inferior al 10% de la función renal normal. La enfermedad renal terminal puede acabar con la implantación de un riñón de un donante vivo o fallecido. La implantación de un riñón de donante vivo mejora la calidad de vida y aumenta la supervivencia del trasplantado frente a la diálisis. La insuficiencia renal terminal afecta a un 10% de la población adulta y ha aumentado un 30% en los últimos 10 años en España. De este total menos de un 1% será candidato a trasplante renal y siempre es preferible el riñón de un donante vivo. Para ello el candidato a donante deberá someterse a diferentes pruebas y entre ellas deberá realizarse un estudio radiológico para valorar la viabilidad de ese riñón. Un estudio radiológico de calidad permite valorar la calidad del injerto y dar garantía de éxito al receptor de dicho riñón. Es muy importante describir cualquier alteración y variante anatómica así como la morfología de las vías urinarias los riñones y comprobar el buen estado de la vascularización renal.

2 Objetivos

El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice cómo influye las funciones realizadas por el personal de técnico de radiodiagnóstico ante esta situación.

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

El uroTC o urografía por TC es un tipo de tomografía de abdomen con medio de contraste yodado específico para estudios del tracto urinario. El riñón debe y tiene que captar el medio de contraste y tiene que verse hiperdenso. El protocolo habitual para la valoración de un riñón de un donante sería realizar primeramente un estudio basal sin contraste de los riñones con baja dosis seguido de una adquisición en fase arterial hasta la sínfisis del pubis. Se coloca el ROI en la aorta abdominal cerca de la salida de las arterias renales y cuando la densidad es de 140UH se lanza la hélice, sin retraso. Esta fase es fundamental para valorar la viabilidad renal teniendo en cuenta el realce de las arterias renales.
Después se hace una fase nefrográfica hasta crestas iliacas desde el diafragma, y por último a los 7 minutos un barrido para la vía excretora con baja dosis. Se realizarán también reconstrucciones en coronal y sagital con el mismo grosor de corte que los planos axiales. Deberán valorarse mediante el TAC el tamaño y la localización del riñón, la arteria renal y la vena renal de dicho riñón, la grasa perirrenal, las lesiones del parénquima si las hubiera y las variantes de la vía excretora si las hubiera. Tradicionalmente, las técnicas complementarias de imagen utilizadas en la evaluación urológica han sido la urografía intravenosa y la angiografía por sustracción. Actualmente, con la evolución de los aparatos de TAC y RNM, las diferencias técnicas son mínimas. Ambas permiten llevar a cabo exploraciones con cortes muy finos. Cualquier alteración y variante anatómica así como la morfología de las vías urinarias los riñones y comprobar el buen estado de la vascularización renal.

5 Discusión-Conclusión

El estudio de vasos renales es de gran importancia a la hora de realizar un trasplante renal. El método de obtención de diagnóstico más adecuado para este estudio es el TAC multi detector de 64 canales o más por su elevada calidad en las imágenes las cuales se pueden comparar con un estudio angiográfico por su precisión sobre todo en los pequeños vasos venosos realizando estudios sin y con la aplicación de contrastes intravenosos. Da una amplia información del estado de los riñones, el sistema colector y los vasos. Se valora así mismo su rapidez y que no es un método invasivo como los estudios vasculares.

6 Bibliografía

- Fernández-Sarabia, T., De la Peña Zarzuelo, E., & Rivilla, E. A. (1999). Diagnóstico por imagen en el trasplante renal. Clínicas Urológicas de la Complutense, (7), 263.
- Fernandez, S. M. L., Romero, I. S., Camacho, L. G., Duran, C. M., Ramos, F. J. H., &
Cazalla, G. P. (2018). Evaluación mediante TCMD de la anatomía renal y vascular normal y variantes anatómicas con relevancia en la cirugía renal laparoscópica. Seram.
- Subirán, M. E. G., Guillén, R. Z., Dalmau, A. G., Martinez, I. M. E., & Fantova, G. R. (2014). TCMD en el donante vivo de riñón y en el seguimiento del donante vivo y de su receptor. revistanefrologia.com www.seram.es

Capítulo 96

DETALLES DE PEDIATRÍA POR EL TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO DETECCIÓN DE HIPOPLASIA

NATALIA CAPARRÓS MARTÍNEZ

1 Introducción

La definición y detección de un problema de salud en la población infantil que nos ocupa hoy será el defecto de reducción de miembros y que se expone como la ausencia o hipoplasia de un hueso largo, metacarpiano, metatarsiano o falange de uno o más miembros clínicamente significativos. Es muy variable asimismo desde un punto de vista radiológico por ello requerimos efectuar una buena descripción de los patrones que se observan en las pruebas complementarias para llegar al diagnóstico correcto, ya que esto condiciona el pronóstico, manejo clínico y consejo genético que puedan recibir las familias.

Si realizamos una búsqueda de la nosología y clasificación de los desórdenes genéticos esqueléticos la publicación de Mortier GR describe 28 entidades, es un campo muy amplio y muy difícil de sintetizar.

En este momento una de las guías más esgrimidas para la descripción y clasificación de los defectos congénitos de extremidades es el EUROCAT Guide y en esto nos basaremos para explicar los conceptos más básicos a tener en consideración para el manejo de estas patologías.

Nos podemos encontrar fallas de toda la extremidad (amelia), de solo un segmento (intercalar) o defecto de la zona terminal (transversal) o de la mitad o parte de una zona (longitudinal). Son más acostumbrados las deficiencias en miembros superiores, más frecuentes los defectos longitudinales seguidos de los terminales

e intercalares. La forma unilateral es más usual, sin predominio de la lateralidad derecha o izquierda. En miembros superiores es más frecuente la alteración pre axial y en miembros inferiores la postaxial.

2 Objetivos

Dar a conocer las principales características radiográficas en los defectos de la reducción de miembros en los pacientes infantiles por el Técnico en radiodiagnóstico.

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

DEFECTOS LONGITUDINALES EN MIEMBROS SUPERIORES
El defecto longitudinal pre axial es el más usual, afecta al lado radial (primer dedo, primer metacarpiano, lado radial del carpo, radio, incluso el segundo dedo puede estar afectado). Puede ser esporádico y aislado o ser un defecto asociado con otras patologías como VACTERL, Trisomía 18, TAR, Anemia de Fanconi, Cornelia de Lange y Holt-Oram entre otros.
En la radiología podemos ver en el radio una hipoplasia con disminución significativa de tamaño con desviación radial de la mano. El cúbito suele estar también incurvado con engrosamiento cortical en el lado cóncavo de la deformidad. Puede no haber radio (aplasia) o que se aprecie una sinostosis radiocubital
Como correlaciones a destacar tenemos el pulgar trifalágico que nos muestra de un problema radial con un síndrome de Holt-Oram o destacar que en la trombocitopenia con ausencia de radio el pulgar siempre está presenta con mayor o menor afectación.
DEFECTOS LONGITUDINALES POSTAXIALES
Son alteraciones en el lado cubital o medial (quinto dedo, quinto metacarpiano, lado cubital del carpo, cúbito, incluso el cuarto dedo que puede estar afectado).

Cuando surgen suelen estar asociados en un 70 % a problemas en el lado radial. No suelen asociar síndrome, son más frecuentes en displasias.
Como correlaciones a recordar sería con el Femur fibula ulna, ulnar mamary o Cornelia de Lange.

DEFICIENCIA FEMORAL PROXIMAL FOCAL

Es una patología rara con un fémur corto congénito en el 90 % de los casos unilateral.
Puede darse aislado o constituyendo parte de otras entidades como el síndrome femoral-facial o el síndrome femur-fibula-ulna. A nivel radiológico veremos un acortamiento e incurvación femoral, aparente falta de continuidad entre la diáfisis y la cabeza-cuello. Suele tener una coxa vara con un cuello retroverso y los cóndilos femorales hipoplásicos. Se asocia con deficiencias en la pierna (lo más frecuentes deficiencias en el peroné) y pie. Las caderas y rodillas suelen estar inestables con deformidad en flexión y aplasia/hipoplasia de los ligamentos cruzados.
Una de las clasificaciones más esgrimidas es la de Aitken que se basa en sí hay o no cabeza femoral y si hay continuidad entre la diáfisis femoral y la cabeza.
La dificultad en estos casos es que en niños más pequeños donde todavía no se ha producido la osificación de la cabeza femoral <3 meses con una radiografía simple no se ve si la cabeza está o no y debemos recurrir a otras técnicas como la ecografía. Con pruebas como la resonancia magnética podemos apreciar si existe conexión entre cabeza-cuello y diáfisis y podemos valorar los tejidos blandos (labrum, cartílago y músculos adyacentes atróficos) y posibles alteraciones de la rodilla.

DEFECTO LONGITUDINAL POSTAXIAL

Afecta al lado lateral (peroné- quinto metatarsiano - quinto dedo), es más frecuente verlo en los miembros inferiores, suele ser esporádico y unilateral y se asocia con deficiencia femoral proximal, rodilla inestable, agenesia de ligamentos cruzados. También podemos hallar un peroné corto o largo que aparece también en muchas displasias. Para saber si un peroné es normal en la radiografía, en >5 años que ya tienen osificada la extremidad proximal del peroné, sí trazamos una línea en la parte superior esta cruza la fisis proximal de la tibia y la fisis distal del peroné cruzaría la articulación tibio astragalina y en niños pequeños < 5 años donde no está osificada la epífisis proximal del peroné estaría solo un poquito por debajo de la fisis proximal de la tibia.

DEFECTO LONGITUDINAL PREAXIAL

En este caso está afectado el lado medial (tibia-primer metatarsiano -primer dedo), es menos frecuente que la postaxial. Predominantemente se presenta de

modo esporádico, aunque hay formas hereditarias autosómicas recesivas. Se asocia a entidades mucho más raras como mano-pie hendidos, síndrome de Werner (hemimelia tibial-polisindactilia-pulgar trifalángico) y FATCO (Fibular aplasia, tibial campomelia, oligosyndactily. Si radiográficamente solo vemos un hueso en la pierna, es importante saber si estamos ante una tibia o ante un peroné hipertrófico, es decir, hay que saber diferenciar si la deficiencia es tibial o peroneal. En el primer caso el peroné suele estar recto y no se articular con el fémur distal ni el astrágalo. En el segundo caso la tibia suele aparecer incurvada y se articula con el fémur distal y el astrágalo.

DEFICIENCIA LONGITUDINAL CENTRAL

Afecta a los dedos centrales del segundo al cuarto con o sin afectación de los metacarpianos o metatarsianos. Incluye casos típicos y atípicos de mano hendida, pie hendido y también la monodactilia que es un defecto de los dedos centrales y radiales con solo un dedo que normalmente es el 5º.

Se puede cuantificar la severidad con la radiografía en este tipo de afectación describiendo si tiene metatarsianos presentes o no.

DEFICIENCIA TRANSVERSA O TERMINAL

Es la ausencia de todas las estructuras distales a un punto perpendicular del miembro a cualquier nivel. Son esporádicos, no de causa genética siendo las principales causas las bandas amnióticas o la disrupción vascular durante la embriogénesis, pero también hay descritas una serie de correlaciones como con el síndrome de Adams-Olliver

BRAQUISINDACTILIA

Es característico del síndrome de Poland, ya que ostentan un defecto de reducción transverso en la mano ipsilateral siendo variable la alteración desde una mano normal a una hipoplásica o focomelia. Es más típico que se afecten primero las falanges medias y el primer dedo esté normal

DEFECTOS INTERCALARES

Ausencia o hipoplasia severa de la sección media, con estructuras distales asistentes normales o malformadas

FOCOMELIA

Suele ser aislada o asociada con embriopatías por talidomida, síndrome de Roberts, trombocitopenia-ausencia radio o síndrome de Holt-Oram.

5 Discusión-Conclusión

La heterogeneidad de los defectos de reducción de extremidades exige una clasificación homogénea para establecer la prevalencia de cada fenotipo. La evaluación

radiográfica y de otras pruebas complementarias como la ecografía, resonancia y tomografía computarizada son muy útiles a la hora de ayudar en el diagnóstico. Por ello debemos conocer las primordiales correlaciones que existen en las alteraciones que se examinan a nivel músculo esquelético con el objetivo de proporcionar una ayuda en el diagnóstico trabajando así de forma multidisciplinar con aquellas especialidades encargadas del tratamiento de estos pacientes. A través de guías para la descripción y clasificación de los defectos congénitos de extremidades como es el EUROCAT Guide nos permite lograr este objetivo.

6 Bibliografía

1.Mortier GR, Cohn DH, Cormier-Daire V, Hall C, Krakow D, Mundlos S, Nishimura G, Robertson S, Sangiorgi L, Savarirayan R, Sillence D, Superti-Furga A, Unger S, Warman ML. Nosology and classification of genetic skeletal disorders: 2019 revision. Am J Med Genet A. 2019 Dec;179(12):2393-2419.
2. Gold NB, Westgate MN, Holmes LB. Anatomic and etiological classification of congenital limb deficiencies. Am J Med Genet A. 2011 Jun;155A(6):1225-35

Capítulo 97

EL TÉCNICO DE RAYOS ANTE LOS RIESGOS DE LA RADIACIÓN

TOMÁS FERNÁNDEZ MUÑOZ

1 Introducción

Las pruebas de imagen médica son procedimientos que permiten a los médicos diagnosticar enfermedades y lesiones sin procedimientos invasivos. Algunas de estas pruebas implican la exposición a radiaciones ionizantes, lo que puede suponer un riesgo para los pacientes. Los procedimientos de imágenes son pruebas médicas que permiten a los médicos observar el interior del cuerpo para diagnosticar, tratar y controlar una afección. La radiación ionizante es una radiación realmente peligrosa para la salud porque tiene mucha energía. Cuando entran en contacto con la materia, la modifican a nivel atómico y celular. Puede cambiar el ADN.
Si las dosis de radiación superan cierto nivel, pueden tener efectos agudos en la salud, como quemaduras en la piel o síndrome de radiación aguda. Las dosis bajas de radiación ionizante pueden aumentar el riesgo de efectos a largo plazo, como el cáncer. Los efectos de la radiación en el cuerpo humano pueden ser enrojecimiento de la piel, pérdida de cabello, quemaduras por radiación o síndrome de radiación aguda. Estos efectos se hicieron más intensos a medida que aumentaba la dosis de radiación. Estamos expuestos regularmente a la radiación de una variedad de fuentes, incluidos los materiales radiactivos en el medio ambiente, el gas radón en nuestros hogares y los rayos cósmicos del espacio exterior. Esto se denomina radiación de fondo y varía de un país a otro.

2 Objetivos

Saber cómo actuar y realizar las radiografías para poder detectar los riesgos que estas pueden causar al paciente para poder prevenir.

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 y artículos encontrados en riesgos de radiación y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: técnicos de rayos, TSID, imagen, paciente, rayos x, riesgos de irradiación.

4 Resultados

La radiación no ionizante inicialmente no tiene efectos nocivos para la salud, pero la exposición a largo plazo a altas dosis puede causar efectos adversos. El riesgo de extender dosis más bajas en el tiempo es mucho menor porque el daño causado puede revertirse. En los centros de salud deben seguir ciertas pautas para protegerse de las radiaciones
X. Las salas de rayos X de diagnóstico a menudo están revestidas con plomo, que actúa como aislante de la radiación. Debido a su alta densidad, los rayos X no pueden atravesar el plomo. Las láminas de plomo deben colocarse en paredes, ventanas, techos, pisos, puertas como una forma de protección del ambiente colectivo y también en los chalecos protectores de los usuarios individuales. Los médicos a menudo usan procedimientos de imágenes para determinar el mejor tratamiento para un paciente. El tipo de procedimiento por imágenes que recomiende su médico depende de su condición médica y de la parte de su cuerpo que se esté examinando. Algunos ejemplos comunes de pruebas de imágenes incluyen: radiografías (incluidas radiografías dentales, de tórax y de columna), tomografías computarizadas o CAT (tomografías computarizadas) y fluoroscopia.
Las pruebas de imagen pueden ayudar a los médicos a comprender mejor los órganos, vasos sanguíneos, tejidos y huesos, determinar si la cirugía es una buena opción de tratamiento u otro tipo de radioterapia, guiar la colocación de catéteres, tubos, stents u otros dispositivos en el cuerpo y posicionar los tumores. Se tratan, se localiza un trombo u otra obstrucción y se manejan las opciones de reemplazo articular y el manejo de la fractura. En estos estudios podemos utilizar diferentes

tipos de agentes de contraste, dependiendo de las características del lugar a estudiar, ya que este es un punto muy importante a la hora de elegirlo.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando que los técnicos expuestos a la radiación durante sus turnos. Esto también afecta al medio ambiente (el edificio donde se encuentra la máquina).
Para reducir todo tipo de riesgos, además de limitar las dosis, debemos utilizar medidas de protección de plomo individual y colectiva en el medio ambiente.
La radiografía es la primera aplicación médica de las radiaciones ionizantes y la más conocida, sigue siendo la primera elección para el radiodiagnóstico. En el caso de las radiografías o de otras pruebas que implican la exposición a radiación ionizante, los médicos y los expertos pueden ayudar a reducir su exposición y el riesgo a daños.
El contraste radiográfico y tomográfico es útil para detectar patologías u observar cambios morfológicos. Hay muchas pruebas para comparar y en ocasiones incluso podemos utilizar una técnica de doble contraste.

6 Bibliografía

1. Consejo de Seguridad Nacional 2012.
2. Libro de Salud laboral: prevención de riesgos laborales. Formación Continuada Logoss. OMS: Radiaciones ionizantes.
3. Guía de seguridad 5.11 del Consejo de Seguridad Nuclear. Aspectos técnicos de seguridad y protección radiológica de instalaciones médicas de rayos X para el diagnóstico. Madrid, 1990.

Capítulo 98

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

TOMÁS FERNÁNDEZ MUÑOZ

1 Introducción

El técnico de rayos es un profesional esencial en el sector sanitario, que puede trabajar en diversos puestos de trabajo: en hospitales, clínicas, centros sanitarios o de atención primaria. Tiene diversas funciones que serán fundamentales en el tratamiento y diagnóstico de distintas patologías. Son uno de los perfiles más buscados en el área sanitaria y los salarios se han incrementado en los últimos tiempos, rondando entre los 15.000 y 21.000 € brutos anuales, si bien esta cuantía depende de variables tales como la antigüedad y la experiencia, también del sector de trabajo (si es público o privado), así como de la Comunidad Autónoma donde se trabaja. Además, de manera añadida, este profesional puede acceder a otras posiciones laborales, como es la gestión de departamentos de radiología o incluso convertirse en profesionales de consulta. Se precisa de un ciclo de Formación Profesional para acceder a este puesto laboral, siendo el Grado Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear, el grado que habilita para desarrollar estas labores. Los profesionales técnicos de rayos, a nivel hospitalario, trabajan en el departamento de imagen y se ocupan, principalmente, de obtener imágenes de las distintas pruebas radiológicas. Van a colaborar, de una manera muy estrecha, con los médicos radiólogos.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es analizar el papel que desempeña el profesional técnico de rayos en un hospital.

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

Se encuentra que los técnicos de rayos son los encargados de apoyar los diagnósticos concretos a través de las imágenes obtenidas. Estos profesionales deben estar altamente cualificados, ya que trabajan con tecnologías complejas y peligrosas.
Las técnicas y tareas de los técnicos de rayos son, por ejemplo:
- Realizar radiografías: utilizarán técnicas de rayos X para analizar la anatomía del cuerpo en una escala de grises. Esto se lleva a cabo exponiendo el cuerpo del paciente, o una parte, a una dosis de rayos X perfectamente controlada. El técnico de rayos no solo va a manejar los equipos, sino que también garantizará el confort y el bienestar del paciente durante el proceso, le explicara el procedimiento que se le va a realizar y le ofrecerá la atención sanitaria que precise.
- También desarrollará tomografías computarizadas y resonancias magnéticas. En el primer lugar, la tomografía computarizada utiliza también rayos X para la obtención de imágenes de los órganos internos, huesos y vasos sanguíneos, mientras que la resonancia magnética va a utilizar un campo magnético y ondas de radio para producir dichas imágenes.

Por otro lado, el técnico de rayos también se va a encargar de un adecuado mantenimiento de las salas y de los materiales, es decir, no solo va a manejar los equipos y realizar un trato directo con el paciente, sino que será su labor comprobar el correcto funcionamiento de los equipos, asegurarse de que los materiales y las salas están en buenas condiciones, esterilizadas e higiénicas.
Para acabar, controla la cantidad de radiación emitida por los equipos, es decir, va a garantizar que el paciente se expone a una cantidad mínima de radiación, la justa para producir la imagen que se precisa para el diagnóstico. Además, se

deben proteger a sí mismos y al resto del equipo médico, ya que estos profesionales van a trabajar de forma diaria con aparatos que emiten radiación y que pueden tener consecuencias peligrosas para la salud.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que el técnico de rayos es un profesional esencial en el diagnóstico y detección de determinadas patologías y enfermedades. Aunque su labor se ha vinculado de una manera clásica con el diagnóstico de fracturas, su papel es fundamental en el diagnóstico de otras problemáticas como, por ejemplo, el cáncer y la detección de tumores. Por otro lado, el adecuado uso de los distintos equipos y técnicas, como son las radiografías, los TC, las resonancias magnéticas, será labor de estos profesionales, garantizando no solo el bienestar del paciente, sino también del propio profesional y del equipo que lo acompaña.

6 Bibliografía

1. Tucci, A. (2012). Radiodiagnóstico y Radioterapia. Lulu. com.
2. Nocetti, D., Alarcón, R., Inzulza, A., Calcagno, S., Castro, M., Vargas, J., ... & Torres, B. (2015). Magnitudes y unidades para dosimetría a pacientes en radiodiagnóstico e intervencionismo. Revista chilena de radiología, 21(3), 94-99.
3. Gallar, P., & Lafuente, F. J. (2005). Radiodiagnóstico. Medicina Clínica, 124, 44-45.
4. Pesante, R. N. F. (2016). Percepción de atención humanizada y su relación con la calidad de atención en el servicio de radiodiagnóstico. UCV-Scientia, 8(2), 124-131.
5. De Méritos, B. A. R. E. M. O. Técnicos especialistas en radiodiag

Capítulo 99

ORIENTACIÓN Y REALIZACIÓN DE LOS BLOQUES DE PARAFINA EN DERMATOPATOLOGÍA

LAURA DEL CARMEN VILLORIA ÁLVAREZ

1 Introducción

Cuando llegan al Servicio de Anatomía Patológica las muestras a procesar, se debe observar la concordancia de la muestra con el volante y registrar la muestra en el ordenador. Tras esto, se realiza el tallado y el procesado del tejido en el casette, con crecientes graduaciones de alcohol y xilol, para deshidratar las muestras, aclararlas con xilol y finalmente incluirlas en parafina.
Tras el procesamiento del tejido, se efectúa la inclusión de una muestra ya procesada de piel en parafina y cuando esté perfectamente incluida, se realizan los bloques de parafina, para lo que hay que tener muy en cuenta la orientación de la piel, y se deberá recordar que a la hora de cortar, se tendrán que visualizar todos los estratos de la piel y que lo primero que tiene que entrar en contacto con la cuchilla será a hipodermis, estrato más blando de la piel. Se optimiza el proceso de corte, ya que salen cortes de mayor calidad, si se empieza a cortar por el estrato más blando del que ya hablamos (hipodermis), ya que cuenta con tejidos más blandos como el adiposo y se avanza en el corte hasta el tejido más duro (epidermis).

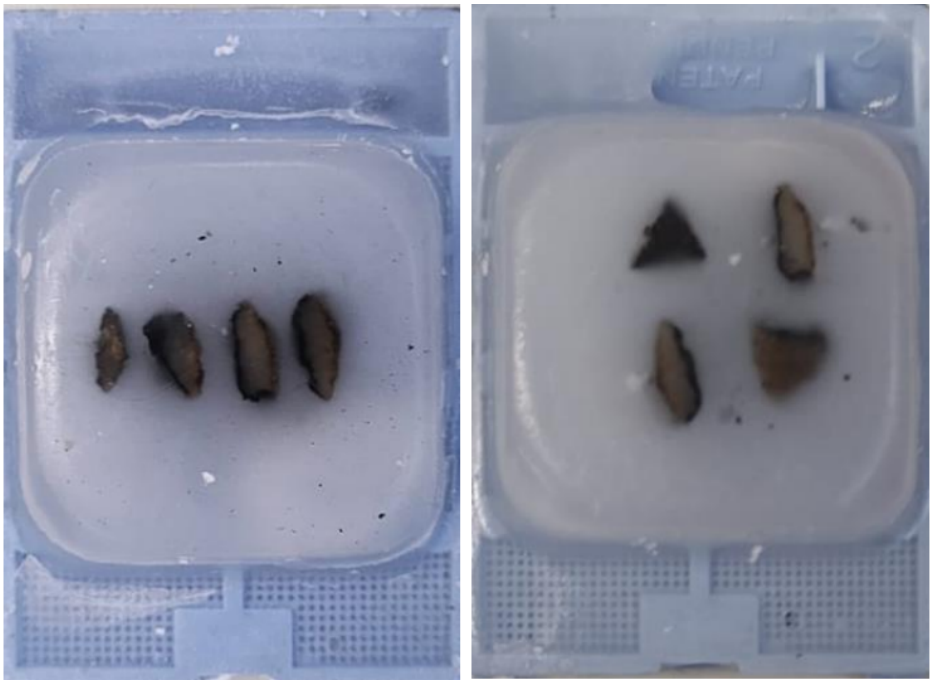
A continuación, se expondrá cómo se incluyen orientados de manera correcta en el bloque de parafina algunas muestras de tejidos procedentes de la piel.

2 Objetivos

El objetivo principal es poder demostrar la correcta orientación de los tejidos de piel en los bloques de parafina para que estén realizados de manera óptima a la hora de obtener cortes de calidad.

3 Metodología

Utilizando como fuente de información la consulta metódica de apuntes realizados por docentes de formación de Anatomía Patológica, se ha llevado a cabo este capítulo y se pone de manifiesto que la información contenida está contrastada y es original, verídica y hecha por profesionales dedicados.



4 Resultados

Para el quiste sebáceo, el cuerno cutáneo, la biopsia de escisión de piel y el dermatofibroma:

El facultativo o técnico decidirán en qué posición debe realizarse el bloque de inclusión en parafina. Si la pieza no es de gran tamaño, durante el procesamiento puede moverse el espécimen y, por lo tanto, perder la orientación. Normalmente, el tallado lo realiza otro profesional diferente al que va a realizar el bloque de parafina, por lo que es imprescindible una buena formación para poder identificar la orientación correcta que debe tener el bloque de parafina.
Hay que fijarse siempre en el borde de resección por donde el dermatólogo haya realizado la escisión de la muestra para poder orientar la pieza de forma correcta. También, reiterar, que siempre hay que colocar (con la ayuda de tinta china durante el tallado si se precisa) el tejido más blando más cerca en el bloque de la parte de la cuchilla y el tejido más duro, más alejado de la cuchilla para que salgan cortes de calidad.

En la imagen superior se pueden contemplar varios cortes de una biopsia escisional de piel. Según se mira la foto, a la izquierda se observa la manera correcta de orientar en el bloque los tejidos. A la derecha, se observa todo lo contrario, que es la manera incorrecta de orientar los tejidos en el bloque.

En la foto de la izquierda se puede ver en el bloque de parafina una parte más oscura marcada con tinta china que corresponde a la parte blanda de los tejidos y en el mismo fragmento a la derecha con contorno irregular, la epidermis que debe ser lo último en cortarse. Cada fragmento tiene la misma orientación y se encuentra bien incluido en parafina, además de que están en el mismo plano. Esta es la manera adecuada de realizar un bloque con varios fragmentos de tejido.

En la foto de la derecha, en el bloque de parafina se ven los fragmentos de tejido desordenados y, por tanto, no están orientados de la misma forma ni tampoco con el tejido más blando colocado para cortar en el bloque más cerca de la cuchilla. Además, pueden no estar bien incluidos ni en el mismo plano de corte. Esta foto muestra la manera en la que nunca se debe de hacer el bloque.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, en este capítulo se ha podido comparar la manera correcta de orientar los fragmentos de tejido en un bloque y como no hacerlo.
Si fuera para un solo fragmento de tejido, se aplicarían también las mismas normas que se citan en el apartado de resultados y que se recuerdan a modo resumen en este apartado:

1. Siempre orientar uno o varios fragmentos de tejido de la misma manera, con la parte de los tejidos más blandos para cortar más cerca de la cuchilla.

2. Comprobar la correcta inclusión en la parafina del bloque del tejido o fragmentos de tejido.

3. Al hacer el bloque, aplastar el tejido o fragmentos de tejido levemente con unas pinzas mientras se pone el molde de metal en la placa fría para dejar el tejido o fragmentos de tejido en un mismo plano.

6 Bibliografía

1.Atlas de histología vegetal y animal. Técnicas. Protocolos. INCLUSIÓN en PARAFINA.

2. IFAPES. CFC Dermatopatología avanzada. Tallado y orientación de los bloques.

Capítulo 100

INFECCIÓN TRAMISÓN SEXUAL: CLAMIDIAS

FATIMA SOHORA LAACHIRI MOHAMED

SUAD KABOR MOHAMED

FATIMA ZOHRA ABDESELAM CHAIRI

1 Introducción

La infección por Chlamydia trachomatis es la ITS más frecuente en todo el mundo. Si bien en los hombres se diagnostica con mayor facilidad, en las mujeres esta afección cursa habitualmente de forma sintomática (70-80 %) y larvada por lo que los casos no detectados, y por lo tanto no tratados, pueden progresar causando enfermedades más graves como enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico.

Esta infección tiene especial relevancia en embarazadas, puesto que los hijos nacidos de estas mujeres pueden infectarse a su paso por el canal del parto siendo las manifestaciones clínicas más frecuentes, conjuntivitis (Oftalmia neonatorum) neumonía del lactante. Además de la enfermedad causada en el recién nacido la infección por C. trachomatis puede afectar al embarazo causando ruptura prematura de membranas, prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal.

La mayor prevalencia de esta ITS en mujeres se encuentran las edades comprendidas entre los 15 y 25 años. Otros factores que incrementan el riesgo de padecer clamidiasis son un estatus socioeconómico bajo, grupos étnicos específicos, estado civil de soltería y numerosas parejas sexuales.

La infeccion por Clamydia trachomatis aumenta el riesgo de contraer la infeccion por elvirus la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras ITS.

2 Objetivos

El objetivo general de este capítulo es dar a conocer esta infección que por lo visto la mayoría de la población joven no tiene la información necesaria.

- Dar a conocer los diferentes tipos de ITS y las diferentes formas de evitar el contagio.

- Concienciar a los adolescentes acerca del problema que supone la aparición de ITS.

3 Metodología

Para la elaboración de este 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 cientificos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para el estudio de C. trachomatis para mujeres embarazadas se recogerían muestras de orina en el tercer trimestre en una fecha cercana a la fecha probable de parto con el objetivo de detectar este microorganismo utilizando técnicas de detección de ácido nucleico mediante PCR múltiplex a tiempo real actualmente disponibles en el servicio (Que además detecta en forma conjunta Neisseria gonorrhoeae y Trichomonas vaginalis, microorganismos que también puede afectar al feto) con el objetivo de realizar un tratamiento anterior al parto para evitar la infección neonatal.
Esta infección tiene especial relevancia en embarazadas, puesto que los hijos nacidos de estas mujeres pueden infectarse a su paso por el canal del parto siendo las manifestaciones clínicas más frecuentes, conjuntivitis (Oftalmia neonatorum) neumonía del lactante. Además de la enfermedad causada en el recién nacido la infección por C. trachomatis puede afectar al embarazo causando ruptura prematura de membranas, prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal.

La mayor prevalencia de esta ITS en mujeres se encuentran las edades comprendidas entre los 15 y 25 años. Otros factores que incrementan el riesgo de padecer clamidiasis son un estatus socioeconómico bajo, grupos étnicos específicos, estado civil de soltería y numerosas parejas sexuales.
Las posibles complicaciones de esta infección son diversa.Como otras ITS, A PESAR DE SU BUEN PRONÓSTICO, SI NO SE diagnostica y trata pronto la infección por clamidia puede tener efectos adversos importantes, como esterilidad especialmente en las mujeres.El tratamiento actual se basa en un solo antibiotico.Es una terapia muy efectiva .Es importante tratar a la pareja.
Los casos deben evitar las relaciones sexuales hasta que sus parejashayan completado el tratamiento y esten sin sintomas.
No es necesaria medida de aislamiento.Se recomienda la eliminación de objetos contaminados.
Tratamiento recomendadopara la infección.

5 Discusión-Conclusión

Existe una gran cantidad de infecciones de transmisión sexual e infecciones causadas por diferentes patógenos. En algunos casos, pueden transmitirse por vía no sexual. Su frecuencia ha aumentado debido a que están estrechamente relacionados con el comportamiento sexual de la población. Un grupo no tiene un tratamiento claro, mientras que los otros están relacionados con la aparición de diferentes cánceres. Su prevención pasa por el cambio de comportamientos, que solo se puede lograr a través de la educación, el trabajo con jóvenes con estilos de vida saludables, la prueba y el trabajo con grupos de alto riesgo y la creación de centros de atención especializados.

Los centros que se especializan en el tratamiento de infecciones de transmisión sexual son muy útiles en el tratamiento, pero el objetivo principal debe ser prevenir estas infecciones.

Los cambios de comportamiento se llevan a cabo a través de la educación sobre el sexo seguro, este método permite a las parejas usar condones en todo momento para reducir sus riesgos para la salud sexual. El sexo seguro es cualquier tipo de relación sexual que puede reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual. La regla básica para el sexo seguro es prevenir el contacto con úlceras genitales y el intercambio de fluidos corporales como semen, sangre y secreciones vaginales

6 Bibliografía

www.aepd .es asociacion de pediatria.
Clamydia control .ww. enfermedades infecciosas.

Capítulo 101

EL TRATO HUMANIZADO EN EL SERVICIO DE SALUD

VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

JOSE RAMÓN LÓPEZ GARCÍA

MARÍA LUISA MERA MOLEDO

MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Si nos pusiéramos a reflexionar y a pensar en las habilidades o cualidades necesarias para humanizar el sistema de salud, desde el punto de vista de cualquier trabajador, de cualquier categoría sanitaria (como por ejemplo: técnicos sanitarios, personal de enfermería, facultativos, etc.) podríamos destacar: el respeto mutuo, la amabilidad, el afecto, el saber estar y hacer, la empatía, la cortesía, la solidaridad, la suavidad en el trato.

Hoy día debido a la pérdida de valores a nivel general y por ende en la asistencia sanitaria, es de vital importancia que todos reflexionemos en la necesidad de no perder la humanización en el servicio de salud y hacer todo lo que esté en nuestras manos por recuperarlo si se ha perdido y darle la importancia que se merece.

Eso muchas veces implica que el profesional adopte o incluso desarrolle una actitud mental para poder reconducir o redirigir, a veces casi continuamente, sus

costumbres de actuación y dirigirlas hacia el bien del paciente-usuario.
Por otra parte, se espera que el paciente-usuario del sistema de salud también deba tener una predisposición o una tendencia hacia el uso razonable, justo y lógico de los recursos o medios que pone a su disposición el sistema nacional de sanidad.

2 Objetivos

- Definir qué significa el concepto de "humanizar la sanidad".
- Establecer un plan a seguir, con el objetivo de que la asistencia sea lo más humana posible.

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 humanización sanitaria la podríamos definir como la asistencia que tiene en cuenta no solo meramente los cuidados físicos, sino también la manera y las formas en que se proporcionan esos cuidados. Implicaría hacerlo de forma digna, con empatía, teniendo en cuenta sus sentimientos, sus valores, sus decisiones, respetando en todo momento los valores del paciente-usuario. En cuanto al trato recibido debería ser en todo momento de calidad, fomentando la cortesía, la empatía y el respeto. Nunca tratándolos o viéndolos como números u objetos sino como lo que son: personas humanas.
Una de las primeras cosas a tener en cuenta en un plan de humanización sería nuestra manera de hablar, comunicarnos y expresarnos con los pacientes-usuarios. Si lo hacemos de una manera que tranquilice y con palabras bondadosas va a tener muy buen efecto en ellos y va a facilitar cualquier tipo de tratamiento que le preceda o se le vaya a realizar. Lo que está claro es que hay cosas que son insustituibles, como una palabra amable, un ser humano que te escuche, una mirada tierna, un trato cálido, etc.

Pero ser una persona humana, no es solo ser amable y dar un trato afable, implica mucho más. La atención debería estar centrada en la persona, cediendo toda la importancia y prioridad al paciente-usuario, a sus cuidados, a sus tratamientos, permitiendo que se impliquen, tomen sus propias decisiones y dando una mayor participación a los pacientes. La información y la comunicación deberían ser adaptadas, para poder ser comprendida por todo tipo de pacientes. También debería adaptarse al nivel cultural de la persona, a su situación específica, a su edad.
La humanización de la atención sanitaria debería ser un compromiso adquirido por todo el personal sanitario, teniendo siempre en cuenta la vulnerabilidad del entorno sanitario y de la necesidad de ayuda que tienen los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para conseguir la excelencia y la calidad en la asistencia sanitara es de vital importancia no solo dar asistencia científica-técnica sino también dar la debida atención a otros aspectos como personalizar la atención y no ver al individuo como una enfermedad o una patología, sino como un todo, un sujeto con unas particularidades propias.
La atención humanizada es el primer paso para alcanzar el éxito y la calidad asistencial en un servicio de salud, donde los pacientes necesitan tener autonomía, implicación y participación. Si se consigue este objetivo va a mejorar la calidad de la asistencia en general y en concreto para cada paciente de manera individual.

6 Bibliografía

1. Plan de humanización de la asistencia sanitaria 2016-2019. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad.
2. Artículo ”I Jornada de humanización como valor de las profesiones sanitarias”. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. 8 de febrero de 2017, de la revista www.medicosypacientes.com
por el Doctor Sánchez Martos.
3. Artículo ”Otro aspecto de la humanización asistencial”. Doctor Jacinto Bátiz Cantera, de la revista www.actasanitaria.com.
4. “Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria”, INSALUD, 1984, P.19.

Capítulo 102

MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL LABORATORIO

ESTEFANÍA GARCÍA LÓPEZ

CARMEN MARÍA INGELMO ROMERO

M ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ

TAMARA GARCÍA BLANCO

1 Introducción

Las medidas de seguridad son consideradas fundamentalmente para la realización de buenas prácticas de laboratorio, así como también para permitir una buena seguridad, higiene, actuación, protección y calidad.
Podemos definir Equipo de Protección Individual (EPI) como un equipo especial que se utiliza por el personal para crear una barrera protectora entre uno mismo y los riesgos o peligros que puedan amenazar su salud o seguridad. Definimos las medidas de seguridad en laboratorios como un conjunto de medidas preventivas con el objetivo de proteger la salud del personal que desempeña las tareas frente a los riesgos de dicha actividad, para evitar accidentes y contaminaciones.

El elemento clave es la actitud proactiva hacia la seguridad y la información que nos permita conocer los riesgos que hay presentes en el laboratorio, para su posterior corrección y eliminación. En general es muy importante la ubicación de todo el equipo, material y demás para el buen funcionamiento del personal en el laboratorio.

Hoy en día se ha avanzado mucho de la seguridad dentro de los laboratorios, ya que es una parte fundamental a la hora de trabajar en ellos siendo el laboratorio el lugar donde se manipulan numerosos productos peligrosos, por ello es importante seguir una serie de normas generales sobre los diversos aspectos que se aplican a la mayoría de laboratorios.

2 Objetivos

- Exponer las adecuadas normas generales de seguridad en el laboratorio.
- Describir el material y el equipo del laboratorio y mencionar los elementos de protección.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consistente sobre el tema que estamos tratando (Seguridad en el laboratorio) basada en una búsqueda en diferentes libros y webs de ámbito sanitario como por ejemplo las bases de datos: Medline o Scielo.
Palabras clave: Seguridad, EPI, Laboratorio.

4 Resultados

A continuación vamos a describir una serie de normas generales de seguridad e higiene en el laboratorio, la utilización de productos y materiales; y para finalizar vamos a mencionar cada uno de los elementos de actuación y protección, así como sus características principales.
1. Normas generales de seguridad:
- El laboratorio debe permanecer limpio y ordenado. Los vertidos deberán recogerse todos sin excepción.
- Como normal general básica todo el personal del laboratorio deberá lavarse las manos al entrar y salir del laboratorio. Se deberá llevar todos los EPI (Equipo de Protección Individual) necesarios.
- Debe estar prohibido ingerir todo tipo de alimentos en el laboratorio. Para beber
- La ventilación dentro del laboratorio debe ser eficaz, pudiendo utilizar filtros HEPA (recogedores de partículas de alta eficiencia).
- Se debe evitarse el uso de lentes de contacto por posibles irritaciones oculares. Para ello es importante el uso de gafas de seguridad.

2. Utilización de productos y materiales:
2.1. Uso del material de pipetas y material de vidrio
- Está prohibido pipetear con la boca, ya que se pueden ingerir líquidos nocivos. En su lugar se recomienda el uso de bombas de aspiración manual.
- A la hora manipular se deben utilizar guantes. Dependiendo el tipo de trabajo o las sustancias a manipular se utilizarán guantes de látex, vinilo, nitrilo, etc.
- Revisar el estado del material antes de su uso y desechar aquel que esté dañado o defectuoso.
- Abstenerse de calentar el vidrio en la llama. Se debe colocar un material que difunda el calor, como por ejemplo una rejilla metálica.
2.2. Aparatos con llama
- Realizar el mantenimiento correcto de gas.
2.3. Estufas
- Utilizar estufas con un sistema de seguridad para el control de la temperatura. Por ejemplo dos termostatos.
- Realizar un mantenimiento correcto.
2.4. Cromatógrafo de gases
- Disponer de guantes resistentes al calor cuando se manipulen zonas calientes y así evitar posibles quemaduras.
- Realizar un mantenimiento periódico preventivo.

3. Elementos de actuación y protección:
- Fuentes lavaojos
- Duchas de seguridad
- Extintores
- Equipos de ventilación de emergencia
- Mantas ignífugas
- Neutralizadores

5 Discusión-Conclusión

A través de este capítulo se pretende dar a conocer las normas generales básicas de seguridad, los equipos y materiales del laboratorio, así como también conocer los elementos de protección y actuación ante posibles riesgos o incidentes producidos en el laboratorio.

A día de hoy es importante para el personal de laboratorio el uso correcto del equipo de protección individual (gafas de seguridad, guantes, bata, etc.) para pre-

venir accidentes. Sin embargo, una mala praxis, puede poner en peligro la salud del trabajador.
Todo personal de laboratorio debe presentar unas actitudes de prevención y actuación ante los posibles riesgos presentes en un laboratorio.

6 Bibliografía

1. https://medlineplus.gov/.
2. García MJ, Silva MC Técnico especialista en laboratorio del servicio de salud del Principado de Asturias (SESPA). Vol 1. Sevilla: Editorial MAD; 2019.

Capítulo 103

IMPORTANCIA DE LA HIGIENE PERSONAL EN CENTROS HOSPITALARIOS DEL PERSONAL NO SANITARIO

IGNACIO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La mala higiene personal del personal no sanitario en los centros hospitalarios pueden conllevar la transmisión de enfermedades del personal a los pacientes y viceversa. Por lo que es muy importante incidir en las medidas higiénicas necesarias para prevenir en lo posible la transmisión de enfermedades evitables en la medida de una correcta higiene personal por parte de los trabajadores no sanitarios que desempeñan sus funciones en centros hospitalarios.

Durante la pandemia, las infecciones nosocomiales adquirieron notable notoriedad, pues las personas hospitalizadas se infectaban con Sars-Cov 2 y además, las personas enfermas de coronavirus grave se infectaban a su vez con patógenos que resistían a los antibióticos.

Muchos de estos contagios se hubieran evitado si el personal sanitario hubiese usado correctamente sus equipos de protección y hubiese lavado adecuadamente sus extremidades superiores.

Este evidente desconocimiento del personal que trabaja en Centros Hospitalarios provocaron que las Autoridades Sanitarias se empeñaran en que sus trabajadores tuvieran todo el conocimiento de como realizar correctamente un lavado de manos adecuado a las tareas que deben realizar.

Cabe destacar en este sentido, como la OMS se empeñó en el uso habitual de alcohol como el mejor desinfectante de manos para evitar la proliferación de contagios no ya solo en el ámbito hospitalario, también en centros de trabajo o comercios de todo tipo.

2 Objetivos

Resaltar la importancia de la higiene para el personal no sanitario que trabaja en hospitales y elaborar una pequeña guía de como ha de ser esta higiene.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda sistemática de libros y consulta de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Google Scholar, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para evitar las infecciones hospitalarias, el procedimiento más sencillo que existe es el correcto lavado de manos. Las manos son el vehículo más importante de transmisión de infección nosocomial.
Distinguimos entre flora transeúnte (contaminante o no colonizadora) es la constituida por microorganismos aislados de forma persistente en la piel pero cuya presencia de forma consistente no se ha demostrado en la mayoría de personas. Esta flora a pesar de ser transeúnte puede ser peligrosa dada su fácil transmisión a través de las manos. (Ejemplo E coli) y flora residente está constituida por microorganismos aislados de forma persistente en la piel en la mayoría de personas. Esta flora no se elimina con facilidad mediante fricción mecánica (lavado de manos)
Tipos de lavado de manos:
Lavado higiénico: Tiene como objetivo eliminar la suciedad y la flora transeúnte
Antisepsia de las manos: Eliminar y destruir la flora transeúnte.
Lavado quirúrgico: Eliminar y destruir la flora transeúnte y reducir la flora residente.
Por su tipo de trabajo, el personal sanitario deberá realizar un lavado higiénico con una serie de precauciones:

- Mantener las uñas limpias, cortas y sin pintar.
- No utilizar ningún tipo de adorno en las manos.

Cuando debe realizar el lavado higiénico el personal no sanitario:

- Al iniciar la jornada.
- Con anterioridad y posterioridad al uso de la cafetería.
- Tras utilizar el servicio.
- Cada vez que se está en contacto con medicinas.
-Antes de tener contacto con personas y después de dicho contacto.
- Al utilizar guantes.
- Al finalizar la jornada.

Técnica del lavado de manos higiénico:

- Abrir el grifo.
- Enjabonarse las manos y antebrazos durante medio minuto.
- Enjuagar correctamente.
- Cortar el agua con una servilleta de papel que se tirará a la papelera.
- Utilizar otra toalla de papel para secar nuestros brazos.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de su importancia, es un hecho constatado la falta del lavado de manos por parte del personal no sanitario que trabaja en los hospitales.

Este hecho pudiera deberse por un lado a la incapacidad de las autoridades sanitarias de explicar su importancia y a la falta de recursos disponibles (de personal, lavabos insuficientes o situados de forma incorrecta, carencia de toallas de papel, jabones no aceptados por el personal, etc…)

Deben identificarse cuáles son los factores responsables de la posible práctica incorrecta del lavado de manos. Al considerar el lavado de manos, no debemos olvidar el cuidado de las manos, evitando dermatitis, que puedan afectar de forma negativa las actividades/comportamientos por parte del personal no sanitario respecto al lavado de manos.

6 Bibliografía

de Arriba-Fernández A., Molina-Cabrillana M.J., Serra-Majem L. Evaluación de la percepción y conocimientos de la higiene de manos en profesionales sanitarios de un hospital universitario. Educ Médica [Internet] 2021 Nov;22(6):340–345

Du Q., Zhang D., Hu W., Li X., Xia Q., Wen T., et al. Nosocomial infection of COVID-19: A new challenge for healthcare professionals

O'Toole R.F. The interface between COVID-19 and bacterial healthcare-associated infections. Clin Microbiol Infect

Capítulo 104

TURNICIDAD Y NOCTURNIDAD

MARIA OLIMPIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

ESTHER DEL RIO MONTES

YOLANDA FELGUEROSO SUAREZ

JORGE GARCIA FERNANDEZ

ANA GLORIA FLÓREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Con el sistema de organización del trabajo a turnos lo que se busca es la producción continua en las tareas, con equipos de trabajadores que se relevan con el objeto de que no se detenga la actividad laboral. Algo más del 14% de los trabajadores y las trabajadoras de nuestro país, lleva a cabo su actividad profesional de esta forma.

La turnicidad laboral, repercute en la salud del trabajador y ocasiona trastornos fisiológicos, y psicosociales como insomnio, alteraciones gastrointestinales, la imposibilidad de adaptación a la conciliación familiar y la vida social, etc.

Trabajar por turnos, particularmente de noche, es uno de los factores que más afecta a los ritmos naturales del organismo. Si cuando el cuerpo está preparado para la actividad, se le obliga a ir a dormir y por el contrario, cuando el organismo está listo para descansar, lo forzamos a realizar una actividad, estamos alterando nuestro ritmo biológico, lo que provoca riesgos en nuestra salud.

Cuando se trabaja a turnos, especialmente en los turnos de noche se sufren desajustes como la alteración de los ritmos biológicos.

Si hablamos de nocturnidad, según el Estatuto de los Trabajadores, el trabajo nocturno es aquel que se realiza entre las 22 y las 6 horas.

2 Objetivos

Exponer las consecuencias perjudiciales para la salud de los trabajadores y de las trabajadoras del trabajo a turnos y con nocturnidad.
Enumerar pautas y recomendaciones a seguir para minimizar estas consecuencias.

3 Metodología

La metodología a seguir ha sido la revisión bibliográfica tras la consulta de bases de datos automatizadas y trabajos científicos que tratan sobre la materia específica a estudiar. También se ha realizado una búsqueda en distintas páginas web y se ha seleccionado aquella información más actualizada y específica sobre el tema.

4 Resultados

Las consecuencias y efectos del trabajo a turnos y nocturno pueden afectar a la salud de los trabajadores y de las trabajadoras en forma de trastornos gastrointestinales, de alimentación (lo que puede promover problemas importantes de obesidad), también problemas de sueño y nerviosos, falta de motivación, es posible que afecte a nuestro estado de ánimo, nos hace envejecer precozmente y hay más probabilidades de sufrir depresión, diabetes, enfermedades coronarias, cáncer de mama y colon. Se incrementa el número de accidentes de trabajo, así como los problemas en la salud de los huesos y musculares.

Los trabajadores y trabajadoras que trabajan en turno nocturno pierden cinco años de vida por cada quince años de trabajo, duermen entre 5 y 7 horas semanales menos, se divorcian más que el resto de sus compañeros y tienen muchas más probabilidades de sufrir problemas metabólicos, cardiovasculares, digestivos o psicológicos (datos de la Organización Internacional del Trabajo)

En relación a los efectos negativos en el puesto de trabajo, baja el rendimiento laboral y aumenta la insatisfacción.

Es cierto que en algunas actividades son imprescindibles los turnos (hospitales, servicios de urgencias, etc.), pero otras veces se hace así, claramente por motivos económicos.

Aparte de las medidas preventivas que nos da la Organización Mundial del Trabajo para mejorar las condiciones del trabajo a turnos y en horario nocturno, existen algunas recomendaciones y pautas a seguir como pueden ser las siguientes:

-Aumentar las pausas y tiempos de descanso.
-Hacer ejercicio, ya que ayuda a regular el ritmo biológico.
-Tener especial atención a la alimentación e identificar una serie de alimentos que nos ayudarán a sincronizar nuestro reloj interno.
-Usar luz brillante para mantenerse despierto.
-Establecer un coeficiente reductor de jubilación para los que hubieran trabajado a turnos.
-Intentar no trabajar nunca en horario nocturno solos.
-Tratar de dormir lo más pronto posible al llegar a casa y establecer un horario para dormir de al menos seis horas seguidas.
-Se deben evitar los turnos dobles, asegurando el relevo.
-Conocer con la máxima antelación posible el horario de turnos asignado.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha expuesto en este capítulo, son numerosas las consecuencias para los trabajadores del trabajo a turnos y con nocturnidad.

Se debe tener en cuenta que el tiempo de trabajo es uno de los aspectos de las condiciones de trabajo más importantes y más directamente relacionado con la vida cotidiana. La distribución del tiempo libre es un elemento determinante para el bienestar de los trabajadores y las trabajadoras.

El trabajador debe llevar a cabo una serie de estrategias para afrontar la turnicidad, como por ejemplo, dormir lo suficiente para sentirse descansado, ingerir comidas ligeras, y practicar ejercicio para mantenerse en buena forma física.

6 Bibliografía

-https://dialnet.unirioja.es/
servlet/tesis?codigo=206579
-http://scielo.isciii.es
-https://www.sciencedirect. com
-https://www.scopus.com/home.uri
-Estudio sobre la influencia de la turnicidad en los hábitos alimentarios de los profesionales sanitarios. (Trabajo Fin de Master, Universidad de Zaragoza)
-Recomendaciones de la OIT.
-NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno.
-https://www.infosalus.com
-https://www.cochranelibrary.com/

Capítulo 105

TRABAJAR DE PIE

ESTHER DEL RIO MONTES

ANA GLORIA FLÓREZ ÁLVAREZ

JORGE GARCIA FERNANDEZ

MARIA OLIMPIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

YOLANDA FELGUEROSO SUAREZ

1 Introducción

Los trabajadores de la sanidad como técnicos de laboratorio o enfermeros y también el personal no sanitario que desempeña su función laboral en la lavandería del hospital, cocina, personal de limpieza, etc. son un ejemplo de los trabajadores y las trabajadoras que por obligación tienen que desarrollar su labor de pie para el correcto desarrollo de su tarea.
Si trabajamos de pie durante un largo periodo de tiempo sin estar en movimiento puede llevar a ocasionar serios riesgos para la salud de los trabajadores y de las trabajadoras en cualquier tipo de actividad laboral.
Sin embargo, trabajar de pie no solo acarrea problemas para la salud, sino que también hay alguna ventaja como que se contribuye a una mayor quema de calorías y a una mayor tasa de productividad, se fortalecen los músculos de las piernas, glúteos y lumbares y se evitan malas posiciones posturales al sentarse, aunque, por otro lado, si estamos en una posición tensa de pie durante un lardo periodo de tiempo seguido los músculos pueden llegar a sufrir agarrotamiento y sufrir dolores.

2 Objetivos

Describir los aspectos más relevantes relacionados con los riesgos y medidas preventivas de la salud de los trabajadores y las trabajadoras que desarrollan su jornada laboral de pie.

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

Permanecer mucho tiempo de pie requiere una tensión muscular continua con la finalidad de mantener el equilibrio, lo cual favorece una disminución del suministro de sangre a los músculos que soportan la carga. Esto provoca una sensación de fatiga y dolor sobre todo en las piernas, espalda y cuello.
La espalda es la que más se resiente. Diferentes estudios dicen que el dolor de espalda es la primera causa de baja laboral en España.
Además de los músculos y las articulaciones, el flujo sanguíneo es otro de los grandes afectados por estar más de ocho horas de pie. Para los trabajadores y las trabajadoras que sufran problemas de circulación no es recomendable y puede dar lugar a las temidas y dolorosas varices.

Las posiciones posturales de pie prolongadas durante un largo periodo de tiempo pueden ser fatigantes si no se relajan los músculos posturales afectados y pueden ocasionar serios problemas como pueden ser:
-Circulación lenta de la sangre por las piernas lo que provoca inflamación de las venas.
-Trastornos reumáticos.
-Problemas en la zona lumbar y cervical que pueden derivar en una escoliosis o cualquier otro problema de espalda o cervicales.
-Algunos de los estudios realizados también apuntan al aumento de la incidencia de la arterioesclerosis al incrementar la carga sobre el sistema circulatorio acumulando la sangre en los miembros inferiores sobre todo cuando permanecemos un largo periodo de tiempo sin realizar movimientos.

Como medidas preventivas más destacadas para reducir los riesgos laborales derivados de trabajar de pie, se pueden señalar las siguientes:
-Es recomendable colocar la zona de trabajo o mesa a una altura en la que el plano de trabajo sea a la altura de los codos.
-Si es una tarea de precisión o hay que hacer algún tipo de arreglo, entonces el plano de trabajo puede estar situado ligeramente más alto.
-Se recomienda cambiar de posición de trabajo de una manera continua y regular.
-Siempre que la actividad a realizar lo permita y sea posible hay elevar una de las piernas apoyándolas en algún objeto para poder descansar la espalda.
-Alternar de manera regularlas posturas de pie y sentados, combinando las dos posiciones regularmente.
-Descansar regularmente, sobre todo cuando notemos que los músculos se resienten.
-Hacer estiramientos de los músculos de vez en cuando y de forma regular.
-Revisar que el pavimento donde realicemos la labor no sea muy duro y que el calzado sea adecuado para estar de pie.

5 Discusión-Conclusión

El cuerpo humano no está preparado para permanecer de pie muchas horas. Más de dos horas en esta posición pueden provocar problemas de salud.
Algunos profesionales de la salud encuentran algunas ventajas al trabajar de pie en oposición a trabajar sentados y aducen motivos como que los hombres y las mujeres estamos mejor diseñados para estar de pie que sentados, ya que en la posición de sentados modificamos nuestras curvas fisiológicas y estar de pie es una posición más natural que tonifica la musculatura gravitatoria y la oxigena mejor.
Como en casi todos los aspectos de la vida en general, lo idóneo sería un equilibrio y poder combinar las dos posiciones, mezclando los tiempos para obtener los beneficios de las dos opciones. De todas formas la formación en prevención de riesgos laborales es fundamental para minimizar las consecuencias de trabajar de pie para los trabajadores y las trabajadoras.

6 Bibliografía

-Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995),
-CORTÉS DÍAZ, J.M.: "La Ley de Prevención de Riesgos Laborales y su desarrollo reglamentario". 4ª Edición. Ed. Tébar. Madrid, 2006.

-https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
-https://www.scielo.org/es/.
-https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 106

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN HOSPITALARIO

YOLANDA VILAS ANDRÉS

1 Introducción

El almacén de una institución sanitaria es aquel lugar físico destinado al almacenaje de mercancías. Su función principal es la de garantizar el aprovisionamiento, custodia y distribución de los productos sanitarios y no sanitarios a las distintas unidades y servicios del hospital.
Los almacenes se clasifican en función del tipo de materiales que contienen o por el servicio que prestan. Según el tipo de materiales se dividen en :
Almacenes de materiales de uso relacionado con los enfermos o sanitarios como es el almacén de farmacias, el de material clínico fungible o el de material quirúrgico y aparataje.
O por el contrario almacenes de materiales para el funcionamiento del centro sanitario como el de lencería o papelería. Además existe un almacén general que incluye a varios de los mencionados anteriormente.
Para el correcto funcionamiento de una institución sanitaria, al igual que ocurre en cualquier tipo de almacén, la clasificación de los productos ha de ser minuciosa y exhaustiva, así cuando los productos sean requeridos se facilitará su localización y se llevará un control de movimiento de las existencias. Además es necesario realizar un inventario de las existencias con cierta periodicidad y siempre, una vez al año, se debe hacer un recuento físico de todas las existencias.

2 Objetivos

Nombrar las distintas funciones que desempeña un celador de almacén resaltando la importancia de su labor.
Detallar los distintos tipos de almacén que existen en las instituciones sanitarias y su funcionamiento.

3 Metodología

Para esta publicación científica se ha llevado a cabo una extensa revisión bibliográfica, realizando búsquedas de textos científicos sobre el tema a desarrollar. Se ha buscado y analizado los artículos encontrados en las bases de datos Medline, Dialnet, Pubmed, Scielo entre otros, seleccionando aquellos que mostraban mayor evidencia científica.

4 Resultados

El celador de almacén en un centro sanitario desempeñará las siguientes funciones:
-Recepcionará las mercancías recibidas e informará al responsable del almacén de la entrada de las mismas.
-Revisará el material recibido mediante el albarán de entrega. Comprobará si el número de bultos recibidos es correcto y será el encargado de llevar un control de los pedidos de forma cuantitativa.
-Revisará que el producto recibido esté en buen estado.
-Cargará y descargará la mercancía recibida.
-Colocará los distintos artículos en las estanterías del almacén
-Comprobará que los vales de pedido estén bien cumplimentados para entregar la mercancía pedida. La petición de material en el formulario oficial debe de ir firmada por el responsable del servicio ya sea el supervisor de planta o el jefe de la unidad. En esta ficha deben de aparecer los siguientes datos: denominación del material que se pide, cantidad solicitada, código de los productos y servicio que realiza la petición, tipo de almacén al que se dirige, fecha en el que se hace la solicitud y firma. La mercancía solicitada se retirará junto con una copia de la hoja de pedido en la que el personal del almacén corrobora la cantidad entregada con la pedida para que el proceso esté perfectamente coordinado.
-Será el encargado de preparar y distribuir la mercancía solicitada a las distintas dependencias del hospital.

-Llevará un inventario diario del material tanto del producto que entra como de las salidas.
-Deberá notificar al responsable del almacén de todas las entradas de material.
-Contribuirá en el inventario general.
En una institución sanitaria existen dos tipos de almacenes que se clasificarán en función de las características del material que allí se almacene y según su uso si está relacionado o no con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La función del celador de almacén consistirá en custodiar las mercancías depositadas, cuidando de la distribución y colocación de las mismas.
Además, será el encargado de la recepción, control y distribución de los productos demandados por los distintos servicios del hospital.
La organización y limpieza del almacén ha de ser óptima para así conseguir una mayor eficacia de su servicio y el celador es el responsable junto a otros profesionales de que esto se cumpla en mayor medida.
Para asegurar el abastecimiento de toda la institución sanitaria en todo momento, el trabajo realizado por el personal en el almacén ha de ser rápido y eficaz.

6 Bibliografía

-Manual Del Celador de Instituciones Sanitarias. EDITORIAL MAD.
-ttp://celadoresonline.blogspot.com/
-https://revistamedica.com/celador-servicio-almacen
-Temario Oposiciones a Celador. SICEPA.

Capítulo 107

EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL ÁMBITO SANITARIO

ARANTXA VÁZQUEZ SÁENZ

FATIMA RODRIGUEZ QUINTELA

BEATRIZ GONZALEZ GARCIA

ROBERTO SUÁREZ RODRÍGUEZ

SANDRA CARLOTA MARTÍNEZ-CUE GARCÍA

1 Introducción

Los equipos y las estrategias que los hacen funcionar han recibido una atención creciente en las últimas dos décadas. Muchos artículos y libros abordan atributos específicos que son importantes para que los equipos funcionen de manera efectiva. Hay muy pocas organizaciones que no se basen en equipos.
La literatura científica refleja el predominio de los equipos en el ámbito laboral, con considerable consenso sobre las características que definen a los equipos y sin consenso sobre una única definición. La mayoría de los equipos de investigación tienen cinco características:
• Un equipo consta de dos o más personas.
• Los miembros del equipo tienen funciones específicas, realizan tareas específicas e interactúan o se coordinan para lograr objetivos o resultados comunes.
• Los equipos toman decisiones.

• El equipo tiene habilidades y conocimientos especializados y, a menudo, opera en condiciones de alta carga de trabajo.

Los equipos se diferencian de los grupos pequeños en que realizan acciones colectivas resultantes de interdependencias de tareas. El trabajo en equipo a menudo requiere que los miembros del equipo se adapten entre sí, ya sea de forma secuencial o simultánea, para lograr los objetivos establecidos.

Los ejemplos de grupos que se ajustan a esta definición incluyen el trabajo en equipos médicos de emergencia, equipos de cuidados intensivos, salas de parto, unidades neonatales y equipos quirúrgicos.

Esta misma definición se aplica a órdenes militares y policiales, tripulaciones aéreas – comerciales, servicios de rescate y bomberos, y equipos de gestión empresarial.

2 Objetivos

El objetivo es definir el trabajo en equipo y su naturaleza, así como las habilidades y actitudes a tener en cuenta de los miembros que lo forman. Finalmente, se definen distintos tipos de entrenamientos para el equipo de trabajo.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática a través de la literatura científica existente y a través de guías especializadas en el tema. Además, también se han utilizado bases de datos de Scielo, Pubmed, Scopus, utilizando palabras clave como equipo, grupo, empresa, salud, sanidad, eficacia, eficiencia.

4 Resultados

Tradicionalmente, el trabajo en equipo se ha descrito utilizando la teoría de sistémica. Esta teoría asume que los aportes, los procesos y los resultados del equipo evolucionan con el tiempo.

Los aportes incluyen información sobre la tarea que se realiza, los elementos del contexto en el que se realiza el trabajo y las actitudes individuales de los miembros del equipo ante la situación.

Un proceso de equipo incluye la interacción y coordinación requerida por los miembros del equipo para lograr una meta específica.

Los resultados del equipo son un subproducto de sus esfuerzos colectivos. Así, el trabajo en equipo ocurre en las fases del proceso.
El trabajo en equipo tiene lugar en la fase del proceso en la que los miembros seleccionados interactúan y y trabajan juntos para lograr el resultado deseado.
La introducción de una estructura de equipo en su organización no conduce automáticamente a un trabajo en equipo efectivo.
Se identifican tres tipos de habilidades necesarias para un trabajo en equipo exitoso.
• Conocimientos de trabajo en equipo.
• Habilidades de trabajo en equipo.
• Actitudes respecto al trabajo en equipo.
Las habilidades cognitivas de trabajo en equipo son los principios y conceptos que forman la base para completar con eficacia las tareas asignadas. Si funcionan como un equipo, los miembros seleccionados deben conocer las habilidades requeridas, los comportamientos específicos apropiados y cómo esas habilidades y comportamientos se deben mostrar en el entorno del equipo. Además, cada miembro debe comprender las metas y objetivos del equipo y ser consciente de los roles y responsabilidades de otros miembros para lograr esas metas.
Este conocimiento compartido permite que los miembros del equipo se comuniquen mejor y, por lo tanto, coordinen las diferentes tareas que deben realizar, lo que resulta en operaciones eficientes.
Es imprescindible que cada miembro del equipo reconozca las tareas, los intereses, las tendencias, las fortalezas y las debilidades de los demás.
Cannon Bowers et al. definen estas habilidades como la capacidad de interactuar de manera razonablemente efectiva con otros miembros del equipo. Clasifican todas las habilidades de trabajo en equipo en ocho categorías:
• Adaptabilidad: La capacidad de reconocer y responder a las desviaciones del curso esperado de los acontecimientos y las necesidades de otros miembros del equipo.
• Conciencia situacional: Una comprensión general de la situación que se está experimentando y las estrategias apropiadas para abordar los requisitos de la tarea.
• Supervisión del desempeño y retroalimentación: La observación y control del trabajo de otros miembros del equipo para garantizar que el trabajo se lleve a cabo de acuerdo con el plan y siguiendo los procedimientos establecidos.
• Liderazgo: Cada equipo necesita tener un líder. Debe poder liderar y coordinar a los miembros, evaluar el desempeño del equipo, asignar recursos, motivar a los subordinados, planificar, organizar y mantener un ambiente de equipo positivo.

• Relaciones individuales: Resolver fácilmente los conflictos y diferencias entre los miembros del equipo sin crear un ambiente hostil o defensivo.
• Coordinación: la capacidad de combinar las actividades individuales con las de otros miembros del grupo.
• Comunicación: La capacidad de enviar y recibir mensajes de manera eficiente.
• Toma de decisiones: los miembros del equipo deben ser capaces de tomar decisiones dentro de sus responsabilidades asignadas.
Sin embargo, varios estudios han demostrado que es difícil medir más de cuatro habilidades de trabajo en equipo en experimentos con profesionales en otros campos. Según estos hallazgos, las mejores habilidades para satisfacer las demandas de los miembros del equipo son aquellas que son relevantes, aptas para el aprendizaje y medibles.
Las habilidades de actitud se definen como estados internos que influyen en los comportamientos específicos de los miembros del grupo. La confianza mutua entre los miembros del equipo y una actitud positiva hacia el trabajo en equipo son esenciales para el éxito del trabajo en equipo. Estas habilidades incluyen:
• Orientación de equipo: La opinión de otros miembros del equipo mejoran el rendimiento individual y promueven la cohesión del equipo.
• Eficacia del equipo: La creencia de que un equipo puede funcionar eficazmente como una unidad cuando a cada miembro del equipo se le asignan tareas específicas.
• Visión compartida: Una postura acordada sobre la misión, metas y dirección del grupo.
• Cohesión de equipo: La fuerza colectiva que hace que los miembros se sientan parte de un equipo: El atractivo del concepto de equipo como estrategia de mejora de la productividad.
• Confianza mutua: La actitud positiva que tienen los miembros del equipo entre sí (sentimientos internos, estados de ánimo o climas internos).
• Orientación de equipo: Una creencia compartida de que un enfoque grupal para la resolución de problemas es más beneficioso que un enfoque individual.
• Importancia del trabajo en equipo: La actitud positiva que tienen los miembros del equipo hacia su trabajo.
Vaziri et al. señalan que niveles más altos de confianza mutua entre los miembros del equipo conducen a un entorno de trabajo más armonioso y productivo.
Un estudio posterior informó de diferencias entre los miembros del equipo con criterio independiente, ya que tendían a equiparar el éxito con la competencia; y los miembros del equipo con mayor orientación de grupo, tendían a tener un punto de vista opuesto.

En este estudio en particular, los miembros del equipo que piensan más como equipo superaron significativamente a sus compañeros de criterio independiente en la toma de decisiones debido a los beneficios de compartir tareas con otros miembros del equipo.
Además, este último grupo de trabajadores pudo examinar el comportamiento de otros miembros y concluyó que el enfoque grupal es superior al enfoque individual.
En definitiva, el grupo sabe, hace y experimenta cosas. Además, lo hace en el contexto de un entorno particular.
La eficiencia y eficacia de un equipo están estrechamente relacionadas con la capacidad de sus miembros para integrar las características de diferentes personas y situaciones. Cada miembro del equipo debe comprender los aspectos técnicos y tácticos de la tarea en cuestión, así como las fortalezas y debilidades de sus compañeros de equipo. Todos los miembros del equipo no solo deben cumplir con sus responsabilidades y hacer los cambios necesarios, sino también monitorear las actividades de sus compañeros de equipo y minimizar los posibles conflictos. Los equipos efectivos demuestran estas habilidades mientras mantienen una actitud emocional positiva hacia el propio grupo.
Finalmente, los equipos no trabajan de forma aislada. Las características de la organización, la cultura de premios y castigos, reglas, procedimientos, estructuras y recursos siempre deben tenerse en cuenta y estos deben ser relevantes para las tareas a realizar.
El entrenamiento grupal es la aplicación de estrategias de formación basadas en herramientas bien documentadas que abordan un conjunto específico de competencias. La capacitación eficaz del equipo debe reflejar principios teóricos comunes, proporcionar información sobre los requisitos de comportamiento del equipo, permitir que los miembros del equipo practiquen las habilidades necesarias y brindar retroalimentación para la mejora continua.
Muchos investigadores trabajan en estudiar las estrategias y técnicas más efectivas para moldear conocimientos, habilidades y competencias específicas de la situación.

5 Discusión-Conclusión

La ciencia del trabajo en equipo y la formación de equipos ha evolucionado y madurado en las últimas dos décadas.
Investigaciones anteriores han identificado las habilidades necesarias para un trabajo en equipo eficaz en otras situaciones complejas. Muchas, si no la mayoría,

de estas habilidades son aplicables al sector de la salud.
Por lo tanto, es deseable desarrollar un sistema de clasificación con terminología estandarizada.
Esta clasificación debe enumerar e identificar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para trabajar de manera efectiva en un equipo de atención médica.
El primer paso para desarrollar este sistema de clasificación es establecer un nivel apropiado de interpretación para cada requisito.
Por lo tanto, se recomienda a la comunidad médica a utilizar estas estrategias siempre que sea posible, ya que algunas de ellas son relativamente fáciles de diseñar e implementar en muchos entornos, especialmente en quirófanos y unidades cerradas.

6 Bibliografía

1. Aritzeta, A. y Ayestarán, S. (2003). Aplicabilidad de la teoría de los roles de equipo de Belbin: un estudio longitudinal comparativo con equipos de trabajo. Revista de Psicología General y Aplicada, 56 (1), 61-75.
2. Habilidades Sociales. Cristina Menéndez Vega ,IES N1 Gijón.
3. Cuadra Peralta, A. y Veloso Besio, C. (2007). Liderazgo, Clima y Satisfacción Laboral en las Organizaciones. Universum. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales, 2 (22): 43-58.
4. Feris Levy, T. y Castro Suárez, M. (2006). La importancia de la satisfacción laboral y el clima organizacional para un buen desempeño en la Organización. Facultad de Psicología. Universidad de La Sabana. Chía, Colombia.
5. Silberman, P. y Arnaudo, C. (2013). Modelos Municipales de Salud: consideraciones teóricas para la construcción de un hacer desde la reflexión de los saberes. Archivos de Medicina Familiar y General, 10(1) :5-9.

Capítulo 108

CAÍDAS DE PERSONAS A DISTINTO NIVEL

SUSANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

NOEMI MALNERO VARELA

1 Introducción

Una caída desde diferentes alturas se produce cuando una persona pierde el equilibrio y existe una diferencia de altura entre dos puntos, dado que el punto de partida es un plano de referencia horizontal sobre el que está parada la persona. Por su frecuencia y consecuencias (invalidez, traumatismos y fracturas, muerte, etc.) constituyen un importante problema de salud pública.

Las caídas pueden ser provocadas por factores propios del sujeto (edad, trastornos del equilibrio, trastornos de la marcha, agitación, incontinencia urinaria, caídas previas, uso de medicamentos, especialmente anestésicos y sedantes, discapacidad visual…) o ambientales (terreno liso, restricciones por el medio).

Las caídas a varios niveles en la industria de la salud ocurren en trabajos que requieren algún medio (banquete, escalera, etc.) para llegar a una posición alta en estantes o gabinetes, cuando estos son inadecuados o están en mal estado. También puede ocurrir por escaleras fijas dañadas (resbalones, peldaños rotos, pasamanos sueltos) o por obstáculos en el camino.

Por ejemplo, aunque el trabajo de un asistente administrativo se considera agradable, todavía existen riesgos que, si no se abordan, pueden provocar accidentes y enfermedades que pueden derivar en días de enfermedad y una baja laboral. En este ámbito también es muy importante evaluar la fatiga laboral, que en muchos casos deriva en accidentes. Así como predecir y evitar este tipo de accidentes.

Las posibles lesiones son: lesiones leves como cortes, contusiones, abrasiones cutáneas, dislocaciones, esguinces… o, según el tipo y la altura de la caída lesiones graves o muy graves.

2 Objetivos

• Informar sobre los riesgos que se pueden encontrar en el trabajo para evitar y minimizar posibles accidentes, enfermedades y otros riesgos en el desempeño de sus funciones.
• Alinear los estándares de prevención y actuación para reducir el riesgo de caídas y mejorar la seguridad.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos, revistas científicas, bibliotecas virtuales, páginas web de organismos internacionales seleccionando artículos procedentes de las distintas páginas para elaborar la prevención de dichas caídas.

4 Resultados

Existen dos tipos de factores de riesgo en cualquier tipo de trabajo, estos son generales y específicos.
Generales:
1. Identificar los riesgos.
2. Evaluación de los riesgos.
3. Planificación de acciones preventivas, priorizando en función del tamaño y número de trabajadores expuestos.
4. Los planes de acción deben ser desarrollados, revisados periódicamente y controlados por las autoridades competentes.
5. Los trabajadores deben estar debidamente capacitados y suficientemente informados para comprender estos riesgos potenciales y el uso adecuado de los equipos.
6. Identificar y controlar los riesgos que pueden presentarse.
7. La adecuada vigilancia de la salud en los locales de las oficinas se llevará a cabo por personal sanitario de reconocida competencia en la evaluación de la salud de

los empleados y en la investigación de posibles enfermedades y riesgos relacionados con el trabajo, así como, por ejemplo, en la prestación de primeros auxilios y asistencia de emergencia a los empleados o víctimas de posibles accidentes.
8. Establecer indicadores que informen para evitar accidentes, incidentes o faltas al trabajo.
9. Analizar los datos existentes para evitar más accidentes en el futuro y crear estándares para mejorar la calidad del lugar de trabajo.
Específicos:
- En los casos en los que el suelo pueda estar mojado (por trabajos de limpieza, pequeños derrames), es necesaria una buena señalización.
- Tropezar con obstáculos (muebles, cables) principalmente en lugares o zonas con gran afluencia de equipos de trabajo.
- Caerse, resbalar o tropezar mientras está realizando su trabajo.
- Por irregularidades del suelo (baldosas levantadas, canalones rotos, irregularidades).
- Utilizar calzado inadecuado.
- Iluminación insuficiente.
- Falta de información y formación de los empleados.
Se pueden tomar ciertas acciones:
- Desarrollar planes especiales de trabajo para reducir este tipo de accidentes.
- Inspección visual de aceras y áreas de trabajo.
- Señalar cuando el suelo esté mojado o nivelado y las zonas afectadas por otro tipo de trabajo.
- Usar zapatos antideslizantes con la suela de goma.
- Información y formación de los empleados.

5 Discusión-Conclusión

La Administración Pública debe garantizar la seguridad y salud de sus empleados en todos los aspectos relacionados con el trabajo, prevenir los riesgos laborales y tomar las medidas necesarias para proteger la seguridad y salud de los empleados. Así mismo, los empleados deberán cumplir con las obligaciones establecidas para velar por su seguridad y salud, usar correctamente los equipos de protección y comunicar inmediatamente las situaciones de riesgo.
En caso de emergencia, se debe informar a la Dirección para su investigación y medidas preventivas.

6 Bibliografía

1. https://www.riojasalud.es/servicios/prevencion-riesgos-laborales/articulos/prevencion-de-riesgos-laborales-en-el-sector-sanitario.
2. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales. Área de Salud Laboral de CCOO.

Capítulo 109

AGRESIONES AL PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS

PATRICIA CABAL FERNÁNDEZ

1 Introducción

El personal sanitario y no sanitario están predispuestos a algunos peligros debido al trabajo que desempeñan. Uno de los cuales es padecer una agresión por parte de un paciente o familiar del mismo.

La OMS (organización mundial de la salud) determinó estos sucesos como violencia en el trabajo en 2002:
"Todo aquel incidente en el que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio particular y el trabajo y que pongan en peligro, explícitamente o implícitamente la seguridad del mismo, bienestar o salud".
Por lo cual esto abarca un amplio y muy extenso abanico de delitos:
. Alteración del orden público
.Robo
. Extorsión
. Acusaciones
. Denuncias falsas

Podemos definir entonces por agresión: Cualquier acto que conlleve abuso verbal, físico, amenazas o cualquier otro comportamiento intimidatorio cometido por un paciente su familiar o acompañante contra un profesional sanitario o no sanitario, causando un daño físico o psicológico.

Las agresiones al personal de centros sanitarios son desgraciadamente actualidad, si analizamos varias noticias en los últimos meses, el 10% de las mismas se refieren a agresiones al personal sanitario.

OIT (organización internacional del trabajo) considera que las profesiones que están en relación con el sector servicios por la cercanía en el trato tienen un gran riesgo de padecerlo.

2 Objetivos

. Explicar la importancia y características de las agresiones manifestadas en el ámbito sanitario a nivel nacional.

.Efectuar sugerencias poder evitar y proceder frente a agresiones.

.Reconocer las mejoras necesarias en el sistema de información que acepten y consientan reunir datos de mayor calidad y valuar las ya establecidas.

3 Metodología

En este caso se ha realizado una revisión sistemática y teórica del tema en cuestión, utilizando unas bases de datos fiables y demás información actualizada en varios artículos científicos seleccionados en la principal base de datos informática tal como Google.

4 Resultados

Todas las comunidades autónomas cooperaron con datos de los años 2019y 2020 usando como referencia en CMD.

Según el informe de agresiones a los profesionales del Sistema Nacional de Salud 2019/2020 describe que superaron los 8.400 ataques al personal sanitario y no sanitario.
En el mayor de los casos 7 de cada 10 ataques fueron destinados hacia las mujeres, esto se debe a una gran feminización que existe en el secto y por otra parte, al concepto equivocado que tienen algunos pacientes de que las mujeres son más endebles, débiles o que pueden amedrentar contra ellas.

Según dicho estudio las categorías que son más castigadas del sector son el personal administrativo y los facultativos y en esa lista les siguen TCAE y enfermería.
El mayor número de agresiones que suceden son catalogadas de tipo no físico: amenazas e insultos y aunque las agresiones físicas refieren un menor número de casos no los debemos dejar de tener en cuenta, dada la gravedad del asunto.
El lugar en el que se sufren las agresiones suceden en su mayoría dentro de la consulta.
Según los datos recopilados la persona que agrede en la comparativa del año 2019 dictamina que el 68% de las veces es el propio usuario o paciente, de los cuales un 57% son hombres y un 14% reincidentes.
Las tasas de notificaciones desde atención primaria y extrahospitalaria es bastante mayor que a lo que en atención hospitalaria se refiere.

Algunas CCAA (comunidades autónomas) han elaborado varios protocolos de actuación tan necesarios para el SNS (sistema nacional de salud), ya que estas han aumentado en los últimos años, por ello, debemos reducir e incluso llegar a eliminar dichas agresiones, ya que las sufren a diario nuestros profesionales sanitarios y no sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad tan solo 1 de cada 10 agresiones es denunciada, esto sucede por el miedo o el desconocimiento, por tanto se les alienta a ir a las consejerías de sanidad, ya que existen servicios jurídicos a disposición de los profesionales sanitarios, ofrecen un asesoramiento y cuidados jurídicos y psicológicos, los cuales son muy necesarios cuando sucede una agresión de este tipo hacia el personal, que en ese aspecto se vuelve vulnerable ante los hechos.
Estos atentados a los profesionales de Sistema Nacional de Salud siguen existiendo y es por tanto, una cuestión de gran importancia solventar el problema y evitar que siga sucediendo.

6 Bibliografía

. Redacción médica
. Informe de agresiones (www.sanidad.gob.es)
. Seguridad laboral

Capítulo 110

LA ERGONOMÍA EN EL PUESTO DE TRABAJO

SUSANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

NOEMI MALNERO VARELA

1 Introducción

Un estilo de vida saludable pasa por el concepto del lugar de trabajo, sin embargo, muchos empleados y empleadores no conocen la ergonomía del lugar de trabajo. Dado el tamaño de los escritorios y las sillas y la forma en que nos sentamos, una mala postura puede provocar problemas de salud, como por ejemplo, problemas de espalda y cuello. Debido a estos problemas, también puede derivar en una disminución del esfuerzo laboral, puesto que se podría encontrar en un estado insalubre, lo que afecta a la jornada laboral. Así se ve la importancia de la ergonomía en el trabajo. El propósito de la ergonomía es mejorar la seguridad, el bienestar y la eficiencia de los trabajadores, mejorar la calidad de vida y al mismo tiempo aumentar la productividad. También se enfoca en controlar el entorno, optimizar las características del trabajo para las necesidades de las personas y detectar y eliminar las amenazas a su bienestar. La calidad y los resultados de un trabajo bien dirigido, dependen de la preparación y compromiso de los trabajadores, así como de la calidad e idoneidad de los bienes, recursos y herramientas que se les proporcionen.

La ergonomía es muy importante para la salud de un trabajador y una buena postura puede evitar muchos problemas a largo plazo, como mantener la espalda recta y no doblar o torcer el cuerpo frente al ordenador, por ejemplo.

2 Objetivos

Conocer los beneficios y los diferentes tipos de ergonomía.
Seleccionar la metodología más adecuada al personal disponible.
Diseñar la situación laboral de manera que el trabajo resulte cómo y con condiciones de seguridad y 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 en libros que hablan de dicho tema y se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando algunos artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Comenzar con los beneficios de una buena ergonomía para todas las partes interesadas:
- Para los empleados: porque quieren trabajar en condiciones mejores, más saludables y más seguras.
- Para las empresas: porque, por un lado, sus empleados se vuelven más productivos y eficientes, y por otro lado, porque se reducen las bajas por enfermedad y el absentismo, y los correspondientes ahorros relacionados con las mismas.
- Para los consumidores: mejorará la calidad del producto final y mejorará el servicio prestado.

Existen diferentes tipos de ergonomía:
- Ergonomía física: es una disciplina que evalúa si nuestros materiales son óptimos y la postura es la adecuada. Por poner un ejemplo, cuando se trabaja en una oficina, es importante colocar la silla, la mesa y la pantalla de modo que usted se siente derecho y mire directamente a la pantalla. El puesto de trabajo debe adaptarse a su cuerpo, esta es la única forma de evitar problemas posturales a largo plazo. La distancia adecuada a la pantalla también es importante para proteger su visión, al menos 100 cm para una pantalla de 24 pulgadas.
- Ergonomía cognitiva: adecuación del puesto a las capacidades y necesidades psicológicas del empleado. Se centra en aspectos como la gestión del estrés y los dispositivos o servicios de alivio del estrés. Dirigir los ojos fuera de la pantalla en los descansos que usted pueda tener.

- Ergonomía ambiental: incluye la evaluación de los factores que puedan afectar a los trabajadores, como el ruido, los niveles de luz o la temperatura. La luz y el sonido también pueden poner en peligro nuestra salud, por lo que deben tenerse en cuenta. La iluminación insuficiente puede causar fatiga visual, por lo que necesita un nivel básico de iluminación. Es mejor durante el día, cuando hay ventanas cerca y entra la luz desde las mismas. Por otra parte, si hay mucho ruido, nuestra concentración disminuye, lo que también afecta a la hora de realizar su trabajo.
- Ergonomía biomecánica: esta sección se ocupa de la capacidad del trabajador para realizar varios tipos de trabajo sin lesiones ni daños.
- Ergonomía de diseño y evaluación: ayuda a reducir la carga de trabajo y el estrés innecesario.

5 Discusión-Conclusión

Según el INSS, la principal causa de incapacidad temporal por enfermedades comunes es la lumbalgia, y la principal causa es la movilización en la sobrecarga del paciente.
En resumen, se debe considerar:
- Ajustar los sistemas de trabajo para que la carga de trabajo no supere los límites especificados: carga de trabajo física, estrés mental, descansos y pausas y horarios y turnos.
- Estudio postural del puesto de trabajo. Evite posiciones que provoquen lesiones.
- Concebir las máquinas, equipos o instalaciones: los que deben de cumplir con la normativa de seguridad, marcado CE, dispositivos de parada y ergonómicamente adaptados a su uso.
- Ajuste del entorno (luz, ruido, temperatura, etc.) a las necesidades del trabajador.
- Diseño ergonómico del lugar de trabajo.

6 Bibliografía

1. Riesgos laborales, salud laboral. https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-laborales/riesgos-relacionados-con-la-hergonomia/ergonomia/.
2. Ergonomía en el puesto de trabajo. https://www.ionos.es/startupguide/productividad/ergonomia-en-el-puesto-de-trabajo/.
3. AC Prevención La ergonomía influencia la calidad del trabajo. https://www.acprevencion.com/la-ergonomia-influencia-la-calidad-del-

trabajo/#::text=El%20objetivo%20de%20aplicar%20la,el%20incremento%20de%20la%20productividad.
4. Revista médica. Ergonomía en el ámbito sanitario. https://revistamedica.com/ergonomia-sanitaria-datos/.
5. https://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_y_salud_laboral.

Capítulo 111

ACTIVIDAD FÍSICA. BASE PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.

BEATRIZ AGULLEIRO BOBIS

1 Introducción

Se está dando un resurgir de las relaciones entre la actividad física y la salud, debido a la preocupación por la salud derivada de la reciente pandemia de la COVID-19.
En ello ha jugado también un papel decisivo el incremento de las enfermedades propias de la evolución de una sociedad postrada en el sedentarismo (Rodríguez y Casimiro, 2000).

La OMS estimó que para el año 2020 las enfermedades no contagiosas serán la causa de más del 70% de la morbilidad mundial, por este motivo, ha invitado a los gobiernos a promover y reforzar programas de actividad física para contrarrestar el sedentarismo como parte de la salud pública y política social, y como un medio práctico para lograr numerosos beneficios sanitarios, ya sea de forma directa o indirecta.

Por ello la importancia de la medicina preventiva para reducir los costes de la medicina tradicional, más paliativa. Se trata de un enfoque reduce gasto sanitario, tiempos de espera (listas de espera) y mejora de forma cuantitativa y cualitativa la salud de la población. Tras comprender el impacto positivo de la actividad física en la salud se trata de elaborar políticas con ese concepto de medicina preventiva: la actividad física como base de la prevención de la morbilidad.
"Las instituciones públicas no deben mantenerse al margen de esta necesidad social buscando la promoción de la salud" (Tercedor y Delgado, 1998).

En consecuencia, la población en general con independencia de sus estatus socioeconómico necesita un apoyo y una educación para asumir su parte de responsabilidad en su propia salud y ser, gracias a ello, conscientes de la capacidad transformadora de unos hábitos alimenticios saludables y de actividad física regular en su día a día.

2 Objetivos

- Poner de manifiesto la gran repercusión de la actividad física en la salud.
- Incidir en el análisis de las consecuencias físicas y psicológicas positivas para la salud de la población española que supone reducir el sedentarismo en el conjunto de la población.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha investigado en la literatura científica existente tales como la base de datos Scielo, la revista científica The Conversation, en su versión en castellano, la Revista de la Asociación de especialistas en Medicina del Trabajo, informes de la Red Nacional de Vigilancia de la Salud Pública y en publicaciones del Ministerio de Sanidad.
Así como diferentes publicaciones encontradas en internet.

4 Resultados

Tras el análisis de los numerosos trabajos realizados sobre la relación entre actividad física y salud, se puede afirmar que tanto la salud como la actividad física son dos conceptos pluridimensionales y que pueden analizarse desde perspectivas muy distintas (Devís y cols., 1998).

Se ha puesto en evidencia que para alcanzar un sistema de medicina preventiva de mayor calidad y sostenibilidad y con la necesaria capacidad evolutiva para la adaptación a un entorno progresivamente complejo, se debe partir de análisis interdisciplinares y transnacionales.

Análisis interdisciplinares, en cuanto a que los factores sociales y las consecuencias del sedentarismo, influyen decisivamente en la salud de la población y transnacionales, en cuanto a la necesidad de plantear soluciones globales de

respuesta coordinada y temprana al impacto de este en la morbilidad y comorbilidad de la población española.

La desigualdad social, en progresivo aumento, hace que la mayor parte de la población no disponga de tiempo de calidad, ya que está encerrada en un bucle de trabajo, crianza y descanso, sin que puedan encontrar el tiempo para dedicar al autocuidado. También es cierto que no se entiende el ejercicio físico desde un punto de vista lúdico, más bien se entiende como otro trabajo a mayores sobre la sobrecargada y agotadora rutina semanal.

Se ponen de manifiesto igualmente, los déficits de cooperación y de coordinación en la actividad política, las relaciones entre territorios, instituciones y agentes sociales.

Como consecuencia directa de la Gran Recesión de 2008, también se cita la minoración del gasto público y la correspondiente reducción de los recursos financieros de la sanidad pública que provocan entre otros, un déficit de personal crónico, puesto de manifiesto dramáticamente en las sucesivas oleadas de la pandemia de Covid-19.
Entendiéndose las actividades de promoción de salud como un gasto superfluo y prescindible, poniendo otras opciones como prioridad antes que la educación en actividades físicas saludables.

Con fecha 30 de Junio de 2020, la Comisión Europea plantea una propuesta de programa de sanidad, para el período 2021-2027, titulado "El Programa de la U.E. Por la salud".

El programa describe en primer término las necesidades, que fija entre otras, "la coordinación de los estados, mayor inversión en los servicios públicos de salud, creación de reservas de suministros…" y fija como objetivos: "Proteger a la población de la U.E., frente a amenazas transfronterizas, la disponibilidad de medicamentos y suministros sanitarios, reforzar los sistemas y mano de obra sanitarios mediante la inversión pública…"

En cuanto a la financiación la Comisión propone invertir 9.400 millones de Euros, en contraste con la anterior propuesta de 413 millones.

En la misma dirección en cuanto al incremento presupuestario, van los Presupuestos Generales del Estado 2021 que "multiplican por más de 10 la dotación del Ministerio de Sanidad pasando de los 327millones de € de los últimos pre-

supuestos a más de 3.400 millones, promoviendo un modelo preventivo y no solamente curativo. Además los P.G.E., destinan un total de 7.330 millones de €, a reforzar la sanidad incluyendo partidas de otros Ministerios".

Es necesario mencionar también como factor de riesgo la ausencia de economía para acceder a determinadas actividades. Si bien es necesario que la población entienda que no está relacionado pagar una cuota de gimnasio con incorporar actividad física a su día a día. Actividades como caminar, desplazarse al trabajo en bicicleta, usar las escaleras en vez del ascensor son pequeños gestos que acercan a entender que significa verdaderamente la actividad física como motor de la prevención de enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario perfeccionar las estrategias de educación tanto desde atención primaria como hospitales y escuelas para hacer un cambio y provocar una respuesta en la población. Un cambio de paradigma que por otra parte se entiende como complejo. Debe de haber una progresión de aquí que:

• Para que las actividades físicas produzcan los efectos beneficiosos para la salud se requiere participar en un programa de ejercicio físico regular, que se adecue a las capacidades y las condiciones físicas de cada persona. Teniendo en cuenta el sesgo de género y la edad.
• Se recomienda iniciar con actividades físicas ligeras con personas sedentarias, esto permitirá mejorar su condición física básica para una mayor calidad de vida y prevenir la enfermedad.
• Lograr los objetivos en términos de bienestar y salud mediante un programa integral de actividad física, exige conocer a que población va dirigido dicho programa. Desde las políticas se pueden establecer diferentes colectivos diana separados entre sí por grupos de edad y capacidad para realizar diferentes actividades y haciendo entender al conjunto de los participantes en el programa que cualquier avance es un logro. Incorporar la actividad física aunque sea en pequeña medida es un éxito ya que rompe con un patrón de sedentarismo. Apoyar a la población para que la propia autoestima de superar un pequeño reto les haga continuar para incorporar de forma definitiva estas nuevas dinámicas saludables en su día a día.

• Las actividades físicas tendrán que considerar las necesidades de cada persona.

6 Bibliografía

- Revista Digitum. “LA SALUD Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL MARCO DE LA SOCIEDAD MODERNA”. (Pedro Ángel López-Miñarro)

- Revista Cdeporte. : Pérez Samaniego, V. y Devis Devis, J.. (2003). La promoción de la actividad física relacionada con la salud. La perspectiva de proceso y de resultado. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 3 (10) pp. 69-74

- Mg. Astolfo Romero García: Actividad física beneficiosa para la salud.

- http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a14.pdf

Capítulo 112

PREVENCIÓN DE DOLENCIAS DORSO-LUMBARES PARA LA CATEGORÍA DE CELADOR

YOLANDA VILAS ANDRÉS

1 Introducción

En el ámbito sanitario son numerosas las causas de sufrir cualquier dolencia músculo-esquelética tanto en la zona de la espalda como en las extremidades. Esto es debido a las posturas forzadas y esfuerzos realizados durante las labores diarias de movilización e higiene de los pacientes. Las categorías mas aquejadas de este tipo de dolencias son los celadores y los TCAE (técnicos auxiliares en cuidados de enfermería).

Normalmente estas patologías se deben a la adopción de posturas inadecuadas y a la incorrecta higiene postural. Durante su trabajo rutinario tanto celadores como TCAE deberán adoptar las medidas higiénico-posturales correctas para evitar lesiones y como consecuencia el agotamiento físico.

A la hora de realizar movilizaciones del paciente se deberá ser cuidadoso para no provocarle problemas añadidos y agravar su situación. Se debe proporcionar toda la ayuda que necesite pero nunca hacer sobreesfuerzos. También se tendrá en cuenta la talla y peso del paciente para solicitar o no su colaboración. Transmitiéndoles seguridad en todo momento e informándole de los cambios posicionales que se le van a realizar para así favorecer el movimiento.

El celador deberá dosificar le esfuerzo realizado durante las numerosas movilizaciones que llevará a cabo para evitar el cansancio y lesiones asociadas.

2 Objetivos

Enumerar las medidas preventivas para minimizar el riesgo de padecer lesiones físicas en la categoría de celador y como consecuencia poder evitar el absentismo laboral tan frecuente en este gremio.

3 Metodología

Para elaborar la publicación se ha llevado a cabo una extensa revisión bibliográfica, realizando búsquedas de textos científicos sobre el tema a desarrollar. Se ha buscado y analizado los artículos encontrados en las bases de datos Medline, Dialnet, Pubmed, SciELO entre otros, seleccionando aquellos que mostraban mayor evidencia científica.

4 Resultados

Durante las labores diarias del personal no sanitario, concretamente los celadores, pueden llegar a sufrir lesiones de espalda cuando realizar la manipulación de las cargas o movilización de pacientes de forma incorrecta, repetitiva y durante tiempo prolongado. Siendo más frecuentes estas cuando la carga o peso del paciente supera la capacidad física del trabajador.

Existen varios conceptos que el celador deberá conocer para evitar este tipo de lesiones durante su práctica diaria:

-carga de trabajo: se define como el conjunto de requerimientos físicos y mentales a los que se somete un trabajador durante su jornada laboral, considerando la manipulación de las cargas, que producen lesiones dorso-lumbares y cansancio muscular.

-dolor de espalda: cualquier tipo de dolor localizado en la parte posterior del cuerpo humano, desde los hombros hasta la cintura. Según la zona donde se experimenta el dolor se clasifica en lumbalgia (zona lumbar) o dorsalgia (zona dorsal).

Por tanto el celador ha de tener en cuenta una serie de aspectos para evitar lesiones de espalda:

-Tendrá en cuenta los principios de ergonomía para aplicar una técnica adecuada.

-Deberá mantener una mecánica corporal correcta como profilaxis de las lesiones de espalda y para obtener un rendimiento óptimo teniendo en cuenta lo siguiente:

-Mantendrá la espalda derecha y los pies bien apoyados en el suelo.

-Piernas en “postura de paso”; el pie adelantado del lado del que se va a realizar el esfuerzo.
-Los brazos deberán tener puntos de apoyo (por ejemplo apoyando los codos en la cama).
-Aprovechar la inercia del cuerpo.
-No pasar el cuerpo por encima del paciente.
-la cama debe de situarse a una altura adecuada.
-Llevar a cabo las movilizaciones de los pacientes con el número de personas adecuadas en función del peso.
-Se deberá conocer la legislación vigente relativa a movilización de cargas y aplicarla correctamente.
Realizando el trabajo rutinario de forma adecuada se ejecutará con mayor eficacia, previniendo todo tipo de lesiones y como consecuencia bajas laborales.

5 Discusión-Conclusión

Las bajas laborales mas comunes en este gremio se deben principalmente a dolencias de espalda concretamente de la región dorso-lumbar. Para minimizar este riesgo se deberían de adoptar las siguientes medidas de higiene postural:
Durante la movilización de pacientes encamados utilizar medios mecánicos como grúas, transfers, arneses… los cuales facilitarán el trabajo del celador sin poner en riesgo su salud.
A la hora de transferir un paciente desde su cama en planta a la camilla se deberán colocar ambas en horizontal a la misma altura y a la altura de la cadera.
El celador deberá situar sus pies separados para aumentar la estabilidad. Al realizar la movilización del paciente se deberá situar un pie en la dirección del movimiento y el otro pie se coloca de manera que sirva de impulso. Las piernas se mantendrán flexionadas para realizar el esfuerzo de levantamiento de la carga y no con la espalda.
Será necesario acercarse al paciente antes de inclinar la espalda.
Para evitar la torsión de la espalda Procurar no hacer giros, sino que es preferible mover los pies y adoptar una posición adecuada.
Existen factores que influyen en la adopción de posturas inadecuadas como por ejemplo anteponer el bienestar del paciente, su peso y otro tipo de condiciones laborales como los medios materiales disponibles, el lugar físico etc.

6 Bibliografía

– Sitio web: celadoresonline.blogspot.com
– web: www.mscbs.gob.es.
– Celador Temario y test parte específica. Editorial MAD

Capítulo 113

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES DE ASISTENCIA AL PERSONAL SANITARIO

BEATRIZ ALBÁS LAPENA

1 Introducción

Las funciones del personal no sanitario que trabaja en el sistema nacional de salud se rigen por lo que se establece en el estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones de la Seguridad Social (Orden de 5 de julio de 1971).
Los celadores son parte fundamental del personal no sanitario que desempeña su actividad en los centros sanitarios y hospitalarios, teniendo a su vez como una de sus principales misiones la de ayudar y asistir al personal sanitario en todas las funciones que sean de su competencia.
El personal sanitario se clasifica a su vez en personal sanitario facultativo, del que forman parte los médicos, y personal sanitario no facultativo, en el que se incluyen el personal universitario diplomado en enfermería (DUE), los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y los técnicos de laboratorio y de radiodiagnóstico y los fisioterapeutas, entre otros.
Es importante destacar que en todos los hospitales y centros sanitarios existen equipos multidisciplinares de trabajo, formados todos ellos por profesionales sanitarios y por profesionales no sanitarios, entre los que encontramos el equipo de celadores.
Los equipos multidisciplinares trabajan siempre conjuntamente para poder conseguir una sanidad óptima y de calidad, en beneficio siempre de mejorar la salud y la calidad de vida del paciente.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de ayuda y apoyo del celador al personal sanitario.
- Lograr el bienestar del paciente mediante la realización de un óptimo trabajo en equipo.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo un estudio del material bibliográfico existente. Se han revisado, a su vez, todas las funciones del celador que figuran en la Orden de 5 de julio de 1971, prestando especial atención a las funciones relacionadas con la asistencia y ayuda al personal sanitario.

4 Resultados

Según lo dispuesto en el artículo 14.2 del Estatuto de Personal no Sanitario será siempre función del celador tramitar y transmitir sin tardanza todas las comunicaciones verbales que les sean confiadas por los superiores jerárquicos, siendo además misión del celador la de trasladar y transportar el aparataje y el mobiliario de un servicio a otro siempre que sea requerido.

El celador debe de transmitir la información de manera clara y concisa, así como actuar con rapidez en el caso de tramitar documentos, puesto que dichos documentos pueden ser claves a la hora de elaborar un plan de actuación con cualquier paciente o servicio determinado. Es importante, por otra parte, que los documentos y objetos que se trasladen lleguen a su destino en perfecto estado, siendo siempre útil adoptar medidas seguras en su transporte para evitar posibles deterioros en los objetos y, sobre todo, prevenir posibles lesiones en los celadores.

Es a su vez de vital importancia conocer que nunca se debe informar ni al paciente ni a los familiares de éste del contenido de los documentos que trasladamos siempre que sea información confidencial referida a la salud del paciente, teniendo muy en cuenta que se les debe derivar al personal de enfermería o al personal facultativo para poder obtener dicha información.

Por otra parte, siempre que el celador traslade al enfermo a realizar pruebas o consultas tiene la obligación de permanecer con el paciente hasta que se haga cargo de dicho paciente la persona encargada de realizar la prueba o consulta, teniendo a su vez en cuenta que es el celador quien se responsabiliza de la historia clínica y de la documentación del paciente para su custodia durante el traslado del paciente de un servicio a otro del hospital.

Los celadores a su vez servirán de ascensoristas cuando las necesidades del servicio así lo requieran.
Siempre que los médicos, enfermeros y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería lo precisen serán los celadores los encargados de ayudar para la realización de maniobras de movilización tanto en las plantas de hospitalización como en los quirófanos.
En el caso de fallecimiento, los celadores ayudarán en el amortajamiento del cadáver y serán los encargados del traslado al mortuorio.

5 Discusión-Conclusión

El celador forma parte del personal no sanitario que desempeña su actividad laboral en hospitales y centros sanitarios, detallándose todas sus funciones en el punto 2 del artículo 14 del Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (Orden de 5 de julio de 1971).
El celador debe de ser, a su vez, una persona empática y responsable en su trabajo, para de este modo desarrollar su profesión adecuadamente contribuyendo así a la mejora, al bienestar y a la curación del paciente.
Es importante destacar que el celador trabaja a diario en coordinación con enfermeros, médicos, técnicos auxiliares y otros profesionales, para que conjuntamente se puedan lograr los objetivos óptimos deseados.
En conclusión, la función de ayuda y cooperación del celador sanitario es vital para el ideal funcionamiento de todos los servicios sanitarios.

6 Bibliografía

1.- http://celadoresonline.blogspot.com
2.- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funcionesdelcelador

Capítulo 114

CONDUCTAS AGRESIVAS HACIA EL PERSONAL EN EL HOSPITAL AGRESIONES VERBALES, FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS

JOSE ANTONIO IGLESIAS GARCIA

1 Introducción

Los trabajadores de los hospitales están expuestos diariamente a violencia tanto física como verbal y psicológica lo cual nos lleva a un estado de estrés que evidencia un problema con una difícil solución.
Cantidad de sucesos diarios que no se registran ni se denuncian por ser ya cotidianos y tenerlos asumidos como algo más del propio trabajo.
La mayoría de las veces son agresiones verbales, como insultos, amenazas, voces, intentos de intimidación, faltas de respeto y desacreditaciones, aunque no en pocas ocasiones llegan al contacto físico, mediante empujones, zarandeos , agarrones, tirones de pelo, lanzamiento de algún tipo de material, llegando incluso a puñetazos o patadas.
Todo este tipo de situaciones diarias hace mella en los profesionales que trabajan en los hospitales influyendo no solo a nivel profesional sino también a nivel personal, causando además de lesiones físicas también numerosos episodios de ansiedad, estrés, apatía, falta de ,motivación incluso descensos de rendimiento en el trabajo que pueden acabar desembocando en una baja laboral por distintos motivos.
Aunque a los trabajadores que son afectados por este tipo de situaciones se les anima a acudir a denunciar o incluso a acudir a las consejerías de salud que tienen

órganos jurídicos ,una gran mayoría de profesionales no llega a dar ese paso , justificando diversas razones completamente razonables y entendibles como el desconocimiento de estos servicios de apoyo.
También el miedo a las represalias y en muchos casos por tenerlo ya asociado como algo normal en su trabajo, con el peligro que conlleva asociarlo a este.
Diversas fuentes consultadas vuelcan datos donde nos dicen donde la prevalencia de estos sucesos es mayor, también sobre quien recaen la mayor parte de este tipo de agresiones y en qué lugares es más habitual.
Las mujeres son el colectivo que más agresiones recibe en su puesto de trabajo, según varios estudios al respecto, evidenciando otro problema a nivel social como es la violencia de género y el machismo muy arraigado todavía en la sociedad.

2 Objetivos

-Evidenciar la situación a la que están sometidos los trabajadores de un hospital en su dia a dia en relación con las agresiones.

3 Metodología

-Se ha realizado una revisión bibliográfica, sobre las agresiones a trabajadores de un hospital.
- Se realizó una búsqueda utilizando los términos: agresiones a personal del hospital,el paciente en atención primaria, estrés en el entorno hospitalario, en las bases de datos de Scielo, Pubmed y Google Académico.

4 Resultados

Las agresiones más comunes que sufren los trabajadores de los hospitales son las verbales.
Estos se sienten intimidados, humillados e impotentes ante la falta de respeto diaria a la que están sometidos.
Es tal la reiteración de estas agresiones que los propios trabajadores llegan a normalizarlas como algo inherente a su trabajo.
Para evitar llegar a la denuncia, muchos afirman dejar anotado el incidente en la historia clínica del paciente, para que quede un registro de tal acontecimiento, por si en un futuro vuelve a ocurrir un suceso similar o para prevenir que otros trabajadores sufran el mismo percance.

Parte del problema de no denunciar es la duda de las complicaciones en la tramitación de la documentación ,el tiempo dedicado y tener que pedir días para tales motivos , lo que genera además una pérdida de poder adquisitivo por parte del trabajador.
Influye también el motivo de dejarlo pasar, el miedo a las posibles represalias del denunciado.
Como agresiones no son solo las físicas, las verbales también son denunciables, el simple insulto, que te corrijan o que te griten y te digan como tienes que hacer tu trabajo son por sí mismas denunciables y este punto el trabajador del hospital no suele tener conocimiento de ello.
La Administración, en este sentido, se desentiende casi por completo y por eso el trabajador, ante esa percepción de falta de apoyo decide dejar pasar el incidente, hecho que es muy grave.
La carga de trabajo que hoy en día tienen los trabajadores de los hospitales, incrementa estos incidentes, ya que no pueden dedicar todo el tiempo que sería necesario a la atención y dedicación con los pacientes además los tiempos de espera aumentan y eso hace que el paciente se sienta engañado y defraudado con el trato y focalice su enfado con los profesionales.

5 Discusión-Conclusión

Numerosos estudios afirman que las agresiones al personal laboral de los hospitales es una realidad y que va en un preocupante aumento.
Para que los trabajadores se sientan respetados y defendidos por la Administración es necesario implantar protocolos eficaces de actuación ante estas situaciones.
Es preocupante que una gran mayoría de los trabajadores del hospital que han sufrido algún tipo de agresión no hayan puesto denuncia ante ninguna estancia y es un dato inequívoco de que algo no funciona en el sistema.
Sería recomendable adoptar medidas de prevención y persuasión en ciertas estancias de los hospitales como guardias de seguridad, cámaras, incluso barreras físicas para evitar estas agresiones ya que las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado llegan cuándo el suceso ya ha ocurrido.
La búsqueda de soluciones por parte de la Administración como refuerzo de plantillas, imposición de penas más duras a los agresores, seria de vital importancia para frenar estas situaciones y seguir avanzando en la prevención y el control de las agresiones en los hospitales.

6 Bibliografía

1- IA Mayorca Yancán , S. Lucena García , ME Cortés Martínez , MA Lucerna Méndez
Violencia contra trabajadores en un hospital , ¿Por qué hay agresiones no registradas?

2- MI Serrano Vicente , MT Fernández Rodrigo , PJ Satústegui Dordá , F. Urcola Pardo
Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática

3- C. Vidal-Martí , C. Pérez-Testor
Violencia laboral hacia los profesionales en los hospitales en España

Capítulo 115

COMPROMISO Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. PUERTA DE ENTRADA A LA SISTEMA SANITARIO

JOSE ANTONIO IGLESIAS GARCIA

1 Introducción

El compromiso y la atención que los profesionales desarrollan en los centros de atención primaria con los pacientes es muy importante por ser la puerta de entrada al sistema sanitario.
Una buena atención de los trabajadores de los centros de salud, según diversos estudios, mejora el funcionamiento del sistema y genera una mejor respuesta de los pacientes hacia el personal.
Humanizar el trabajo, mejorar el trato directo, ser amables, saber escuchar, ser asertivos, acompañar si hace falta, socializar y comprometerse en la labor, es tan importante que estos actos por si solos, influyen de forma muy positiva sobe la salud del paciente.
Esta forma de desarrollar el trabajo implica tanto con los pacientes como con sus familiares y acompañantes, e influye de manera directa sobre las instituciones donde se desarrollan estas actividades.
Un paciente insatisfecho tanto con el trato como con los servicios prestados está relacionado directamente con un aumento de más consultas, mas peticiones ex-

tras de pruebas complementarias, con la desconfianza de los tratamientos pautados por los profesionales y deriva en una sobrecarga de trabajo y un sobre coste a la salud pública.
Por el contrario, un paciente que tenga una percepción del traro bueno, que perciba implicación y cuidado, cumplirá mejor con las recomendaciones de su médico, tomando mejores decisiones a la hora de seguir los tratamientos, mostrando un comportamiento asertivo y confiando en los profesionales, lo que conllevara una mejoría de la salud y a la vez un mejor número de consultas y pruebas, ahorrando mucho tiempo tanto al paciente como descongestionando los centros de salud.
El comportamiento de todos los profesionales que trabajan en la atención primaria está directamente relacionada con la satisfacción de los pacientes y está valorado por encima de los resultados médicos, de las demoras de las listas de espera etc. de ahí la importancia de la implicación de los profesionales.

2 Objetivos

- Conocer la repercusión de la calidad en el trato de los profesionales de la atención primaria hacia el paciente.
- Descubrir la valoración que los pacientes tienen ante el compromiso del profesional.

3 Metodología

-Para el desarrollo de este trabajo se buscó una revisión de la literatura sobre este tema en páginas como google académico, Scielo y Pubmed y otras.
-Se utilizó para la búsqueda palabras como compromiso, personal laboral del centro de salud, valoración, humanización, atención primaria, sobrecoste, etc.

4 Resultados

Dependiendo del compromiso humano y organizativo que los trabajadores de los centros de atención primaria dediquen a sus pacientes, tendrá una influencia directamente proporcional a la satisfacción de estos.
Parte del problema viene por el sobre elevado cupo de trabajo que hay a diario en los centros de salud, no pudiendo dedicar todo el tiempo necesario en la atención a cada uno y poder hacer un trabajo completo y un buen seguimiento.

Esto conlleva que el paciente de la atención primaria se sienta insatisfecho por la escasa atención de los profesionales, lo que genera dudas sobre los diagnósticos, dudas sobre los tratamientos, generando mal humor, crispaciones y creando un ambiente negativo y hostil hacia los trabajadores de los centros de salud.
Algo que incide mucho en la baja satisfacción del paciente en la atención primaria es el tiempo de espera en las consultas.
Hay profesionales que dedican más tiempo a sus pacientes o desempeñan mejor y con mas cercanía su función dentro de la atención primaria, humanizando el trato, empalizando con sus problemas.
Son, sin duda, los mejor valorados, pero esto también implica más tiempo invertido en cada paciente, con lo cual, el número de pacientes será menor aumentando así el tiempo de espera o las citaciones que se van alargando en días.
Esto es un síntoma inequívoco de que en la atención primaria falta todo tipo de personal para atender la alta demanda de personas que a diario a estos centros acude.
Los continuos recortes de personal, cambios de profesionales, debilita mucho la atención directa.
Es importante que las Administraciones Sanitarias prioricen medidas que vayan encaminadas en este sentido y refuercen el nivel asistencial en cada uno de los centros de salud, ya que se encuentran muy por debajo de la demanda con los profesionales muy desbordados.
Las nuevas y recientes enfermedades sumadas a la falta de profesionales como médicos, enfermeras, celadores, auxiliares etc. propicia estos problemas de falta de atención o de atención tardía, sobrecargando a los profesionales que allí trabajan y creando un malestar general en la población que se ve afectada directamente.

5 Discusión-Conclusión

La atención con la que los profesionales que trabajan en los distintos centros de salud de la atención primaria, guarda una estrecha y directa relación con la satisfacción que tienen los pacientes que a ellos acuden.
Los centros de salud donde sus profesionales se comprometen mas con su trabajo y tienen una mayor empatía hacia sus pacientes, se involucran mas en el seguimiento de sus enfermedades, que humanizan mas el trato y dedican más tiempo y de mejor calidad a sus patologías son los centros mejor considerados por la población en general.

Como resultado de esa forma de trabajar, hay un menor tiempo en la espera de resultados, minimizando el número de segundas y terceras consultas, una menor petición de pruebas complementarias, generando un resultado positivo al los tratamientos por la confianza recibida por el profesional.
En definitiva, un menor gasto público en sanidad y una mayor satisfacción del paciente.

6 Bibliografía

1- A. Martín Zurro, G. Jodar Solá
Atención primaria de salud y atención familiar .

2- C. Massip Pérez, R.M. Ortiz Reyes, M.D. Llantá Abreu, M. Peña Fortes, I. Infante Ochoa
La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad
3- J.J. Mira, J. Aranaz
La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria

Capítulo 116

EL EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) DE LOS CELADORES DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

YOLANDA VILAS ANDRÉS

1 Introducción

Durante la pandemia en el ámbito sanitario los profesionales de la salud han tenido que utilizar este tipo de protección física debido a la alta transmisión de la covid-19. Los celadores han sido un colectivo que han tenido gran contacto físico con pacientes infectados y por tanto han tenido que utilizar equipos de protección individual para protegerse.

Un equipo de protección individual (EPI) es cualquier dispositivo o medio que vaya a llevar una persona con el objetivo de que la proteja contra uno o varios riesgos que puedan amenazar su salud y su seguridad.

Los EPI deben utilizarse junto con otro tipo de medidas dentro de un programa global que abarque la evaluación completa de los peligros. La elección y adecuación del equipo ha de ser correcta y las personas que han de utilizarlo han de ser formadas para hacerlo y ha de realizarse un correcto mantenimiento para mantenerlo siempre en perfecto estado.

Al comienzo de la pandemia se tenía un desconocimiento de su gravedad y alcance y los medios de protección fueron insuficientes.

A nivel general una de las principales medidas de control y preventivas frente al Covid-19 fue una higiene de manos correcta y más aún en el entorno sanitario.

Esta se debe llevar a cabo siempre después del contacto con el paciente, con fluidos biológicos o con su entorno.

2 Objetivos

Describir la indumentaria utilizada por los celadores durante la pandemia de la covid-19. Enumerar la secuencia de pasos para la puesta y retirada del equipo de protección individual (EPI) para evitar el contagio cuando se trata con pacientes con Covid-19.

3 Metodología

Para el presente trabajo se ha llevado a cabo una extensa revisión bibliográfica, realizando búsquedas de textos científicos sobre el tema a desarrollar. Se ha buscado y analizado los artículos encontrados en las bases de datos Medline, Dialnet, Pubmed, SciELO entre otros, seleccionando aquellos que mostraban mayor evidencia científica.

4 Resultados

El Covid-19 se trata de una enfermedad infecciosa transmisible a través de la inhalación de partículas respiratorias que contienen el virus que emite la persona infectada. Estas partículas pueden diseminarse en forma de aerosoles y penetrar a través de los ojos, nariz o boca, o a través de las manos contaminadas.
Tanto el personal sanitario como el no sanitario como es el caso de los celadores, que esté en contacto con el paciente contagiado, han de cumplir una serie de medidas de prevención del contagio mediante el uso de equipos de protección individual (EPI). Este se compone de lo siguiente:
– protección respiratoria que será el uso mascarilla FFP2 y utilizar FFP3 en caso de que exista riesgo de aerosoles.
– De gafas o pantallas antisalpicaduras para evitar el contagio por aerosoles. Que deben quedar ajustadas correctamente.
-Bata: la bata debe cumplir con la norma UNE-EN 14126:2004 que contempla la resistencia a la penetración de los microorganismos.
– Guantes: deben de cumplir con la norma UNE-EN ISO 374.5:2006. Deberán colocarse por encima de la bata y quedando bien estirados y se deberán cambiar si se rompen o están visiblemente sucios.

El orden de colocación del EPI será el siguiente: en primer lugar se pondrá la bata, después la protección ocular, la mascarilla y por último los guantes.
El EPI se debe de colocar antes de entrar a la habitación del paciente con covid-19 y una vez usado se debe eliminar dentro de la habitación de aislamiento a un contenedor de residuos especiales excepto la protección respiratoria la cual se elimina fuera de la habitación de aislamiento. Inmediatamente se ha de llevar a cabo una correcta higiene de manos.
A continuación se describe el protocolo de colocación del EPI: Lo primero de todo es quitar todo tipo de complementos (anillos, pulseras etc.), retirar maquillaje y recoger el pelo. El uso de lentillas está desaconsejado y las gafas serán fijadas a la frente.
La higiene de manos que se llevará a cabo primero con agua y jabón y posteriormente con sustancias hidroalcohólicas.
Encima del uniforme se colocará la bata impermeable que llegará hasta las rodillas y se atará por la parte posterior al cuello y a la cintura.
Se colocará la mascarilla FFP2 de forma que cubra el mentón y ajustándola bien a la nariz situando las gomas de esta por detrás de la cabeza a la altura de la nuca. Poner las gafas de protección por encima de la mascarilla. Por último se ponen los guantes desechables por encima del puño de la bata de aislamiento. Se recomienda el uso de doble guante.
La retirada del EPI es un punto crítico a la hora de evitar el contagio por tanto se llevará a cabo de forma protocolariza y con mucho cuidado. En primer lugar se retiran los guantes: para ello se agarra la parte exterior del guante (que ha estado en contacto con el paciente y por tanto está contaminada)con la otra mano (que aún lo tiene puesto)retirándolo y desechando ambos al contenedor de residuos biosanitarios especiales.
La bata se retirará desde dentro hacia afuera siempre tocando el interior de la misma, enrollándola y depositándola en el contenedor de residuos biosanitarios. Es recomendable la higiene de manos después de quitar cada parte del EPI con solución hidroalcohólica. Una vez fuera de la habitación se retirará la protección respiratoria procurando no tocar la parte exterior que puede estar contaminada por el virus. Para finalizar el proceso se higienizarán las manos con solución hidroalcohólica.

5 Discusión-Conclusión

Al comienzo de la pandemia del virus SARS-cov2 tanto el celador como otro personal de los centros hospitalarios fueron considerados personal de bajo riesgo

de exposición según el Ministerio de Sanidad. Por tanto la responsabilidad de dotarles de EPI adecuados y de medidas de protección colectivas ha sido del centro sanitario en cada caso lo que no se ha cumplido correctamente, debido a la escasez de medios etc.
Debido a esto este colectivo ha sufrido un elevado porcentaje de contagios a consecuencia de sus tareas diarias que implican gran exposición al coronavirus.

Tras numerosas quejas por parte del colectivo de celadores, el gobierno modifico el procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al virus retirando dicha consideración e incluyéndoles como personal de alto riesgo al igual que otros profesionales de la salud.

6 Bibliografía

-web:https://www.semes.org/semes-divulgacion/equipo-de-proteccion-individual-epi-frente-al-coronavirus/
-web:https://revistamedica.com/equipo-de-proteccion-individual-celador-covid-19/
-web:https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100006

Capítulo 117

FUNCIONES Y ZONAS DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ASTURIAS

ALBERTO VERDES CASTRO

1 Introducción

El Real Decreto 137/1984 de 11 de Enero, establece principios normativos generales conforme a los cuales sea posible la creación y puesta en funcionamiento de Zonas de Salud. Cada Comunidad Autónoma desarrollará dicho Real Decreto en sus respectivos ámbitos territoriales.

La delimitación que abarcará cada Zona de Salud se hará por la Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta criterios demográficos, geográficos y sociales. Aplicando estos criterios, la población protegida por la Seguridad social a atender en cada Zona de Salud oscilará entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano.

Por Decreto 112/1984 de 6 de Septiembre, se aprueba con carácter definitivo el Mapa Sanitario del Principado de Asturias y se dictan normas para su puesta en práctica. Se divide el territorio del Principado de Asturias en 8 Áreas Sanitarias, que a su vez, se subdividen en Zonas Básicas de Salud. La última modificación de este Decreto inicial es del año 2021, concretamente la octava modificación, Decreto 16/2021 de 26 de Marzo. Conforme a esto Asturias queda dividida en 8 Áreas Sanitarias, 68 Zonas Básicas de Salud, 16 Zonas Especiales de Salud y 2 Distritos.

Nos referiremos al Centro de Salud como la estructura física y funcional donde desarrollan sus actividades y funciones el Equipo de Atención Primaria.

2 Objetivos

Determinar de manera sencilla, concreta y útil las funciones de los celadores en los Ambulatorios o Centros de Salud y las diferentes Áreas de Salud del territorio asturiano donde pueden prestar sus servicios.

3 Metodología

Revisión bibliográfica. Se realiza una consulta de material docente y artículos relacionados con la actuación del celador en el ámbito de Atención Primaria de las correspondientes Áreas de Salud del territorio asturiano y se selecciona la información más apropiada y actualizada para determinar el número de Centros de salud en los cuales puede prestar sus servicios.

4 Resultados

Cuando hablamos del equipo de Atención Primaria nos referimos al conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la Zona Básica de Salud. La Zona Básica de Salud es el marco territorial de Atención Primaria y la localización física principal es el Centro de Salud, que es donde se desarrollan las actividades sanitarias entre otras funciones.

El personal del Equipo de Atención Primaria dependerá funcionalmente de un Coordinador Médico, el cual desempeñará las actividades propias de su cargo junto con las especificas del puesto de Coordinador. Los Centros de Salud contarán con una dotación de personal acorde con las necesidades de cada Zona, es por ello que en la medida en que la propia dinámica de implantación y desarrollo de los Equipos de Atención Primaria lo hagan preciso y las disponibilidades presupuestarias los permitan, podrán incorporarse a estos Centros celadores.

La dedicación del personal integrado en los Equipos de Atención Primaria será de cuarenta horas semanales, sin perjuicio de su participación en los turnos de guardia.

Las diferentes Áreas Sanitarias donde están englobadas estas Zonas Básicas de Salud y por consiguiente los diferentes Centros de Salud donde los celadores pueden prestar sus servicios son las siguientes:

- ÁREA I cabecera en Jarrio, Concejo de Coaña. 5 Centros de Salud.
- ÁREA II cabecera en Cangas del Narcea, Concejo del Narcea. 2 Centros de Salud.
- ÁREA III cabecera en Avilés, Concejo de Avilés. 10 Centros de Salud.
- ÁREA IV cabecera en Oviedo, Concejo de Oviedo. 19 Centros de Salud.

- ÁREA V cabecera en Gijón, Concejo de Gijón. 15 Centros de Salud.
- ÁREA VI cabecera en Arriondas, Concejo de Parres. 6 Centros de Salud.
- ÁREA VII cabecera en Mieres, Concejo de Mieres. 6 Centros de Salud.
- ÁREA VIII cabecera en Langreo, Concejo de Langreo. 6 Centros de Salud.

Teniendo en cuenta todo lo anterior estableceremos en 69 el número de Centros de Salud que hay en el Principado de Asturias.

Establecidas las localizaciones físicas, los celadores prestarán las siguientes funciones en dichos establecimientos:

- Apertura y cierre de los Centros de Salud.
- Vigilancia y control del buen funcionamiento y uso del centro, así como del mobiliario, equipos, utillaje, así como encargarse de su traslado.
- Trabajar coordinadamente con el resto del equipo y participar en reuniones de equipo.
- Informar y asesorar sobre las actividades y normas del centro, vigilancia de acceso y circulación de usuarios y ayuda en el desplazamiento de pacientes con limitaciones.
- Colaborar en tareas organizativas, informativas así como traslado de historias clínicas a las consultas y así como otra documentación incluida la correspondencia.
- Ayudarán al personal sanitario, si son requeridos en curas y pequeñas intervenciones.
- En servicios de guardia recibirán a los enfermos tomando notas de los datos sociales y avisando a los médicos para su consulta, atendiendo el teléfono y tomando nota de los avisos para la Atención Médica Domiciliaria.

5 Discusión-Conclusión

A través del Mapa Sanitario de Asturias, como elemento básico de ordenación y planificación sanitaria, podemos ver como se divide el territorio asturiano en Áreas, en la cuales se fija un municipio cabecera donde está ubicado el Hospital de referencia y donde se presta la Atención Especializada, a su vez y es por lo que publicamos éste capítulo, dichas Áreas se dividirán en Zonas Básicas de Salud, con las que se pretende conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario y donde tendremos como estructura física el Centro de Salud, para desarrollar las actividades sanitarias de forma integrada y mediante el trabajo en equipo, donde en este caso prestará sus servicios el Celador, como parte importante de dicho equipo.

6 Bibliografía

1. La Zona Básica de Salud, los equipos de Atención Primaria y el Centro de Salud. La actuación del celador en los equipos de Atención Primaria. Tema 13 OPE celador Principado de Asturias.
2. https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/mapa-sanitario-de-asturi-1. Mapa Sanitario del Principado de Asturias.

Capítulo 118

ESTRATEGIA EMOCIONAL EN EL CONTACTO CON EL PACIENTE

CONCEPCIÓN MARTINEZ ALVAREZ

1 Introducción

En el ser humano existen diferentes muchas de emociones, estas quizás se hagan más patentes en los trabajadores de los centros sanitarios ya que están en contacto con situaciones muy duras, lo que provoca que se generen en esos trabajadores sentimientos que es necesario reprimir en ocasiones y en otras se pueden expresar de forma coherente de manera que aquello que se diga no provoque mas frustración a la persona a quien nos dirigimos que beneficio, es importante saber gestionar la forma de trasmitirlo y evidentemente en caso de no encontrar la manera adecuada, lo mejor es contenerse y guardar esas emociones y sentimientos. Es de vital importancia saber llevar bien esta gestión de emociones, no todos los profesionales tienen la misma fuerza mental para poder hacerlo y es por ello que unos se ven más afectados a nivel emocional que otros y su manera de actuar será completamente distinta. Cada quien gestiona las situaciones como puede para evitar que pueda hacer mella en su salud personal. Lo principal para poder gestionar una emoción o sentimiento es conocer el motivo por el que esa situación nos afecta tanto, bien porque nos trae algún recuerdo, bien porque nos coge en un momento que tenemos menos fuerza vital, será conociendo el motivo la manera de ponerle solución.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de aprender a gestionar nuestras emociones frente a las situaciones de salud que presentan los pacientes o usuarios del centro sanitario.

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 profesionales sanitarios están en contacto directo con los pacientes y sus familiares en los momentos difíciles o de gravedad e incertidumbre por los que estos pasan, lo que de forma muy directa afecta a los sentimientos y sensaciones del personal es de vital importancia saber gestionar esas emociones para evitar de indirectamente nos puedan producir sensación de impotencia, rabia, pena ante la situación ya que si no somos capaces de controlarlos de forma correcta puede influir en nuestra propia salud, sobre todo a nivel mental ya que además son situaciones que se repiten diariamente y ver el sufrimiento de los demás no resulta fácil de llevar, en ocasiones es necesario tomarse unos momentos de descanso para desconectar de esa situación puntual que estamos notando que nos afecta emocionalmente más que otras. Esto no sólo lo debemos aplicar con los pacientes, usuarios y familiares, si no con todos los miembros del equipo del que formemos parte ya que en ocasiones, una frase mal dicha o fuera de lugar puede generar un conflicto, es por ello la importancia que tiene el ocultar emociones y tener la capacidad de saber cómo actuar en cada momento y en cada caso, ya que ninguno es igual, siempre hay matices que marcan una diferencia. No resulta fácil ya que como seres humanos tendemos a querer por inercia dar nuestra opinión sin que nadie la pida y eso es lo que se debe evitar y participar sólo cuando se demande nuestra atención. Esta circunstancia puede desencadenar también un mayor nivel de desgaste profesional entre algunos colectivos de profesionales sanitarios, y no sanitarios, apareciendo una sensación de cansancio , desinterés

profesional y decepción; lo que redunda, a su vez, en un mayor absentismo laboral, , insatisfacción e incluso pudiendo llegar a afectar a nivel familiar y social.

5 Discusión-Conclusión

Es importante como personal no sanitario procurar dedicarle al paciente o usuario del centro sanitario el tiempo necesario, escuchándolo activamente y con actitud adecuada, sin ejercer opiniones personales, manteniendo siempre nuestras emociones, tanto las negativas como las positivas en un segundo plano para no dar información que no es de nuestra competencia; es decir, atenderlo en lo que pueda necesitar, compañía, palabras tranquilizadoras, hacerle mas corta la espera manteniendo una actitud de aquí estoy para lo que necesite, pero en el momento en que demande información que vaya mas allá de nuestras funciones, debemos dejar a un lado el sentimiento de reconfortarlo proporcionádsela y tener la capacidad de ocultar ese primer impulso y derivarlo al facultativo que de forma asertiva es quien debe darle información sobre su estado de salud.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/trabajo-emocional-auxiliar-administrativo-atencion-paciente-usuario/.
2. http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php.
3. https://www.newmedicaleconomics.es/el-paciente-de-hoy/la-inteligencia-emocional-en-la-consulta-con-el-paciente/.

Capítulo 119

SALUD LABORAL: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA HERMINIA MARTIN RAMOS

SANDRA GARCIA MARTIN

CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La alta siniestralidad en todos los ámbitos laborales es uno de los temas que más preocupa a los gobiernos de todos los países industrializados en las últimas décadas. Esta situación ha conducido a una concienciación general en materia de seguridad, prevención y salud laboral.
En España , en 1986, se rectifico el Tratado Constitutivo de la Comunidad Económica Europea, en el que figuran referencias relativas a la seguridad y salud de los trabajadores .
En 1995 se aprueba la Ley Marco , LEY 31/1995 de prevención en riesgos laborales.
La salud laboral tiene como objetivo fundamental la promoción de la salud de los trabajadores a través de la mejora de las condiciones de trabajo. Antes estaba ligada a aspectos concretos de las enfermedades del trabajo , de la higiene y seguridad. hoy en día adopta un modelo multidisciplinario , integral y centrado en la prevención. En el personal de las instituciones sanitarias tiene un enfoque del trabajo como generador de salud y enfermedad , a la situación de del concepto

de (enfermedad profesional),por el que ; enfermedades relacionadas con el trabajo, los riesgos laborales y han traído cambios, más después de la pandemia de la COVID-19 donde se dejó ver las enfermedades a las que están expuestos los trabajadores.

2 Objetivos

Dar a conocer nociones sobre prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario.

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. Sé a realizado la búsqueda en prevención de riesgos laborales, salud laboral en
BOE, LEY de Sanidad .

4 Resultados

Desde la entrada en vigor de la Ley de protección y Reglamento de prevención en todos los centros deben disponer obligatoriamente de su evaluación de riesgo, planificación y plan de prevención para organizar sus medidas preventivas y priorizar frente a los riesgos presentes en el ámbito laboral.
Esta documentación está en la base de las actuaciones que se lleven a cabo en los centros. La evaluación de los riesgos adopta una doble vertiente ya que se realiza por un lado el informe correspondiente a los lugares de trabajo y por otra la correspondiente a la categoría profesional, enfocada más con las tareas que se realizan.
La finalidad que se persigue la podemos resumir en:
Disminuir la siniestralidad laboral.
Facilitar el cumplimento de la legislación aplicable.
Demostrar un compromiso pro-activo para garantizar la seguridad y protección de los trabajadores.
Mejorar la salud de los profesionales en el trabajo.
Del estudio realizado en la evaluación, los riesgos más relevantes se pueden clasificar Clasificación de riesgos en las instituciones Sanitarias.

Medidas preventivas seguridad.
Mantener el orden en los pasillos y áreas de trabajo libre de obstáculos , promover el silencio y respeto en las salas de espera .En superficies que resbalan, secar inmediatamente cualquier líquido que se derrame al igual que su señalización.
Proveer los pasillos con puntos de desinfección.
Desde la entrada en vigor de la Ley de protección y Reglamento de prevención en todos los centros deben disponer obligatoriamente de su evaluación de riesgo/planificación/plan de prevención para organizar sus medidas preventivas prioridades frente a los riesgos presentes en el ámbito laboral. Esta documentación está en la base de las actuaciones que se lleven a cabo. La evaluación de los riesgos adopta una doble vertiente ya que se realiza por un lado el informe correspondiente a los lugares de trabajo y por otra la correspondiente a la categoría profesional, enfocada más con las tareas que se realizan.
La finalidad que se persigue la podemos resumir en:
Disminuir la siniestralidad laboral.
Facilitar el cumplimento de la legislación aplicable.
Demostrar un compromiso pro-activo para garantizar la seguridad y protección de los trabajadores.
Los centros estarán previstos de protocolos de actuación en medida de prevención de riesgos sanitarios. Estos protocolos deben de estar revisados y han de ser conocedores los trabajadores de los centros, de los protocolos llevando a cabo a lo largo del año un repaso de ellos.
Del estudio realizado en la evaluación, los riesgos más relevantes se pueden clasificar según el cuadro ‘Clasificación de riesgos en hospitales” que aparece en este artículo.
Medidas preventivas seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos para la seguridad y salud en el trabajo ,deberían considerarse en relación con factores internos y externos. El entorno de trabajo puede caracterizarse por uno o varios de estos factores: el ruido, el polvo, los riesgos biológicos, estrés social , pesos, etc. Si no se atenúan o controlan, estas condiciones pueden agravar las enfermedades o lesiones. Puede suceder, además, que los distintos factores se agraven mutuamente, haciendo que sea más urgente tratar los problemas de salud y más difícil resolver las cuestiones de seguridad.
En conclusión, el resultado de salud laboral en instituciones sanitarias, la verdadera medida de la salud no es la ausencia de enfermedad o invalidez, sino la

capacidad de funcionar efectivamente dentro de un determinado medio ambiente, es el proceso de adaptación continúa a los millares de bacterias, estímulos, presiones y problemas que desafían diariamente al hombre.

6 Bibliografía

1. https://www.biblioteca.itson.mx.
2. https://www.boe.es.

Capítulo 120

HISTORIA CLÍNICA.: MANEJO, CONTROL Y CUSTODIA

MARIA HERMINIA MARTIN RAMOS

SANDRA GARCIA MARTIN

CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La historia clínica se origina con el primer episodio de enfermedad o control de salud en el que se atiende al paciente, ya sea en el hospital o en el centro de salud, o en un consultorio médico.
El registro de la historia clínica construye un documento principal en un sistema de información sanitario, imprescindible en su vertiente asistencial, administrativa, y además constituye el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad, de lo que se deriva su trascendencia como documento legal.
La historia clínica, es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.
La historia clínica está amparada por la ley de protección de datos, en cuanto a manejo, control y custodia de ella. Ampara la confidencialidad de ella. Dicha ley establece el derecho al respeto de la confidencialidad del paciente con respecto a sus datos.

Por tanto, si quieres acceder a los datos, debes tener amparo en la ley. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

2 Objetivos

Dar a conocer en qué consiste la historia clínica y cómo se trabaja con ella.

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. Sé a realizado la búsqueda en prevención de riesgos laborales, salud laboral en
BOE, BOPA ,LEY de Sanidad

4 Resultados

Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación real del paciente , incorpora los datos de sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos y todo aquello vinculado con su salud . También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación. La historia clínica no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye en una sección aparte los juicios, documentos, procedimientos, informaciones y el consentimiento informado.
El consentimiento informado del paciente, que se origina en el principio de autonomía, es un documento donde el paciente deja registrado y firmado su reconocimiento y aceptación sobre su situación de salud y/o enfermedad y participa en la toma de decisiones del profesional de la salud.
Hay varios modelos de historia clínica: la cronológica: la tradicionalmente usada en los centros hospitalarios. la orientada por problemas de salud, usada en centros de salud la protocolizada: con preguntas cerradas, se utiliza para el seguimiento de enfermedades muy concretas; se usa en unidades especializadas.
La historia clínica se puede encontrar en soporte físico o digitalizada.

La gestión de la historia clínica en papel ,se encuentra debidamente encarpetada pasa al archivo central y único del hospital o centro de salud para su correspondiente custodia.
Es responsabilidad de este sector la oportuna entrega de la misma a los distintos profesionales que la soliciten. No resulta extraño encontrar hospitales que entregan/reciben varios cientos y hasta algunos miles de historias clínicas al día. Es fácil imaginar las dificultades que esto implica.
Se conocen, al menos, tres distintos procedimientos de archivado: correlativo (por números correlativos empezando desde el uno), por dígito terminal (por ejemplo a partir de la fecha de nacimiento del paciente) y por valor posicional dinámico asistido por ordenador.
Los dos primeros corresponden a diseños realizados en la era pre-digitalizacíon, y se caracterizan por ocupar grandes espacios y generar mucho trabajo para su rearchivado. De todos modos son los mas difundidos en este momento. Ambos implican la existencia de Ubicación Unívoca (un lugar para cada carpeta y cada carpeta en su lugar) en perfecto ordenamiento.
La información recogida y ordenada en la historia clínica es un registro de datos imprescindible para el desarrollo de las funciones profesionales de los médicos:
Clínica o asistencial: es la principal, y la que le da sentido a la creación y manejo continuo en la relación médico-paciente.
Docencia: permite aprender tanto de los aciertos como de los errores de las actividades desarrolladas.
Investigación: a partir de la información que aporta la historia clínica se pueden plantear preguntas de investigación sanitaria, con el objetivo de buscar respuestas científicas razonables.
Epidemiología: con los datos acumulados en las historias clínicas, se puede extrapolar perfiles e información sanitaria local, nacional e internacional.
Mejora continua de calidad: la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y legales como un derecho del paciente, derivado del derecho a una asistencia médica de calidad; puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente, así como un registro de la actuación médico-sanitario prestada al paciente. Su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.
Gestión y administración: la historia clínica es el elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.
Médico-legal: la historia clínica es un documento legal, que se usa habitualmente para enjuiciar la relación médico-paciente.

5 Discusión-Conclusión

Todo trabajador que tenga acceso y manejo de la historia clínica del paciente , ha de conocer el manejo , custodia y privacidad de esta.
El personal hospitalario ha de conocer las leyes que las regulan.
Ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de abril): El paciente tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso, (en una historia clínica), así como a recibir un Informe de Alta al finalizar su estancia hospitalaria y al informe de consulta externa.La historia clínica se identifica con un número único por cada paciente y debe ser almacenada de forma centralizada en un único lugar.
Real Decreto 63/1995 (BOE 10-2-95): El paciente tiene derecho a la comunicación o entrega, a petición del interesado, de un ejemplar de su historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario.El Sistema Público debe preservar y garantizar la confidencialidad de los datos contenidos en la Historia clínica. «El paciente tiene derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas o privadas que colaboren con el sistema público».El acceso a la historia clínica sin autorización, en perjuicio de un tercero, está tipificado como delito grave y está castigado con penas de prisión. Igualmente el profesional que revele o divulgue datos de la historia clínica será castigado con las mismas penas.La Historia clínica debe ser un reflejo veraz del curso de la enfermedad. Los datos incluidos entre sus documentos no pueden ser alterados, falseados ni simulados, lo cual constituiría un delito de falsedad documental que está penado por el mismo Cuerpo Legal.

6 Bibliografía

1. https://www.boe.es
2. https://www.sanidad.gob.es.

Capítulo 121

LA VIOLENCIA SOBRE EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS SANITARIOS

JESSICA ARGUELLES LORENZO

1 Introducción

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la violencia laboral como toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma.

La violencia laboral es uno de los riesgos principales a los que se exponen los trabajadores y trabajadoras del servicio de salud que están en contacto con los usuarios, pacientes, familiares o acompañantes.

Tipos de violencia:

Violencia física: daños físicos que pueden ser desde lesiones menores a graves e incluso mortales (empujones, golpes, arañazos, mordiscos, puñaladas, tiros, etc.)

Violencia verbal: conductas verbales amenazantes, vejatorias, intimidatorias, gritos, coacciones, insultos, etc.

Violencia psicológica: Los dos tipos de agresiones anteriores llevan implícita la agresión psicológica.

Violencia por daño a la propiedad: Robo, destrozo de mobiliario y/o instalaciones del centro y pertenencias del propio profesional.

Las agresiones en el lugar de trabajo se han convertido en un serio problema, el 25% de la violencia laboral se produce en el sector sanitario, el incremento de las agresiones en sanidad en estos últimos años se han duplicado, representando un 30% del total de las enfermedades y accidentes en los centros sanitarios.

Han incrementando notablemente tras la pandemia. El 14% de los casos de agresión provocaron lesiones (físicas 40% y psíquicas 60%) y el 17% conllevaron baja laboral.

2 Objetivos

- Identificar las principales agresiones que ejercen los usuarios sobre los auxiliares administrativos.
- Reconocer sus posibles consecuencias, prevenirlas y actuar ante ellas.

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 año 2020 se ha producido un cambio en el perfil de las agresiones, más del 50% se han producido en la atención primaria, siendo los lugares más conflictivos la consulta y el mostrador, asociados a factores relacionados con el acceso a los servicios.

El 24% de los profesionales agredidos ha sido personal administrativo, siendo el 73% de los agredidos mujeres, frente al 27% de hombres.

Una de las razones por la cual han incrementado las agresiones hacia el personal administrativo es que son el primer contacto que tiene el usuario al llegar al centro y el más accesible mientras el usuario espera ser atendido.

Otras de las causas son los recortes de personal que sufre el sector sanitario y la inestabilidad de las plantillas que se ven reflejados en las demoras y listas de

espera, en la falta de personal de seguridad en determinados servicios o durante la atención a pacientes potencialmente peligrosos, la masificación y aglomeraciones en pasillos o habitaciones, la saturación de las líneas telefónicas, etc.

El personal agredido puede sufrir daños físicos, psíquicos, emocionales. Cuyos posibles efectos son la frustración, ira, depresión, síndrome de burnout, estrés postraumático, ansiedad, abandono del lugar de trabajo, desmotivación. Pudiendo causar baja laboral.

Para prevenir y actuar antes las agresiones es muy importante generar en los centros sanitarios un clima de confianza, respeto y cordialidad que mejore el ambiente laboral de los trabajadores y trabajadoras y a la vez genere una mejor prestación de servicios a los usuarios.

Para ello es necesario establecer una serie de acciones sobre la estructura, organización y formación, como por ejemplo mejorar la señalización e información de los Centros Sanitario, la comunicación entre las distintas especialidades, los protocolos de derivación, los sistemas de cita previa, las agendas.

Lógicamente para poder realizar estas mejoras el punto fuerte sería el incremento de personal, tanto sanitario como administrativo y concienciar a los usuarios de lo necesario que es comunicar con tiempo a los centros sanitarios que no van asistir a sus citas para poder aprovecharlas para otros pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En los Servicios de Salud, se han duplicado las agresiones hacia el personal tanto sanitario como no sanitario, especialmente hacia los auxiliares administrativo, incrementando notablemente en los últimos cuatro años, tras la pandemia.

Una situación cuya prevención y manejo exige una actuación coordinada de todas las instituciones. Lamentablemente se desconoce la magnitud real de este problema, ya que, muchos de los actos de violencia que tienen lugar en los centros de trabajo no se denuncian ni se registran adecuadamente.

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud advierte de las graves consecuencias que pueden sufrir los profesionales que han sido agredidos.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- https://www.scielo.org/es/.

Capítulo 122

LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO POR PARTE DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ

RAQUEL ESCOBEDO PARDO

CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ

INMACULADA ROPERO MOLINERO

MARI CARMEN ORTIZ CASAS

1 Introducción

Debido a la gran tendencia hacia la globalización y la evolución de la tecnología es necesario el establecimiento de nuevos métodos para la protección de los datos personales. Los datos relativos a la salud de los pacientes son datos sensibles que deben estar especialmente protegidos, para ello, la Unión Europea con el fin de transmitir confianza a los ciudadanos en lo que referente a este tema, estableció un Reglamento General de Protección de datos que entró en vigor en 2016 y es de obligado cumplimiento desde mayo de 2018.

Se establece dentro de este reglamento el principio de responsabilidad proactiva y lo describe como "la necesidad de que el responsable del tratamiento aplique medidas técnicas y organizativas apropiadas a fin de garantizar y poder demostrar

que el tratamiento es conforme al Reglamento", es decir, aplicando este principio al sector sanitario, cada hospital, centro de salud o centro sanitario debe analizar los datos que tratan y las finalidades con las que lo hacen, definiendo el tratamiento de todas las operaciones que llevan a cabo.

En términos generales este principio requiere una actitud proactiva y diligente para el correcto tratamiento de todos los datos de carácter personal que se lleven a cabo. Además este Reglamento protege los derechos y libertades aplicando medidas cuando exista un alto riesgo de vulnerabilidad de los mismos y modulando otras en función del riesgo presentado.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

Poner de manifiesto la importancia de la protección de los datos de los pacientes en el ámbito sanitario para las funciones del auxiliar administrativo.

Como objetivo secundario:

Observar cómo la protección de datos se extiende a todos los profesionales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han consultado artículos relacionados con el tema a tratar, es decir, la protección de datos en el ámbito sanitario, y se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente, consultando en los principales buscadores de artículos científicos como dialnet o scielo.

4 Resultados

En el 2018 se aprueba en España la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales. Esta Ley regula como debe informarse a las personas y ayuda a los ciudadanos a conocer y ejercitar sus derechos de una manera accesible y sencilla. Como novedad esta Ley faculta a las personas que tuvieran vinculación con personas fallecidas y a sus herederos, al acceso, a la rectificación o a la supresión de los datos del fallecido, siempre y cuando el fallecido no lo hubiera prohibido expresamente.

Los centros sanitarios deben de cumplir una serie de requisitos para poder dar cumplimiento a las leyes de protección de datos. Estos requisitos son, entre otros, guardar los datos bajo estrictas medidas de seguridad, guardar siempre secreto profesional, cifrar los datos, deben ser siempre veraces y en caso de cesión de dichos datos debe de realizarse bajo consentimiento con un contrato firmado de autorización de cesión definiendo específicamente el uso de los datos cedidos. Además, el paciente siempre debe ser informado y tener libre acceso a ellos.

Dentro de los derechos de los pacientes están que sus datos personales estén almacenados de la forma más correcta posible, siendo las entidades sanitarias garantes de los derechos de sus pacientes. Además, se incluye no solo el acceso, sino la rectificación y supresión de los mismos, así como la limitación en el tratamiento, portabilidad y uso. En la autorización para la recogida de datos debe constar el nombre, DNI y firma, así como el nombre y centro donde el paciente está siendo atendido. La autorización para la publicación de casos clínicos u otras publicaciones científicas debe estar explícitamente especificado en el consentimiento.

Dichas autorizaciones para el tratamiento de datos pueden ser modificadas en cualquier momento por el paciente. El incumplimiento de esta Ley y la falta de respeto en la protección de datos de los usuarios de los distintos centros asistenciales puede conllevar distintas sanciones, que van desde leves, graves a muy graves.

5 Discusión-Conclusión

Tanto el personal sanitario como administrativo que lleva a cabo sus funciones en las distintas áreas de salud tiene a su alcance información especialmente sensible de los pacientes a los que asiste que deberá tratar con máximo rigor y ética, siendo así mismo salvaguardada la intimidad del paciente por la Ley Orgánica de protección de datos.

Si bien la historia clínica es el elemento fundamental a la hora de realizar un diagnóstico adecuado hay que tener siempre presente que estas deben ser guardadas y protegidas en archivos que cumplan todas las garantías y que impidan la revelación o filtración de información susceptible. Recordemos que la revelación de cualquier tipo de información recogida en el historial clínico de un paciente es un delito tipificado en la Ley de protección de datos.

6 Bibliografía

1. https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/introduccion-a-la-proteccionde-datos

2. https://www.lexdigitalabogados.com/proteccion-de-datos-pacientes-en-elsistema-sanitario/

3. https://protecciondatos-lopd.com/empresas/guia-centros-sanitarios/

4. https://revistamedica.com/proteccion-de-datos-ambito-sanitario/#::text=Todos%20los%20pacientes%20tienen%20el,la%20manera%20m%C3%A1s%20correcta%20posible.&text=En%20la%20autorizaci%C3%B3n%20de%20la,datos%20de%20su%20historia%20cl%C3%ADnica 1653

5. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552016000100006

6. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6927172

Capítulo 123

ESTUDIO Y APLICACIÓN DE LOS RECURSOS BÁSICOS PARA LA ATENCIÓN TELEFONICA EN CENTROS SANITARIOS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ

MARI CARMEN ORTIZ CASAS

RAQUEL ESCOBEDO PARDO

CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ

INMACULADA ROPERO MOLINERO

1 Introducción

El uso del teléfono en las comunicaciones tanto externas como internas es fundamental. De ahí el hecho que las organizaciones sanitarias inviertan en un buen servicio de telefonía a través de una centralita. Una centralita telefónica es un sistema de comunicación que se encarga de gestionar las llamadas internas y externas (entrantes y salientes). A etas líneas internas está asociada una extensión, que si se marcarse te conectaría directamente con el departamento correspondiente.

En la actualidad, las centralitas son digitales, se comunican a través de redes de datos, con la tecnología "VoIP (Voz por IP)"o "PBX IP". El PBX puede ser físico o puede realizar sus funciones de forma virtual. El funcionamiento de una centralita consiste en transferir la llamada entrante a la extensión correspondiente, bien sea a través de una interlocución que te indica el número de extensión que se debe marcar o sea el operador/a quien responda y marque la extensión que te derive al departamento correspondiente.

Respecto a las llamadas salientes, se debe de marcar el "0" como código de acceso externo, seguido del número al que se llama. Los servicios que puede ofrecer una centralita son:

- Llamadas internas; dentro de la propia entidad.

- Llamadas externas; llamadas al exterior

- Retrollamada automática; Se utiliza cuando el teléfono de destino está ocupado.

- Llamada en espera; el teléfono al que se llama da tono de llamada en espera y se puede coger la llamada nueva y dejar la original en espera.

- Consulta; es útil si se tiene que realizar una consulta a otra extensión sin perder la llamada original.

- Transferencia de llamadas; para transferir una llamada a otro número.

La centralita telefónica es la puerta de acceso al centro de salud y a través de ella debemos utilizar las mismas técnicas de comunicación que si se estuviera en la recepción.

2 Objetivos

Objetivos principales:

- Conocer los recursos básicos de la comunicación telefónica por el auxiliar administrativo.

Objetivos secundarios:

- Examinar el procedimiento a seguir en la recepción y atención de llamadas.

- Estudiar los diferentes comportamientos de los interlocutores.

- Analizar las barreras para una buena comunicación telefónica por el auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha querido exponer la importancia de una buena comunicación telefónica en los centros sanitarios, y se ha llevado a cabo a través de una revisión bibliográfica. Se ha recabado información de textos, libros y artículos de bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline. Palabras clave: comunicación telefónica, centralita, recepción, protocolo, comunicación verbal y no verbal.

4 Resultados

La persona encargada de la atención telefónica en centros sanitarios (auxiliar administrativo) debe tener en cuenta tres recursos básicos para que la comunicación telefónica sea eficaz.

El tono de voz Se empezará por hacer una pequeña introducción de los diferentes tonos de voz y en qué momento se pueden utilizar.

Tono cálido:

- Se utiliza en la presentación y despedida.

- Transmite amabilidad, empatía y sonrisa. La sensación que causa es agradable, positiva, de confianza.

Tono tranquilo:

- Se utiliza a la hora de tramitar quejas, reclamaciones o sugerencias.

- Trasmite tranquilidad, al ser un tono pausado también hace bajar el tono a aquellos interlocutores que tienden a elevar el tono.

Tono persuasivo:

- Se utiliza a la hora de dar una solución.

- Transmite una actitud resolutiva y entusiasta.

Tono sugestivo:

- Se utiliza para hacer una sugerencia o consejo.

- Transmite acercamiento al interlocutor al realizar una argumentación y explicación del asunto.

Tono seguro:

- Se utiliza para recabar información al usuario.

- Transmite profesionalidad y seriedad.

El lenguaje deberá de ser claro, con la velocidad adecuada, ni muy rápido porque no se captaría toda la información, ni muy lenta que aburra y se pierda la atención. También se debe utilizar un lenguaje empático y positivo.

Se debe manejar el vocabulario profesional del sector sin llegar a los tecnicismos. Solo se pretende manifestar un buen conocimiento de los servicios del centro. Esto genera confianza en los usuarios. El auxiliar administrativo ha de seguir el siguiente procedimiento para la realización y recepción de llamadas al centro sanitario de una manera ordenada y satisfactoria.

Recepción de llamadas (llamadas entrantes)

1. Descolgar el teléfono Este paso es muy importante, no se debe dejar sonar el teléfono más de tres tonos seguidos. Los usuarios se toman este gesto como una falta de interés por parte del centro y su frustración crece con cada llamada no descolgada o no descolgada con rapidez. Esto afecta considerablemente a la imagen del centro, los usuarios tienden a pensar que si no han sido atendidos debidamente vía telefónica, no será diferente en modo presencial. También se debe cerrar la puerta de la sala para que no se escuchen interferencias (ruidos, conversaciones, …) que pueda haber. Otra cosa importante es tener a mano un bloc, por si se necesita anotar algún dato durante la llamada. Muchas veces el propio programa informático permite añadir notas directamente, se debe tener la pantalla preparada para hacerlo a la vez que se habla con el usuario.

2. Saludo/ Acogida Una vez se ha descolgado el teléfono saludaremos al usuario con una sonrisa y un tono cálido, que transmita empatía y confianza.

3. Identificación persona/departamento Nos presentaremos revelando nuestro nombre o bien el del departamento al que pertenecemos. A continuación, identificaremos al usuario y a partir de este momento, nos dirigiremos a él/ella por su nombre. Dándole un trato personalizado para que se sienta más cercano a la

empresa.

4. Trato Normalmente al no conocer a la persona, se le tratará de "usted", a no ser que este diga lo contrario.

5. Gestión Las gestiones pueden ser muchas y muy diferentes, desde recordar una cita, dejar un mensaje, pedir información sobre un procedimiento, poner una reclamación, etc. En primer lugar, se le pedirá al usuario que explique el motivo de la llamada. Mientras tanto, se mantendrá una escucha activa, prestando atención a lo que describe y sin interrumpirle. Al terminar, se le realizarán las preguntas necesarias. En segundo lugar, se le dará respuesta a la demanda en el menor tiempo posible. Si no podemos solucionarlo nosotros mismos, solicitaremos ayuda a otro compañero para resolver el problema sin demorarse mucho. Si el tema a tratar es competencia de otro departamento, pondremos al usuario en contacto con este.

6. Tiempos de espera No conviene dejar al usuario esperando al teléfono mucho tiempo, se intentará gestionar la petición a la mayor brevedad. Si no fuese posible por la complejidad del asunto, se le pedirá el número de teléfono y se le llamará tanto para darle una respuesta, como informarle del seguimiento si la solución se alarga.

7. Despedida Se seguirá haciendo hincapié en la sonrisa, ya que será la última impresión que el usuario se lleve del profesional. Se le despedirá utilizando su nombre y mostrándose a su disposición para futuras consultas.

Realización de llamadas (llamadas salientes) Cuando es el personal del centro sanitario el que se pone en contacto con los usuarios, se utilizarán las mismas pautas de comunicación que para la recepción de llamadas, añadiendo:

- En los casos que no se logre contactar con la persona en cuestión, se indicará quien llama y desde que centro sanitario. A su vez se preguntará cuándo se puede volver a llamar.

- En caso de que se quiera dejar el mensaje, la persona que llama se debe identificar, dejar el mensaje y los datos de contacto del departamento, también se puede indicar el horario de atención al usuario.

Para realizar una gestión más eficaz de las llamadas es esencial conocer los comportamientos más habituales que suelen adoptar los usuarios:

- Asertivo; refleja autoridad y requiere una solución, información, aclaración, etc. en ese momento.

- Pasivo; no muestra los sentimientos, es tímido y de pocas palabras. Este tipo de comportamiento requiere realizar preguntas abiertas para descubrir que es lo que necesita.

- Agresivo; no estará de acuerdo con ninguna solución, la queja será continua e incluso el comportamiento llegará a ser provocativo y despectivo. Se intentará llevar la conversación a un modo más tranquilo, escuchándolo, mostrándonos agradables a pesar de sus provocaciones y resolviendo la cuestión planteada.

- Conversador; Es amable y realizará una exposición del tema a tratar, larga y extensa. Con este tipo de personas se mantendrá el clima de amabilidad que ostentan, pero poniendo límites a sus narraciones, para que no se nos vaya el tiempo. Siempre de una manera sutil para que no se sienta ofendido.

A pesar de conocer y aplicar las técnicas expuestas en los párrafos anteriores, existe otro inconveniente que son las barreras en la comunicación telefónica. Son muchas las barreras que se pueden encontrar en una llamada telefónica, por eso nos centraremos en las más relevantes.

- La percepción; las experiencias vividas, el conocimiento, etc. Hacen que se tengan diferentes puntos de vista de una misma situación.

- Cultura y lenguaje; cuantas veces ha pasado utilizar una palabra que para otra persona, de otra ciudad o país, tiene un significado diferente. Creando así una sensación de confusión entre los interlocutores.

- Las emociones también hacen de barrera en muchas ocasiones. Un ejemplo es cuando se descuelga el teléfono para atender una llamada, y sin percatarse, se utiliza un tono de enfado a causa de la llamada tensa que se ha tenido con el usuario anterior.

- El ruido, la más habitual de las barreras, sobre todo en los departamentos administrativos por la cantidad de personal que trabaja utilizando los teléfonos a la vez. También puede ser el ruido de la megafonía, sirenas de las ambulancias, etc.

5 Discusión-Conclusión

La atención telefónica es tan importante como la atención que se da a los usuarios de modo presencial. Se necesita proyectar una buena imagen del centro sanitario a través del teléfono. Esto se conseguirá empleando una adecuada comunicación verbal y no verbal. En la comunicación verbal, se debe utilizar el vocabulario del sector, ya que es más profesional y dará mayor confianza al usuario. Junto con un lenguaje claro y sencillo.

A través de la comunicación no verbal expresaremos: El tono de voz adecuado para las distintas fases de la conversación, articulando correctamente las palabras y usando un ritmo ni lento ni rápido, manipulando el silencio para ceder la palabra o enfatizar puntos importantes.

Pero lo imprescindible y fundamental a la hora de atender una llamada telefónica, es la sonrisa, da fuerza y actitud positiva a la conversación, y se transmite esa sensación a través del teléfono, consiguiendo que el usuario adopte el mismo estado de ánimo. La finalidad de utilizar técnicas que mejoren la comunicación telefónica, no es otra que finalizar la llamada con el usuario satisfecho, para generar así una confianza en el centro sanitario y en sus profesionales que perdure en el tiempo.

6 Bibliografía

1. Escrito por Herrero R., Sánchez O. Archivo y comunicación. Admón. y gestión. Profesional básico en servicios administrativos. Editorial Paraninfo. https://www.paraninfo.es/catalogo/9788428335805/archivo-y-comunicacion.

2. Pro Amperos (2020) La telefonía actual. Introducción a la PBX. https://www.youtube.com/watch?v=xb3-UGY1kpo

3. Campiña G., Fernández M.ªJ. Técnicas de recepción y comunicación. Editorial Paraninfo. https://www.paraninfo.es/catalogo/9788428398848/mf0975_2---tecnicas-de-recepcion-y-comunicacion

4. BIRT LH. La gestión de llamadas entrantes. https://ikastaroak.birt.eus/1664

5. (ADGG0208) Actividades Administrativas en la relación con el cliente (Real Decreto 1210/2009, de 17 de julio, modificado por el Real Decreto 645/2011, de 9

de mayo).https://www.boe.es/eli/es/rd/2009/07/17/1210

6. (COMV0108) Actividades de Venta (RD 1377/2008, de 1 de agosto, modificado por el RD 1522/2011, de 31 de octubre).www.sepe.es

7. Pérez H, Pérez J., López L. y Caballera C. (2012). Unidad 4. La comunicación no verbal, Comunicación y atención al cliente G.S. Editorial Mc Graw Hill. https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448175743.pdf

Capítulo 124

LA ACOGIDA AL PACIENTE POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ

MARI CARMEN ORTIZ CASAS

RAQUEL ESCOBEDO PARDO

CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ

INMACULADA ROPERO MOLINERO

1 Introducción

Vivimos en una sociedad deshumanizada, donde por encima de las personas está la tecnología, y en lo que se refiere a nuestra salud somos vulnerables, una persona que acude a un hospital o a un centro de atención primaria lo hace porque tiene un problema de salud y necesita ser acogido con respeto y humanidad.

El usuario tiene unas expectativas a la hora de acudir a consulta o urgencias, y cuando esas no se cumplen se queja, por suerte la mentalidad ha cambiado y los usuarios ponen por escrito sus quejas, lo que permite la mejora de los servicios, aunque estamos muy lejos de conseguir una humanidad en sanidad, ya que es muy elevado el número de pacientes por médico, las consultas hospitalarias están saturadas y los procesos de derivación a la hora de pasar de primaria a hospital se

alargan mucho, así como las intervenciones quirúrgicas, donde el preoperatorio tiene una validez de 6 meses, lo que nos permite hacernos una idea de la demora.

El personal administrativo es el primero en recibir al paciente, lo primero que debemos hacer es identificar y comprobar bien todos sus datos personales, para pasarlo a triaje en caso de hospital o a la consulta que corresponda en caso de atención primaria, es importante hacerlo con amabilidad y respeto, sobre todo en caso de gente mayor, a la que a veces le cuesta entender o tiene problemas de audición.

Podemos decir que el auxiliar administrativo es el puente entre paciente y personal sanitario, por lo que la acogida empieza por nosotros, y se debe tener también en cuenta sobre todo en los hospitales a los familiares, que necesitan información y una buena atención.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

Indicar las actividades y labores del auxiliar administrativo en la acogida al paciente.

Como objetivo secundario:

Explicar las funciones de los administrativos en los centros sanitarios y el trato con los pacientes.

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 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

Desde nuestro puesto como auxiliares administrativos somos conscientes de que los servicios no sanitarios conviven con los sanitarios y que todos van encamina-

dos a mejorar la calidad recibida por el paciente, aunque no lo parezca el tener una cafetería, prensa, un teléfono público hacen que la estancia sea más llevadera para los familiares y todo eso mejora su grado de satisfacción.

Así mismo debemos de estar identificados, que tanto paciente como familia sepan si hablan con el administrativo, celador o médico, debemos informarles del circuito que seguirán, así como indicarles dónde están las salas, si van a hacer una placa en la zona de radiología, si van a ingresar en el hospital de día a donde se deben dirigir, si es una cirugía indicarles la línea a seguir para aducir a la zona quirúrgica, nosotros debemos ser conscientes de que conocemos los circuitos, pero ello no y eso supone una situación muy estresante.

Las circunstancias que llevan a un paciente y su familia a valorar mejor la atención recibida son muy variadas, pero destacamos lo eficaz que hayamos sido en resolver su problema, la accesibilidad al centro sanitario, el que se les haya informado y sobre todo la aptitud del personal y el trato humano recibido.

Si pensamos los elementos que pueden llevar a un paciente y su familia a estar más confortables en un hospital destacaremos salas de espera grandes y cómodas donde los familiares puedan estar sentados y no tener que estar de pie por los pasillos, que estén bien señalizados los circuitos en el suelo a través de líneas de colores, la limpieza, es importante que haya salas donde dar información a los pacientes y sus familias de forma privada, y que haya zona de paliativos lo más humana posible.

Las visitas a los enfermos tiene dos puntos de vista muy diferentes, para el personal sanitario y de limpieza muchas veces es un trastorno, ya que se juntan varios familiares por paciente en las habitaciones, que normalmente no son individuales y andan por los pasillos dando vueltas, pero desde el punto de vista del enfermo es muy necesario para él la compañía de su familia con lo cual hay que llevar a una satisfacción para todos, encontrar una forma de arreglarlo con un horario y una limitación de familiares por paciente.

Y por último comentar que aunque parezca algo irrelevante es importante para el paciente y su familia la comida, una pregunta que se hace al llegar a ver a un familiar ¿Qué tal es aquí la comida?, está yo creo que es una de las cosas que más han cambiado en los hospitales en los últimos años, se ha pasado de ser un tema sin importancia a ser algo importante, calidad, cantidad y presentación, menús variados y apetecibles.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos diciendo que el ingreso hospitalario, es uno de los trastornos más grandes para una persona y su familia, desde el punto de vista emocional, la preocupación, el miedo, el estrés que supone y además hay que hacer encaje de bolillos de la vida familiar, dejar a los niños, hay que ir de visita, acompañar, debemos por ello facilitar la acogida y hacer su estancia lo más confortable dentro de nuestras posibilidades.

El personal administrativo tratará desde el primer contacto de ser profesional en la toma de datos e información, sin olvidar la cara amable, ya que a veces habría que ponerse en su lugar, sobre todo cuando viene gente mayor, discapacitada, de zonas rurales.

Como el puente del paciente con el personal sanitario. En muy importante ir indicándose los pasos que seguirán tanto a ellos como a su familia, si se demoran los médicos en informar intentar tranquilizar y decirles que enseguida saldrán a hablar con ellos, a veces desde que un paciente entra en el servicio de urgencias hasta que sale pasan muchas horas y en ese tiempo la familia no sabe nada, lo que genera una situación muy grande de angustia para ambos.

6 Bibliografía

1. https://www.quironsalud.es/san-jose/es/pacientes-visitantes/informacionpractica.ficheros/705182.

2. Guia%20Acogida%20Paciente%20SAN%20JOSE%2015x21%20AF%20sin%20marcas.pdf.
3. http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/pediatria/documentacion

Capítulo 125

SALUD LABORAL Y RIESGOS LABORALES

LAURA MIGUÉLEZ SARMIENTO

1 Introducción

Trabajar en un hospital o centro de salud conlleva realizar una serie de labores o responsabilidades, diferentes a otras áreas laborales o disciplinas. Todo aquel trabajador sanitario afronta, en su día a día, situaciones de riesgo muy diversas y debe estar formado para afrontarlos. Para ello es importante que conozca qué es la "Salud Laboral".

La OMS define "Salud Laboral" como: una actividad multidisciplinaria que promueve y protege la salud de los trabajadores. La disciplina busca controlar los accidentes y enfermedades a través de la reducción de las condiciones de riesgo", por lo que los factores de riesgo dentro del lugar de trabajo deben ser reducidos hasta el punto de eliminarlos por completo, dependiendo del puesto de trabajo y las tareas a desempeñar.

Por lo tanto la salud laboral parte de evitar que el trabajador dañe su salud, es decir, es una actividad encaminada a prevenir daños a la salud de los trabajadores en función de las condiciones de trabajo. Toda actividad de trabajo tiene riesgos, dependiendo de su naturaleza y ambiente de trabajo. Durante las actividades sanitarias existen riesgos por el uso de sistemas informáticos, gases, desinfección, quirófanos, laboratorios, cocinas, etc. Los riesgos en el sector de la sanidad se resumen en estudios que señalan y demuestran los diversos tipos de riesgos; biológicos, químicos, mecánicos y ergonómicos por accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, incluidas las enfermedades graves con resultado de

muerte. También hay daños materiales y tiempo de inactividad durante la producción.

También debemos conocer la existencia de la "Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de Noviembre)" que establece límites y regula las actividades en las empresas españolas, que deben aplicar medidas preventivas con el objetivo de proteger, dar seguridad y cuidar de la salud del trabajador. También establece normas aplicables en aquellos casos de riesgo biológico, extensible a pacientes y familiares.

2 Objetivos

Describir los principales riesgos laborales que puede aparecer en los centros hospitalarios.

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

RIESGOS LABORALES

Estas condiciones pueden conducir a cambios en la salud e incluso pérdidas debido a las condiciones de trabajo.

Hablamos de riesgos químicos, físicos, biológicos, psicológicos y sociales en función de los cambios que produce el trabajo.

2.1. RIESGOS QUÍMICOS.
Debido al progreso de la tecnológica, cada vez se utilizan más productos químicos y, a veces, se desconocen sus efectos sobre la salud.

Los contaminantes químicos se incorporan al medio ambiente y pueden dañar a quienes entran en contacto con ellos.

Los contaminantes químicos ingresan en el cuerpo humano por vía: respiratoria, dérmica, digestiva y/o parenteral.

Cuando la toxina entra en nuestro organismo, el cuerpo responde de diferentes maneras:
- Intoxicación aguda: se absorbe rápidamente en un tiempo de exposición corto, en concentraciones muy altas.
- Intoxicación subaguda: los síntomas no aparecen hasta varios días después de la penetración de la toxina.
- Intoxicación crónico: exposición prolongada o de bajo nivel.

2.1.1. PRODUCTOS QUÍMICOS MÁS COMUNES EN EL MEDIO SANITARIO.

2.1.1.1. ÓXIDO DE ETILENO.

Se utiliza como fungicida debido a sus capacidades antibacterianas. Es inflamable en presencia de oxígeno o aire, cambia de líquido a temperatura ambiente y, en algunos casos, se produce una reacción explosiva.

Produce cambios en el tracto gastrointestinal, sistema respiratorio, sistema nervioso, sistema sanguíneo, electrocardiograma, alergias, cataratas, conjuntivitis. Altas dosis pueden causar la muerte.

Las garantías serán:
Ventilación adecuada.
Área de aislamiento y desinfección.
Equipos y alarmas apropiados.
Capacitación del personal de exposición

2.1.1.2. CITOSTÁTICOS.

Se utilizan para tratar el cáncer. Sus efectos pueden ser: dermatitis, mucositis, quemaduras, alergia, náuseas, vómitos, alopecia, cefalea, prurito, nefrotoxicidad, hepatotoxicidad y cardiotoxicidad.

Las medidas de protección:

- Ambiental:
Procesar en cabina de flujo laminar vertical, aspirando aire al exterior. Cambios de filtros.
Empleados calificados.
Hay neutralizadores e inactivadores.

- Trabajador:
Ropa adecuada.
Controles de salud regulares (incluidos exámenes de detección de cáncer).
Información de riesgos.
No coma, fume, beba ni use maquillaje en el área de preparación de citostáticos.

- Manipulación, preparación y administración.
Lávese las manos correctamente.
Atención al pinchazo.
Etiquete correctamente las preparaciones.
Protocolo para fugas accidentales.

Los desechos en forma de heces de pacientes que reciben terapia citostática serán tratados con las mismas salvaguardas descritas anteriormente.

En caso de contaminación accidental se neutralizará el producto, se recogerán los residuos con un paño absorbente y se lavará la zona con agua y detergente.

2.1.1.3. GASES ANESTÉSICOS.
Se utilizan para la inducción y el mantenimiento de la anestesia general mediante la inhibición del SNC.

No se ha demostrado su potencial cancerígeno, pero sí provoca alteraciones celulares, anomalías congénitas, abortos, cambios de conducta, problemas psicomotores, hepáticos y renales.

Medidas de protección para:

- La fuente:
Utilice el extractor y controle periódicamente el equipo de anestesia. Utilizar equipo de anestesia con sistema anticontaminación en quirófano.

- El medio ambiente:
Sistema de ventilación de quirófano (15 veces por hora)

- El personal:
Examen físico periódico. entrenamiento apropiado.

2.1.1.4. FORMALDEHÍDO.
En altas dosis es tóxico e incluso sospechoso de ser cancerígeno. Sus usos son industriales (ej: tintes, detergentes, maquillaje…). En hospitales se utiliza como

antiséptico utilizado en anatomía patológica y como desinfectante en unidades de hemodiálisis.

Afectan la salud y provocan irritación de las vías respiratorias superiores, tos, dificultad para respirar y enfermedades de la piel.

Las medidas de protección se dividen en:

- La fuente:
Si es posible, reemplácelo con otro producto.
Envase debidamente tapado.

- El ambiente:
Ventilación adecuada.
A menudo se realizan controles ambientales.

- El personal expuesto:
Usar ropa de protección (epi, guantes, mascarillas…).
Formación e información adecuadas.
Examen o reconocimiento médico periódico.

2.2. RIESGOS FÍSICOS

2.2.1. RIESGOS FÍSICOS MÁS COMUNES EN EL MEDIO SANITARIO.

2.2.1.1. CALOR.

La temperatura elevada puede causar cambios en la piel, deshidratación, deficiencia de sal, insolación y fatiga. Este riesgo es específico de los trabajadores de cocina, lavandería y calderería, aunque en ocasiones tiene efectos secundarios.

2.2.1.2. RUIDO.

Su principal efecto es la sordera leve de baja intensidad, pero con una exposición intensa y prolongada puede producirse la muerte celular.

El ruido también puede provocar un aumento de la presión arterial y de la respiración, así como una falta de concentración.

Se deberá eliminar o reducir la fuente del ruido y su transmisión, y los empleados utilizarán auriculares o tapones para los oídos.

2.2.1.3. VIBRACIONES.

Hay riesgos en el hospital. Las causas van desde alucinaciones visuales hasta cambios neuromusculares y en las articulaciones de los huesos.

Las precauciones técnicas y médicas son importantes, así como la protección personal, como guantes resistentes a los impactos.

2.2.1.4. RADIACIONES IONIZANTES.
Corren mayor riesgo aquellos sanitarios que trabajan en áreas relacionadas con: laboratorios, medicina nuclear y radiología de diagnóstico.

Las radiaciones ionizantes tienen un efecto cancerígeno, mutagénico y teratogénico. Ocasionando efectos secundarios en el propio individuo (somáticos) o en su descendencia (genéticos).
Dado que las salvaguardas son:
Uso de dosímetros
Limite la dosis de radiación.
Proporcionar formación e información adecuada a los empleados.
Use una señal que indique radiación.
Ropa de protección (guantes de plomo y delantal de plomo).
Realización de pruebas médicos antes y revisiones posteriores.

2.2.1.5. RADIACIONES NO IONIZANTES.
Su riesgo es bajo y existen diferentes tipos:

Radiofrecuencias y microondas: usados en fisioterapia y rehabilitación. su mayor característica es que emiten calor. Para este tipo de radiación las medidas preventivas adecuadas se basan en formación y controles médicos periódicos.

Radiación infrarroja: usadas en quemaduras y cataratas por calor.

Luz ultravioleta: Empleadas en lámparas de terapia y problemas de piel. Las consecuencias de su uso pueden tener consecuencias inmediatas (oscurecimiento de piel, afectación corneal y conjuntivitis) o a largo plazo (envejecimiento de la piel o cáncer)
Rayos láser: Se utilizan en dermatología, cirugía, odontología y métodos de diagnóstico. Con fines preventivos, se deben aislar las instalaciones, colocar carteles de advertencia, protección y formación del personal e inspecciones físicas.

Ultrasonido: utilizado en fisioterapia y rehabilitación. Su efecto se produce por contacto directo o por el aire.

2.3. RISGOS BIOLÓGICOS

Es el riesgo más usual en el ambiente sanitarios. Los empleados a menudo se encuentran más expuestos a material biológico pudiendo ocasionar el contagio de enfermedades altamente infecciosas.

La forma de contagio puede producirse mediante, contacto directo o ambiental. La sangre, mucosas, heces, pinchazos, cortes o el tratamiento de heridas pueden suponer un riesgo alto para la salud.

Dependiendo del tipo de enfermedad se usarán medidas preventivas, físicas, químicas o simplemente de protección.

2.3.1. INFECCIONES MÁS IMPORTANTES TRANSMITIDAS POR SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES.

2.3.1.1. SIDA (VIH).

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entra en las células y puede estar inactivo años. Cuando el virus está activo, empieza a multiplicarse y destruir linfocitos T4, provocando inmunodeficiencia en el individuo, ocasionando que pueda contraer con muchísima facilidad cualquier otra enfermedad.

En ambientes sanitarios existen varios medios de contagio de VIH:
- Mediante el uso de utensilios contaminados.
- De profesional a paciente.
- De paciente a profesional.

Según estudios, el 85% de contagios de VIH se realiza por contacto con la sangre, pudiendo estar presente ésta en la orina, heces, sudor, vómitos…. También hay otros fluidos que pueden ocasionar contagio (semen, secreciones vaginales, líquido amniótico, leche materna, etc.)

En caso de contacto accidental se recomienda lavar la zona afectada con agua y antiséptico. Si hay herida abierta, se deberá drenar durante 3 minutos, esterilizar y tapar. Realizado este primer paso, deberá informar al servicio designado, para el correcto procedimiento de los protocolos.

2.3.1.2. HEPATITIS B (VHB).

Su contagio es extremadamente común en trabajadores sanitarios. La infección puede realizarse mediante contacto directo con la piel o fluidos infectados, siendo

el uso de agujas para pinchazos la forma más común de contagio.

2.3.1.3. HEPATITIS C (VHC).
Su contagio es menos común, en relación con la hepatitis B. El protocolo de tratamiento puede variar en función de la exposición y su diagnóstico (ya que es una enfermedad que puede pasar un poco desapercibida) se realiza mediante métodos ELISA o RIBA.

2.3.2. OTRAS INFECCIONES BACTERIANAS Y VIRALES.

2.3.2.1. TUBERCULOSIS (TBC).
Su contagio puede producirse sobretodo en ambientes o espacios cerrados y con mala ventilación. Se transmite por el aire al respirar las gotitas en suspensión que dejan los individuos infectados cuando hablan, tosen o estornudan.
Existen muchas medidas preventivas en caso de tratar con pacientes portadoras de esta enfermedad. Para aquellos trabajadores de centros de salud u hospitales se recomienda el uso de mascarilla, se les realizarán pruebas (tuberculina) o recibirán la vacunación BCG. En cualquier caso, lo fundamental es seguir las medidas de prevención, la realización de un diagnóstico precoz y el empleo del tratamiento adecuado.

2.3.2.2. GRIPE.
Su contagio es muy común en centros sanitario u hospitales y en épocas estacionales concretas. La medida preventiva que más impacto tiene es la vacunación de personal sanitario, personas con enfermedades crónicas, o que reciben terapia inmunosupresora y personas mayores de 65 años.

2.3.2.3. TÉTANOS.
Hoy en día el riesgo de contagio por tétanos es bajo y su tendencia cada año va siendo menor.

La infección puede producirse al tratar fracturas abiertas, quemaduras, heridas provocadas por animales, materiales contaminados, inyecciones, etc.

La medida preventiva más adecuada y eficaz es la vacuna antitetánica y la inmunización pasiva, y se aplicará una opción u otra en función del tipo de contagio.

2.3.3. PRECAUCIONES UNIVERSALES.

Ante cualquiera de los virus o enfermedades mencionadas anteriormente, existen una serie de medidas preventivas básicas e indispensables que pueden ayudar a evitar contagios.

Es recomendable que el personal sanitario reciba la vacunación correcta contra la hepatitis B. Deberán tomarse las medidas higiénicas adecuadas ante cada intervención y usar barreras de protección como guantes, mascarillas, batas… En aquellos casos que requieran tratar sangre o fluidos, se empleará toda la precaución necesaria ya que siempre hay que estar alerta por riesgo de infección de VIH, VHC, VHB u otras enfermedades transmitidas por este medio.

En aquellos casos donde se trate a pacientes infectados, se evaluará su aislamiento como medida de prevención y propagación de la enfermedad.

Las herramientas o utensilios empleados podrán tratarse de varias formas, en función de para qué o cómo hayan sido utilizados. Si han estado en contacto con material o fluidos contaminados, deberán ser esterilizados si pueden ser reutilizados. Mientras que aquellos materiales como gasas o desechos no cortantes, serán aislados en bolsas de plástico resistente y desechados.

2.4. RIESGOS PSÍQUICOS.

La razón principal es el estrés psicológico y la presión socio-psicológica. La carga mental depende de la cantidad de información que el empleado recibe y tiene que dar la respuesta correcta. El exceso de trabajo puede causar fatiga mental y el estrés puede ocasionar desequilibrio interno, teniendo consecuencias psicológicas y físicas.

Para evitar cualquier trastorno, es recomendable un ambiente laboral saludable, permitir horario flexible, fomentar la autonomía y participación, emplear técnicas adecuadas para la resolución de problemas, prevenir las emociones negativas y si es posible, aprender a controlar el estrés con ejercicios de respiración y relajación.

2.5. RIESGOS SOCIALES.

El personal sanitario también puede enfrentarse a riesgos sociales provocados por factores externos a ellos. Tratar pacientes o familiares puede conllevar un riesgo no controlable, pudiendo recibir ataques verbales o físicos que afecten a su salud. Ante este tipo de circunstancias, lo más recomendable es mantener la calma, intentar controlar la situación y avisar a la seguridad del centro para que

establezca las medidas adecuadas.

5 Discusión-Conclusión

Para eliminar la siniestralidad laboral y favorecer las mejores condiciones de trabajo es imprescindible la prevención de riesgos laborales.
La prevención es la única forma de trabajar de forma segura sin dañar nuestro cuerpo, lo que a menudo hace que tengamos que sufrir bajas innecesarias. Los empleadores deben proporcionar a los trabajadores los medios apropiados para recibir capacitación e información a través de un "programa de capacitación" que incluya capacitación y capacitación en el uso adecuado de ayudas mecánicas, técnicas para el manejo seguro de cargas e información sobre el peso de la carga y el centro de gravedad.

Una buena medida preventiva depende en gran medida de los intereses y responsabilidades que se asuman dentro del área de trabajo. Debemos proteger los recursos con los que cuenta la empresa, si estas condiciones empeoran, no podrá cumplir con las metas de producción recomendadas. Los accidentes pueden seguir ocurriendo, pero cada vez menos, si se toman las medidas adecuadas.

Sabemos que el mayor y más importante aliado para evitar riesgos laborales es la prevención. Vacunar a los trabajadores puede evitar que se enfermen, tener el plan de seguridad adecuado y establecer estándares que todos cumplan. Disponer adecuadamente los desechos y recolectarlos y almacenarlos adecuadamente, aislar adecuadamente a los pacientes infecciosos, capacitar al personal sanitario y no sanitario que interactúa con los pacientes y asegurarse de que se sigan los protocolos establecidos tanto en su relación con los pacientes como en el uso de materiales de desecho. Por lo tanto, es muy importante el cumplimiento estricto de las normas ya que se podrían prevenir muchos accidentes.

6 Bibliografía

http://www.auxiliar-enfermeria.com/riesgos_celadores.htm#::text=Acogerse%20a%20campa%C3%B1as%20de%20inmunizaci%C3%B3n,y%20manipulaci%C3%B3n%20manual%20de%20cargas.
https://es.wikipedia.org/wiki/Peligro
http://portal.ugt.org/juventud/guia/cap4.pdf

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/celad_lectura_07.pdf

Capítulo 126

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

MARIA PILAR SANCHEZ PARRA

ALBERTO HUETE GONZALEZ

YOLANDA MORENO VIZCAINO

1 Introducción

La atención primaria del sistema de la salud es el nivel básico e inicial de atención a lo largo de toda la vida del paciente. Es el mecanismo mediante el cual los países y las áreas proveen de servicios de salud a las poblaciones y las personas.
El objetivo central es organizar un sistema de salud en torno a una estructura fuerte centrada en el paciente, es decir, la actividad asistencial más próxima que se proporciona al paciente a nivel local.
La actividad asistencial se desarrolla mediante consultas efectuadas por los equipos de atención primaria, tanto en el mismo centro de salud como en el domicilio del paciente, durante el horario de funcionamiento del servicio de atención primaria. Las consultas comprenden la totalidad, con independencia de su modalidad: ya sea a demanda, por iniciativa del paciente, preferentemente organizada a través de cita previa, concertada/programada realizada por iniciativa de un profesional sanitario, o urgentes/sin cita por motivos no demorables.

El auxiliar administrativo es el personal encargado de gestionar la admisión de los pacientes a las consultas en los diferentes centros sanitarios así como el encargado de manejar la documentación clínica de los mismos.
La atención presencial al público, la recepción de llamadas, la preparación de los datos informáticos, la organización de expedientes y su tramitación, la gestión de las citas o la digitalización de documentos son solo algunos ejemplos de funciones administrativas básicas de un auxiliar administrativo en Sanidad.

2 Objetivos

Describir e indicar las funciones y tareas del auxiliar administrativo en el servicio de atención primaria de los centros sanitarios.

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 la Orden de 1984, los auxiliares se dedican a aquellos trabajos de "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".
Con carácter general se puede concretar que las tareas específicas que desarrolla el personal auxiliar administrativo son las siguientes:
1. Actualización y registro informatizado de pacientes con los datos personales correctos. Atención telefónica y presencial al paciente en el centro de salud.
2. Citación de consultas telefónicas y presenciales con el personal sanitario del centro de salud (médicos, enfermeros, dentista, trabajador social).
3. Gestión y tramitación de la tarjeta sanitaria pacientes, cambio y asignación de médico de cabecera, verificación de datos personales y domicilio, alta de extranjeros con derecho a asistencia y renovación periódica del mismo etc.

4. Citación de consultas especializadas derivadas por el personal médico del centro de salud.
5. Gestión diaria del correo electrónico, fax, notificaciones, avisos o certificados:
- Digitalización electrónica de todo tipo de documentos.
- Archivo físico y electrónico de documentos en sus expedientes correspondientes.
6. Gestión del servicio de ambulancias a pacientes:
- Realizar tareas administrativas como el procesamiento de textos, clasificación de las muestras médicas, adquisición de material de oficina, organización del transporte en ambulancia, reserva de salas de reuniones, organización y almacenaje de los informes médicos, etc.
7. Envío, recepción y archivo de historias clínicas de pacientes.
8. Organización y archivo de los informes del paciente para que están disponibles para el médico, la enfermera, el pediatra, el dentista u otros profesionales de la salud.
9. Apoyo administrativo al equipo sanitario y al paciente en la resolución de incidencias y renovación de recetas electrónica.
Toda persona que acude al centro es recibida y atendida por personal no sanitario entre ellos, los auxiliares administrativos se sitúan tras el mostrador de atención al paciente del área de administración. En dicha área es donde se le dará la cita para la consulta médica, analítica o trámite administrativo necesario que haya solicitado, así como un sistema de referencias para el siguiente nivel de atención y para las exploraciones con los medios auxiliares diagnósticos.
En caso de precisar atención inmediata será remitida a la consulta correspondiente o al equipo de guardia si lo hubiera o se tomará nota de aviso para atender a domicilio. Dicha área tendrá un registro electrónico con toda la población de la zona, distribuida por número de historia, edad y DNI, encargándose de mantener actualizado el censo de la población mediante un registro continuo de altas y bajas de pacientes en el centro de salud.

5 Discusión-Conclusión

Con carácter general el papel del auxiliar administrativo en el centro de salud viene reflejado principalmente en el área de recepción, admisión e información al paciente de todas las actividades con objeto de facilitar la óptima utilización del servicio de atención primaria. Cabe mencionar que con motivo de la pandemia provocada por el Covid, la atención presencial en los centros de salud se ha visto limitada, priorizándose la atención y la consulta médica telefónica.

Por ello, se ha hecho fundamental proporcionar un sistema de comunicación telefónica fluido para la comunicación exterior e interior y recepción de avisos, reforzando el personal administrativo de la atención primaria que atiende telefónicamente al paciente y facilitando el acceso de las personas al centro de salud que no pueden desplazarse hasta allí.

6 Bibliografía

1. Cartera de servicios comunes de atención primaria del Ministerio de Salud.
2. Orden de 1984 de 28 de mayo de 1984, que modifica el Estatuto del Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias Públicas de la Seguridad Social de 1971.
3. Guía de acogida a profesionales del Principado de Asturias.
4. Sistema de información de atención primaria - SIAP del sistema nacional de salud.

Capítulo 127

AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA

MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

MARIA PILAR SANCHEZ PARRA

ALBERTO HUETE GONZALEZ

YOLANDA MORENO VIZCAINO

1 Introducción

Vamos a hablar sobre el derecho a la información sanitaria de los pacientes y /o usuarios de los centros sanitario y sociosanitarios .Nos enfocamos en los derechos de información de salud de todos los usuarios y del propio personal.
El derecho a la información, como su nombre lo indica, es un conjunto de derechos que los usuarios de los servicios de salud, como pacientes, debemos conocer sobre nuestras condiciones de salud. Esta información debe ser precisa, ayudar al paciente a tomar decisiones por su propia voluntad y proporcionarse de manera que haga que el paciente sea un individuo comprensible y relevante para nuestras necesidades. Tiene derecho a recibir... Hasta que la promulgación de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y Derechos a la Información y Documentos Clínicos el 14 de noviembre, este problema se resolvió mediante ayudas visuales.

Gracias a la investigación. Esta teoría muestra la aplicación del sistema legal, especialmente el derecho civil.
Según esta ley, el destinatario de la información no puede ser recibido únicamente por el estado o persona legalizada, y si el paciente lo permite, entender cómo acompañarlo con el próximo familiar.

2 Objetivos

Profundizar y explicar en el conocimiento del derecho a la información por parte del paciente y las limitaciones de este derecho.

3 Metodología

Para realizar este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica sobre los temas tratados en este capítulo. También se realizan búsquedas de libros y artículos en las principales bases de datos como Google, Scielo, Pubmed y Medline, y se seleccionan artículos de publicaciones académicas revisadas por pares.

4 Resultados

Este derecho a la información incluye respetar la confidencialidad de los datos de salud del paciente. Por lo tanto, el acceso no es posible sin el consentimiento previo, como exige la ley. También es obligación de las instituciones médicas tomar las medidas necesarias para garantizar la protección de datos. Nuestros derechos a la información deben ser protegidos no solo por nuestros profesionales médicos, sino también por otros profesionales médicos que trabajan con nosotros durante nuestro tratamiento, atención o procedimiento. Al igual que cuando los pacientes hablan abiertamente con sus familiares y por razones prácticas, los establecimientos de atención médica exigen derechos de los usuarios sobre la información de atención. Esto incluye el derecho a ser informado verbalmente y por escrito sobre toda la asistencia recibida, como por ejemplo:
- Visitas al médico de familia, análisis clínicos y clínicos, etc. - Antes de cualquier intervención médica, conocer el diagnóstico de la enfermedad, la finalidad y naturaleza de la intervención propuesta, y sus riesgos y consecuencias. Sus derechos a la información de salud pueden estar restringidos bajo las siguientes circunstancias:

- Para pacientes menores de edad, debe proporcionar información a su leal saber y entender. Por determinadas circunstancias hipotéticas. - pleno conocimiento de las ”circunstancias en las que no puede hacer daño” del paciente por estos motivos, ya sea que representen algún tipo de trastorno mental o disfunción, tal como lo confirman las necesidades terapéuticas del usuario; su salud es cada vez más crítica para él. En este caso, el profesional médico dejará constancia por escrito del motivo en la historia clínica y comunicará la decisión a la asociación, familia o clínica del paciente. Los ciudadanos tienen derecho a recibir información epidemiológica, a conocer los problemas de salud que ocasiona en las comunidades civiles cuando represente una amenaza para la salud pública o individual, y a difundir dicha información de manera honesta, completa y cabal para proteger su salud.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta su contenido, la referencia a los ”familiares” como personas con derecho a la información fue eliminada de la normativa vigente cuando entró en vigor el derecho común de salud, y el concepto es un término legal no especificado, por lo que resultó controvertido. Se reemplazó por la referencia a ”familiares o personas relacionadas con el paciente por razones prácticas” para mejorar la precisión de la información del titular del derecho.
En este sentido, se establece que el titular indiscutible del derecho a la información asistencial es el propio paciente, sin perjuicio de la información que corresponda a los miembros de su familia oa las personas con las que mantenga una relación real. Tiene permiso explícito o implícito, por lo que siempre necesitará tu permiso.

6 Bibliografía

1. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
2. Reglamento (UE) 2016/679 del parlamento europeo y del consejo de 27 de abril de 2016

Capítulo 128

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: RECLAMACIONES Y DISCONFORMIDADES

MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

MARIA PILAR SANCHEZ PARRA

ALBERTO HUETE GONZALEZ

YOLANDA MORENO VIZCAINO

1 Introducción

En las instituciones sanitarias se reciben muchos usuarios a lo largo del día, lo cual puede acarrear conflicto por diversas causas, este conflicto lo debemos acertar como algo natural en el entorno de trabajo, por lo que los auxiliares administrativos deben saber gestionarlo.
Para poder afrontar este conflicto hay que tener en cuenta la actitud, la empatía, la comunicación con la que viene la otra persona para saber gestionarlo.
Una reclamación es una petición de una persona con el objetivo de resolver un problema en concreto, esta reclamación debe ser evaluada y buscar la solución más adecuada.
Cuando un paciente reclama es porque piensa que sus derechos como paciente no son los correctos y la única forma de expresarlo es poniendo una reclamación.

Esta reclamación puede ser puesta de forma oral o escrita.
A veces se ponen sugerencias que son propuestas para mejorar la calidad de los servicios y aumentar la satisfacción de los usuarios de los servicios públicos.
Las Comunidades Autónomas deben elaborar su propia normativa que respete el derecho de los ciudadanos.
Toda reclamación debe tener el respeto y aceptación y evitar los conflictos en la medida de lo posible y cuando no se pueda hay que asumirlo y tratarlo.

2 Objetivos

- Saber la importancia que tiene el auxiliar administrativo frente a las reclamaciones.
- Exponer qué pasos hay que llevar a cabo para efectuarlas y las posibles soluciones que debe tener con el paciente o usuario

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

El auxiliar administrativo puede actuar de dos formas frente a las reclamaciones y disconformidades:
1. Que solamente deba de informar a todos los usuarios como y donde se pueden poner las reclamaciones. Normalmente, se realizan en el servicio de atención al paciente.
2. Que su función sea la de atender directamente las reclamaciones y disconformidades de cada usuario. Normalmente, suele ser en Atención Primaria, donde no existe un servicio de atención al paciente.
En ambos casos el auxiliar administrativo debe prestar máxima atención y asegurarse que se sigue el protocolo del centro.
El auxiliar administrativo tiene una serie de pasos a seguir ante una reclamación:
- Escuchar el problema que tiene el paciente.

- Recoger la reclamación con amabilidad y respeto.
- Dar confianza y seguridad e intentar dar solución a ese problema.
- Si no hay solución, ayudarle para que la reclamación sea efectiva. Para ello necesita un formulario que puede conseguir en tanto en centros de salud como en hospitales y se puede presentar mediante ordenador, vía presencial, en un registro o vía postal.

Se puede presentar una reclamación siempre que el usuario se encuentre satisfecho con la atención recibida en un centro o establecimiento sanitario y presentar una sugerencia cuando se quiera hacer una propuesta de mejora relacionada al centro, servicio o establecimiento sanitario.

El fracaso o frustración a veces es inevitable, dado que siempre no es posible resolver un conflicto, por mucho que se intente hacer todo lo posible para lograrlo y siguiendo todos los protocolos establecidos, de ahí que se produzca enfermedades como estrés, ansiedad o depresión.

Por tanto el conflicto hay que evitarlo en la medida de lo posible y aunque forme parte de nuestro entorno, solo nos queda aceptarlo y tratarlo.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos sacar que los auxiliares administrativos tienen que ver las reclamaciones no como un hecho o insulto contra su dignidad, sino más bien una manera de estudiar los problemas que plantean los usuarios e intentar solucionarlo. Por tanto es una manera para intentar ofrecer un mejor servicio hace ellos tanto administrativamente como sanitariamente.

Aparte, no todos los usuarios presentan reclamaciones, sino que también plantan sugerencias y agradecimientos.

Por tanto el conflicto es algo natural y a la orden del día, algo que puede ocurrir y necesitar de una correcta gestión, lo cual todos los profesionales y las organizaciones deben aceptarlos en todo momento.

6 Bibliografía

1. www.consumoteca.com.
2. www.revistamedica.com.
3. Pubmed.
4. Curso auxiliar administrativo. Información.

Capítulo 129

EL TRABAJO A TURNOS Y SUS EFECTOS SOBRE LOS TRABAJADORES SANITARIOS Y NO SANITARIOS

MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ SAL

SUSANA FERNÁNDEZ MONTEAVARO

1 Introducción

Las horas que pasan los trabajadores en su puesto, como las pasan y el número de ellas empleadas así como la distribución de las mismas tiene una repercusión muy importante sobre el tiempo de ocio, la relaciones sociales y el tiempo invertido con la familia es un factor determinante del bienestar de los trabajadores.
En los centros sanitarios es necesario establecer turnos de trabajo para poder atender las necesidades de los pacientes.
El trabajo a turnos es aquel que es desarrollado por distintos grupos sucesivos y que abarca entre dieciséis y veinticuatro horas de trabajo al día.
El trabajo puede ser discontinuo, en el que se trabaja mañana y tarde y se descansa fines de semana y noches y trabajo semicontinuo, en el cual se trabaja a tres turnos (mañana, tarde y noche). Se considera trabajo nocturno aquel comprendido entre las diez de la noche y las seis de la mañana.
La mayor parte de las investigaciones publicadas en relación al trabajo a turnos, hablan de las consecuencias negativas de este, pero sobre todo es el turno de noche el que provoca los efectos más graves en la salud física, psicológica, emocional y social del trabajador. El interés por el que nace esta tesis, en conocer las consecuencias que el trabajo a turnos ocasiona en la alimentación, deriva de

distintas inquietudes que surgen tras analizar las distintas publicaciones sobre el trabajo a turnos. Primero, en España son muy pocos los estudios que relacionan los malos hábitos alimentarios, ingesta alimentaria inadecuada o un estilo de vida poco saludable, ocasionados por el trabajo a turnos. Segundo, las investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha, indagan y establecen relaciones en algunos aspectos que se estudian en esta tesis, pero no en todos los que se consideran de interés para poder diseñar mejores planes de prevención psicosocial en las empresas y, tercero, los trastornos alimentarios como anorexia o bulimia u otras alteraciones alimentarias, se han estudiado muy poco en su relación causal con el trabajo a turnos.

2 Objetivos

- Enumerar los efectos que tiene el trabajo a turnos en los trabajadores sanitarios y no sanitarios.
- Describir los diferentes mecanismos de los que disponen los centros de trabajo para intentar paliar los efectos negativos de la turnicidad.

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, Google y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados en el tema de estudio.

Se utilizaron palabras clave como “Turnicidad” o “Riesgos del trabajo a turnos”.

4 Resultados

Está claro que las personas que trabajan a turnos en general, muestran una menor satisfacción con su trabajo debido a que se producen desórdenes como consecuencia de llevar una vida biológica distinta de la vida laboral. La mayoría de las veces es imposible llevar una vida social activa con el trabajo a turnos, ya que las actividades de ocio están pensadas para un horario habitual.

Muchos de estos desórdenes acarrean problemas de insomnio, se duermen menos horas y de peor calidad.

Los problemas estomacales también están presentes en la vida de los trabajadores a turnos, ya que se alteran los horarios de las comidas dando lugar a acidez o dolor estomacal.
El estado de ánimo también tiende a cambiar. Aparece en muchas ocasiones el mal humor, el desánimo, el malestar y se va al trabajo menos motivado y con una mayor irritabilidad. Todos estos factores provocan en el trabajador un estado de estrés, provocando un envejecimiento precoz. Otro de los efectos más directo de trabajar a turnos son los accidentes, tanto laborales como en los desplazamientos al centro de trabajo, más frecuentes si cabe, en los turnos de noche. La somnolencia, la fatiga, el estrés y las alteraciones en nuestra vida fisiológica hace que no se esté tan lúcido a la hora de circular con el vehículo y el resultado puede ser muy grave.
También se ha detectado en los trabajos consecuencias metabólicas y problemas endocrinos, como pérdida de apetito, disminución del gasto de calorías, diabetes, obesidad e hipertensión.
A veces, el trabajador comienza manifestando alguno de estos síntomas de forma leve, pero al alargarse en el tiempo dan lugar a enfermedades más graves como la depresión o la ansiedad.
Se necesitan medidas preventivas que ayuden a mitigar los efectos que provoca el trabajo a turnos.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión los centros sanitarios deben fomentar la vigilancia médica de sus trabajadores animándoles a acudir a su médico de cabecera para las revisiones rutinarias y poder así detectar precozmente cualquiera de los síntomas que pueden aparecer a consecuencia del trabajo a turnos.
Los turnos de noche continuados tienen efectos sobre la salud de sus trabajadores llegando a provocar insomnio, problemas estomacales, un cambio en el estado de ánimo, pérdida de apetito y accidentes.
Podemos deducir que el trabajador a turnos tiene mayor grado de burnout, es decir se trata de un trabajador más quemado que el trabajador diurno, se siente emocionalmente más agotado, más aislado y está más cansado cuando inicia un nuevo día de trabajo.

6 Bibliografía

1.- Boletín Oficial del Estado (publicado el siete de julio de 2021).

2.- Google.com. www.cuestioneslaborales.es.
3.- Revista SST-08 trabajo a turnos y nocturno.

Capítulo 130

ACOSO SEXUAL EN CENTROS SANITARIOS

PATRICIA CABAL FERNÁNDEZ

1 Introducción

Definiremos acoso laboral como cualquier conducta, tanto verbal como física de naturaleza sexual que tenga el intento o evoque el efecto de atacar contra la dignidad de una persona en concreto cuando se crea un entorno intimidatorio degradante y ofensivo.
Los hechos de acoso sexual o de acoso por razón de sexo en el terreno laboral son opuestos al principio de igualdad entre los hombres y las mujeres produciendo daños y otras secuelas que afectan negativamente en la dignidad, seguridad, salud, autonomía y empleo de los trabajadores implicados en el asunto.
Consideramos unos hechos profundamente graves y un extenso problema social como violencias de género, violencia machista con un origen patriarcal.
El convenio sobre el acoso y la violencia fueron constatados en Junio de 2019 en la conferencia del cumplimiento de los cien años de la OIT (organización internacional del trabajo). Se señaló que el acoso y la violencia en el ámbito laboral deben erradicarse.
Se establecieron unas pautas comunes para evitar y tratar estos sucesos.
Este convenio otorga una defensa y se emplea tanto en el sector público como privado.
Las pautas contra el acoso sexual es una de las maneras de acoso y violencia más reglamentada en el mundo laboral.

2 Objetivos

Comunicar, establecer y concienciar a las trabajadoras y trabajadores de lo que se considera acoso sexual y acoso por razón de sexo.
Dar patrones para reconocer una postura de acoso por razón de sexo para precaver y eludir que se produzcan.

3 Metodología

Este estudio se ha llevado a cabo de una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda de libros y también se han consultado artículos científicos seleccionados de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Entre los comportamientos de acoso sexual en el trabajo encontramos los gestos de contenido sexual, el envío de material de contenido sexual a través del correo electrónico o la exhibición de fotografías o cualquier elemento de contenido sexual. Pueden constituir también acoso sexual desde los comportamientos físicos más explícitos hasta insinuaciones verbales más veladas. Podemos distinguir entre acoso sexual de intercambio (chantaje sexual) realizado por un superior y acoso sexual ambiental realizado por compañeros de igual posición jerárquica.
De 80 países según la OIT organización internacional del trabajo,65 establecen que este suceso ocurre, lo reconocen como verídico aunque aún nos queda mucho por avanzar en este campo.
El convenio existente constituye una manera de acatar y suscitar los derechos fundamentales en el ámbito laboral.
Para todo ello debemos determinar un método específico para emplear las medidas necesarias a la mayor brevedad posible y también asegurar la no penalización por el hecho de haber notificado los hechos y cuidar porque se respeten las condiciones laborales y tareas provenientes de su centro de trabajo, afianzar una estabilidad de las personas afectadas y de aquellos que cooperen en los comunicados de los hechos. También sería de suma importancia dar sostén y cuidado integral a la víctima en todo momento y así poder restablecerla en sus condiciones anteriores, que no le dejen secuelas y que pueda volver a realizar su actividad sin problemas es de suma importancia.

La violencia y el acoso sexual existe en el mundo laboral y, aunque consideramos que hemos avanzado mucho en este aspecto, no podemos consentir bajo ninguna circunstancia que esto siga ocurriendo, para ello todos debemos emplearnos, trabajar para que estos hechos sean erradicados completamente, tanto del mundo laboral así como de todos los ambientes existentes

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir diciendo que los problemas por acoso sexual existen y están presentes en nuestra vida diaria desgraciadamente.
Para ello todos debemos emplearnos y trabajar para que estos hechos sean erradicados completamente y trabajaremos con herramientas y organizaciones existentes para dar el apoyo que se necesita y aunque no sea posible su erradicación como mínimo minimizar estás situaciones claramente inaceptables. Aunque en los últimos años ha habido una gran evolución y mejora de las situaciones aún nos queda mucho camino por hacer y grandes trabajos de concienciación de toda la población y en el ámbito laboral que es el que estamos tratando en este proyecto.

6 Bibliografía

. Ministerio de igualdad contra la violencia de género CCOO

Capítulo 131

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO: HIGIENE POSTURAL EN EL TRABAJO CON EQUIPOS INFORMÁTICOS

SONIA RODRIGUEZ ESTRADA

MARÍA NURIA ÁLVAREZ RAMOS

1 Introducción

En el ámbito sanitario son muchos los profesionales que pasan su jornada laboral frente a un ordenador, más desde la digitalización de la historia clínica y los avances tecnológicos en la asistencia sanitaria.

Uno de los principales riesgos laborales que puede afectar a la salud de los trabajadores del ámbito sanitario es por tanto la aparición de trastornos musculoesqueléticos (TME) relacionados con los malos hábitos posturales ante los equipos informáticos. La aparición de estos problemas de salud puede abarcar desde lesiones leves hasta cuadros médicos más graves que requieren la baja laboral del profesional.

La ergonomía es la disciplina que trata de adaptar las condiciones de trabajo a las características del trabajador, identificando los riesgos derivados de las condiciones de trabajo para aplicar soluciones tendentes a eliminarlos. Para identificar

correctamente los riesgos ergonómicos hay que considerar tanto las tareas que realiza el trabajador como las herramientas de las que dispone para ello y las condiciones en las que desarrolla su trabajo.

Un aspecto esencial dentro del contexto de la ergonomía es la denominada "higiene postural", que hace referencia al conjunto de normas encaminadas a mantener una correcta posición del cuerpo, tanto en situación estática como en movimiento, con el fin de evitar la aparición de molestias y disminuir el riesgo de lesiones. En el caso que nos ocupa del trabajo ante ordenadores, son comunes las lesiones musculoesqueléticas derivadas de una incorrecta higiene postural, lesiones que según las estadísticas europeas y nacionales afectan principalmente a la columna vertebral y a las extremidades superiores (principalmente hombros, codos, muñecas y manos).

Existen directivas europeas, estrategias de la UE en materia de salud y seguridad laboral, reglamentos de los Estados miembros y directrices de buenas prácticas que constatan la importancia de la prevención de trastornos musculoesqueléticos de origen laboral. A nivel nacional, la prevención de los TME se recoge en la Estrategia Española de Seguridad y la Salud en el Trabajo.

2 Objetivos

Analizar la importancia de una buena higiene postural en el trabajo con equipos informáticos en el ámbito sanitario.

Determinar estrategias de prevención de este riesgo laboral.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de información existente al respecto mediante la búsqueda en bases de datos de carácter científico, publicaciones en web sanitarias especializadas y artículos de revistas científicas, además de la consulta de legislación vigente en materia de Prevención de Riesgos Laborales.

Para la búsqueda se han empleado palabras clave: higiene postural, ergonomía, riesgos laborales, ordenador, personal sanitario.

4 Resultados

La salud es un estado de bienestar físico, mental y social que puede verse alterado por distintos factores. Cuando estos factores se dan en el ámbito laboral, estos factores pasan a considerarse riesgos laborales. Uno de estos riesgos es la adopción de malos hábitos posturales durante el desarrollo de las tareas laborales. Por ello, dentro de los programas de Prevención de Riesgos Laborales (PRL) es esencial contemplar la higiene postural y la ergonomía para fomentar hábitos posturales correctos entre los trabajadores que eviten lesiones musculoesqueléticas y otras patologías.

La "ergonomía" puede definirse como la ciencia que estudia la relación entre el profesional y su entorno laboral con el fin de evitar las lesiones derivadas del trabajo. Uno de los aspectos que engloba la ergonomía es la "higiene postural" que hace referencia a actitudes o normas que deben adoptarse para mantener una postura corporal correcta.

Los profesionales del ámbito sanitario que desarrollan su actividad laboral ante un equipo informático suelen permanecer en posición estática durante periodos de tiempo prolongados, además de realizar movimientos repetitivos especialmente con el teclado y el ratón, lo que puede llegar a perjudicar la salud del trabajador.

Dentro de las enfermedades profesionales los trastornos musculoesqueléticos (TME) son una de las más frecuentes, de ahí el interés de su prevención tanto para el profesional como para las instituciones sanitarias. Los TME derivados del trabajo ante un equipo informático son según las estadísticas los más frecuentes junto con los derivados de la manipulación de cargas.

Las características del puesto físico de trabajo y la colocación de las herramientas o elementos necesarios para el desarrollo de las tareas diarias, van a condicionar las posturas adoptadas por el trabajador durante su jornada laboral. Por ello, a la hora de hablar de higiene postural es imprescindible hacer referencia a dos aspectos relacionados entre sí: la postura corporal correcta que debe adoptar el trabajador y las condiciones que debe reunir el puesto de trabajo para poder adoptar esa postura corporal correcta.

Teniendo en cuenta esos dos aspectos, algunas de las recomendaciones para una correcta higiene postural a la hora de trabajar frente a un equipo informático son:

1). Postura corporal ergonómica:

- Tronco en posición recta, sin giros y línea de visión paralela al plano horizontal.
- Sentado sobre los glúteos, con la columna elongada y apoyada en la parte lumbar, con los muslos horizontales, las rodillas a la altura de las caderas, las piernas verticales o ligeramente extendidas y los pies descansando sobre el suelo.
- Los brazos verticales y los antebrazos horizontales, formando ángulo recto desde el codo y alineados con las manos.

2). Puesto de trabajo:

- Mesa de trabajo con una altura de entre 60 y 70 cm del suelo y unas dimensiones óptimas para el tamaño del equipo. El plano de trabajo debe estar a nivel de los codos.
- Silla de trabajo regulable en altura, giratoria y con ruedas. Respaldo alto que cubra toda la columna, con apoyo lumbar regulable en altura e inclinación graduable. Recomendable con reposabrazos.
- Reposapiés imprescindible cuando la altura de la silla es superior a la longitud de las piernas. Debería tener una altura e inclinación regulable.
- Pantalla situada a una distancia mínima de 40 cm, regulable en altura para poder situarla a la altura de los ojos.
- Teclado a la altura de los codos y situado a tal distancia que queden apoyadas las muñecas.
- Ratón situado próximo al teclado, a una distancia que evite forzar el antebrazo o la mano. Recomendable el uso de almohadilla reposamuñecas.

Otras recomendaciones para evitar lesiones debidas a la postura corporal son levantarse y caminar cada 45-50 minutos, evitar adoptar posturas giradas, alternar tareas, evitar posturas forzadas, realizar estiramientos para aliviar la fatiga muscular, etc. Además, es importante prestar atención a la organización del espacio de trabajo, buscando la mayor comodidad posible de forma que los objetos de uso frecuente, como puede ser el teléfono, queden a tal distancia y/o en tal posición que su uso no exija una extensión o un giro brusco del cuerpo o parte de él para poder acceder a ellos.

En resumen, consolidar hábitos correctos de higiene postural entre los profesionales del ámbito sanitario y seguir los consejos ergonómicos aportados por los servicios de Prevención de Riesgos Laborales, es fundamental para evitar la adopción de posturas incorrectas que puedan provocar TME u otros problemas de salud como problemas de visión o aparición de complicaciones circulatorias.

Las principales lesiones que aparecen como consecuencia de una incorrecta higiene postural al trabajar con equipos informáticos son afecciones de la columna vertebral como cervicalgias, dorsalgias y lumbalgias y afecciones de las extremidades superiores principalmente contracturas, síndrome del túnel carpiano, tendinitis y tenosinovitis.

Además de información y formación sobre higiene postural, es recomendable la realización de talleres prácticos para que los trabajadores asimilen los principales conceptos, así como la inspección de los puestos de trabajo por parte de los servicios de PRL para lograr que sean ergonómicamente adecuados al trabajo realizado.

5 Discusión-Conclusión

En materia de salud y seguridad en el trabajo, los trastornos musculoesqueléticos derivados del trabajo ante un ordenador no solo afectan negativamente a la salud de los trabajadores, sino que además pueden suponer costes sociales y económicos para la empresa por afectar a la actividad laboral, reducir la productividad y generar bajas por enfermedad o incapacidad laboral crónica.

Por ello, en los entornos sanitarios donde es cada vez más común el uso de equipos informáticos para una asistencia sanitaria de calidad, es imprescindible el desarrollo de actuaciones que prevengan la aparición de estas lesiones entre los profesionales. Una buena higiene postural disminuye la sobrecarga física y la fatiga del trabajador, mejora su rendimiento laboral y previene la aparición de problemas de salud, lo que se refleja en un descenso del absentismo, una menor necesidad de rotación de los trabajadores y un aumento de la productividad.

El cumplimiento de la normativa vigente en materia de prevención de riesgos laborales, la formación de los trabajadores en higiene postural y el seguimiento de las indicaciones de buenas prácticas ayudan a prevenir estas lesiones y a mantener un buen estado de salud de los profesionales del ámbito sanitario que desarrollan este tipo de trabajo.

6 Bibliografía

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Hoja informativa 71: Introducción a los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral. Disponible en: https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/factsheets/71.

Calatrava, L. R., López, J. M. H., & Alonso, P. S. (2017). Medidas de seguridad para los profesionales sanitarios: Mantenimiento de la higiene postural. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud, 111.

Gestoso, M., & García, M. (2009). Prevención del dolor de espalda: normas de higiene postural. Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención, (62), 38-40.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P. (2022). Orientaciones para la gestión de los aspectos ergonómicos y psicosociales en situación de teletrabajo. Disponible en: http://www.insst.es/catalogo-de-publicaciones

Capítulo 132

HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES Y USUARIOS DE LA SALUD

BERTA FLOREZ LOPEZ

1 Introducción

Podemos definir la historia clínica de pacientes y usuarios de la salud como el conjunto de todos los documentos relacionados con toda clase de pruebas, operaciones y procesos de asistencia de un paciente. En esta historia además debe constar junto a cada documento la identificación de cada médico y profesional sanitario relacionado con la prueba o diagnóstico emitido y se vea reflejado en cada documento. Si nos centramos en la legislación vigente la definición, archivo, contenido, conservación, usos y todos los derechos relacionados con la historia clínica es regulado por la ley 41/2002 del 14 de noviembre ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Existen varios accesos a las historias clínicas todas debidamente motivadas y autorizadas por profesionales sanitarios que deben guardar secreto profesional, el propio paciente, por terceros mediante representación debidamente acreditada, por la administración de justicia con autorización judicial además de otros accesos con fines epidemiológicos de salud pública, investigación o docencia.

El acceso menos habitual son las solicitudes de mutuos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales cuando se encuentran en solicitud de incapacidades o prestaciones económicas.

De todas maneras toda esta historia debe de ser debidamente protegida ante accesos indebidos por parte de personas ajenas a los antes mencionados.

2 Objetivos

Analizar qué datos debe incluir en toda historia clínica y así determinar las ventajas que dichas historias obtienen con estos datos.

3 Metodología

Ya sea mediante la búsqueda sistemática de todos los datos necesarios en bases de datos como Scielo o Pubmed consultando diversas páginas web conseguimos recabar toda la información necesaria sobre el trabajo que nos ocupa. Contamos además con publicaciones referentes a dicho tema.

4 Resultados

Comenzaremos nombrando los datos personales que deben de aparecer en toda historia clínica.
Por un parte están los datos personales, identificativos como son nombre, DNI, número de la tarjeta sanitaria, dirección y teléfono. Datos personales relativos a su salud entre ellos podemos destacar el estado de salud, prueba diagnósticos y los resultados de estas, antecedentes familiares, operaciones y tratamientos médicos. Además de los datos nombrados se les añade informes de urgencias, hojas de interconsultas, consentimiento informado del paciente o aplicación terapéutica de enfermería.
Si nos centramos en las ventajas de la historia clínica estas son varias, por una parte facilita la atención médica lo que permite la adecuada atención médica de los profesionales relacionados con las dolencias del paciente. Es de suma importancia la información adecuada para el correcto diagnóstico teniendo conocimientos gracias a estos de los antecedentes médicos y estado actual del paciente. Todo ello nos permite llegar a la administración del correcto tratamiento además de un seguimiento y control de la evolución del paciente. Todos los centros sanitarios deben almacenar de modo seguro todos estos datos con una máxima garantía de seguridad y privacidad. Solo el personal autorizado tiene acceso a dicha información por lo que se ha de implantar en cada centro sanitario un software de gestión médica además de administrativo. Mediante este software se puede recuperar información desde cualquier dispositivo o centro, editar y crear plantillas de historia y por último restringir el acceso al personal para conservar los datos de manera segura. Esto supone un notable avance en cuanto a rapidez

y facilidad de acceso a datos médicos importantes en todo momento y ante una necesidad de urgente acción para salvar la vida del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Por último destacar el avance de la tecnología y la información, ya que en el pasado estas historias clínicas su formato era únicamente papel con un consiguiente riesgo de extravío de documentos. Todo ello además de conservarse en papel se ha digitalizado e informatizado para una mayor seguridad la rapidez de acceso. Además destacar que cada historial clínico tiene un número único y existen dos tipos una historia clínica en primaria que pueden compartir todos los miembros de una familia y un número único para cada persona o paciente en todos los centros de atención especializada como es el caso de hospitales.

6 Bibliografía

Páginas web:
- www.hmhospitales.com
- www.sanidad.gob.es
- www.astursalud.es
Leyes:
- Ley 41/2002 base reguladora de la autonomía del paciente

Capítulo 133

OSTEONECROSIS DE MAXILARES POR BIFOSFONATOS

AMANDA MARTIN CAPERAN

SOLEDAD SÁNCHEZ ALONSO

1 Introducción

Se denominan bifosfonatos al conjunto de fármacos conocidos por su gran capacidad antirresortiva que se utilizan en gran número de enfermedades óseas para prevención y tratamiento de la resorción.
Son análogos sintéticos de los conocidos como pirofosfatos.
Comenzaron a utilizarse clínicamente a partir de 1970 en el tratamiento de la hipercalcemia maligna y la enfermedad de Paget, y sería más tarde en 1980 cuando comenzaría a utilizarse en el tratamiento de la osteoporosis; que se aplicó de forma generalizada ya en la década de los noventa.
Los bifosfonatos actúan como inhibidores selectivos en el ciclo de remodelación ósea. Debido a su potente acción antiresortiva reducen el remodelado óseo y aceleran la mineralización secundaria, produciendo así un rápido aumento de la densidad mineral ósea.
Son recetados en la actualidad por oncólogos, traumatólogos, ginecólogos... para tratamientos de enfermedades como la osteoporosis, efectos secundarios de la menopausia y cánceres metastásicos entre otros para reducir el riesgo de fracturas que suelen darse en caderas, muñecas y columna vertebral.
Sin embargo, sería durante los años 2003 y 2004 cuando fueron publicados por Marx y Migloriati los primeros estudios sobre la OSTEONECROSIS de maxilares en personas con tratamientos de bifosfonatos a grandes dosis, no dejando desde

aquel entonces de sucederse evidencias científicas respecto a la relación entre la aplicación de bifosfonatos/necrosismaxilar.

2 Objetivos

A lo largo del artículo podremos conocer qué son los bifosfonatos, ya que mucha gente que los consume o administra no tiene constancia de a que grupo de fármacos pertenece su medicación así como sus vías de administración y efectos secundarios.

3 Metodología

Los estudios llevados a cabo desde que Marx y Migloriatti dieran el primer paso del hallazgo han estudiado la relación durante los años posteriores hasta llegar a la actualidad donde se ha llegado a la conclusión de que el 60% de las necrosis tuvieron lugar después de cirugías dentales en las que se veía comprometido el hueso (implantes dentales, extracciones…).

4 Resultados

La necrosis parece debida a que el medicamento inhibe la capacidad del hueso para de reparar microfracturas fisiológicas y este se vuelve quebradizo. Ya que los maxilares están sometidos a un estrés y actividad constante (hoy día la mayoría de la población padece bruxismo por los frenéticos ritmos de vida), se producen grietas no reparadas que cuando se exponen al medio oral son infectadas por la flora de la cavidad evolucionando hacia una osteomielitis que destruirá el hueso y se manifestará en la cavidad oral con hinchazón, gran dolor y supuración.
Sin embargo, no todas las personas que sigan el tratamiento desarrollarán osteonecrosis, y aquellas que la desarrollen no tendrán obligación de desarrollarla justo después de haberse sometido a la cirugía en la que el hueso de ve comprometido, sino que podrá pasar tiempo hasta que la necrosis salga a la luz.
Siendo la etiología de la ONM (OsteoNecrosis de Maxilares) de etiología multifactorial, existen causas que aumentarán la predisposición a desarrollarla como el tipo de administración del medicamento y la duración del tratamiento en el tiempo.
Contamos con dos vías de administración:
- oral, deben de tomarse en ayunas por la baja absorción del fármaco.

- endovenosa (efecto más duradero), requiere una ingesta óptima de agua para mantener una buena función renal.

La administración de los tratamientos se recomendará que sea llevada a cabo durante al menos 3-5 años, reevaluando los riesgos de fractura y si el riesgo sigue siendo alto tras la reevaluación el tratamiento podrá prolongarse hasta los 10 años. Sin embargo, es frecuente que los médicos aconsejen descansar durante un período de un año o puede suspenderse de forma indefinida si los riesgos superan a los beneficios. Sin embargo, los efectos de los bifosfonatos parecen continuar durante varios años después de dejar de tomarlos.

5 Discusión-Conclusión

Paradójicamente, estos medicamentos utilizados para la resorción ósea conllevan a necrosis maxilares, por lo que se aconseja posponer los tratamientos dentales en los que el hueso se vea involucrado hasta haber pasado un tiempo desde la última administración o hacerse una revisión dental antes de comenzar a utilizarlos. Todo ello para evitar en medida de lo posible el riesgo de infección.

A pesar de todo ello los bifosfonatos siguen siendo considerados por todas las guías en la mejor categoría de los tratamientos contra la osteoporosis.

Actualmente están llevándose a cabo estudios relacionados con las fracturas vertebrales relacionadas con la suspensión de tratamiento con bifosfonatos.

6 Bibliografía

https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-bisfosfonatos-13057080

https://www.sabervivirtv.com/traumatologia/bifosfonatos-que-son-como-se-toman-contraindicaciones_6542

https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/osteoporosis/expert-answers/osteoporosis-medications/faq-20057812

Capítulo 134

EL CELADOR ANTE LA PACIENTE EN EL PARITORIO EN TIEMPOS DE PANDEMIA

MIGUEL SALINAS NOVILLO

SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS

RAMÓN CAÑAS BENITO

YOLANDA MORENO VIZCAINO

SUSANA MEJIAS PEREZ

1 Introducción

El brote de COVID-19 está aumentando rápidamente en número de casos, muertes y países afectados, y las mujeres embarazadas necesitan cuidados especiales en relación con el diagnóstico, manejo y prevención. Es fundamental que a las mujeres embarazadas no se les nieguen intervenciones que puedan salvar vidas en el contexto de una amenaza de enfermedad infecciosa grave, a menos que exista una razón de peso para excluirlas. Los sistemas de vigilancia de los casos de
COVID-19 deben incluir información sobre el estado del embarazo, así como los resultados maternos y fetales. Es importante estar atento a la propagación de la enfermedad y poder implementar rápidamente las medidas de control y gestión de brotes una vez que el virus llega a la comunidad. Por lo tanto, este estudio fue

diseñado para mejorar la calidad de la atención de los sanitarios a través de lo que necesitan saber sobre el coronavirus durante el embarazo y el parto.
El COVID-19 no debe influir en el modo de parto si la situación respiratoria de la madre requiere un parto de emergencia. La madre infectada que tiene un trabajo de parto espontáneo podría recibir la aprobación para que dé a luz por vía vaginal. Puede considerarse la posibilidad de acortar la segunda etapa mediante un parto vaginal eficaz mediante pujos activos, ya que el uso de una mascarilla filtrada puede resultar difícil para la madre.
En el estudio de Lui, el 50% de las mujeres embarazadas dieron a luz mediante cesárea de emergencia debido a morbilidades maternas como sufrimiento fetal, rotura prematura de la membrana, muerte fetal intrauterina y 46% de trabajo de parto prematuro entre las 32 y 36 semanas. Para las madres exhaustas o hipóxicas, se debe tomar una decisión individualizada con respecto a acortar la duración de la segunda etapa del trabajo de parto con el parto instrumental. En particular, la incertidumbre sobre el riesgo de transmisión de madre a hijo por parto vaginal fue otro motivo para realizar cesáreas. La falta de evidencia de infecciones de transmisión vertical que pueden ocurrir durante el parto vaginal es una preocupación encomiable.

2 Objetivos

Mostrar las diferentes consecuencias que se pueden sufrir en el ámbito obstétrico derivado del COVID-19.
- Revisar las recomendaciones que aplican a todos los sanitarios hospitalarios para el tratamiento de la madre con COVID-19 sospechado o confirmado.

3 Metodología

En libros y en revistas electrónicas, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Revisión bibliográfica de publicaciones registradas en distintas bases de datos Google Académico, PubMed, Se incluyeron todos aquellos estudios relacionados habilidades sociales en el ámbito sanitario, publicados en español.

4 Resultados

Recomendaciones, para el sanitario de atención médica y no sanitarios, durante el parto:
Las recomendaciones siguientes se aplican a todos los sanitarios hospitalarios para el tratamiento de la madre con COVID-19 sospechado o confirmado:
- La madre infectada debe ser ingresada en una sala de aislamiento con presión negativa en una unidad de cuidados intensivos (UCI).
- Todos los proveedores de atención médica hospitalaria deben tener máscara de gas, pantalla protectora facial, gafas, guantes quirúrgicos y bata para atender casos confirmados de COVID-19.
- Se debe informar a las mujeres para que utilicen el transporte privado en lugar del transporte público y, si se requiere una ambulancia, la madre debe estar en cuarentena por posible COVID-19.
- Las mujeres deben ser conscientes de que se debe alertar a una partera a su asistencia antes de ingresar al hospital.
- Las mujeres deben usar una mascarilla quirúrgica adecuada y no deben quitarse hasta que la mujer esté aislada en una habitación adecuada.
- Las mujeres deben ser guiadas directamente a una sala de aislamiento, solo el personal esencial debe ingresar a la sala y las visitas deben mantenerse al mínimo.
- Todas las habitaciones de la madre que se utilicen deberán lavarse después de su uso según las directrices de esterilización del hospital.
- Los proveedores de atención médica deben notificar de inmediato al personal de control de infecciones en sus unidades sobre la futura madre que ha confirmado COVID-19.
- Los proveedores de atención médica deben asegurarse de que la madre pueda cumplir los requisitos de control de infecciones.
- Los proveedores de obstetricia deben obtener un historial de viajes detallado de todos los pacientes y definitivamente deben preguntar sobre los viajes en los últimos 14 días a áreas comunes de COVID-19.
- Para la recolección de muestras con torunda nasofaríngea de COVID-19, todos los sanitarios deben usar un respirador purificador de aire motorizado.
- Se recomienda ejercicio para reducir la ansiedad, la depresión y el estado de ánimo negativo durante este brote de enfermedad para los sanitarios con la cuarentena prolongada.
- Es obligatorio para todos los profesionales sanitarios que la autoprotección, el autocuidado y la higiene de las manos sean importantes.
- La unidad obstétrica debe estar equipada con instrumentos reutilizables y

lavables a máquina que puedan desinfectarse fácilmente.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario priorizar la mejora de la calidad de la atención durante el embarazo y el parto, así como la educación, el apoyo y la capacitación de los proveedores de atención médica en el control de la epidemia de infecciones. Todos los países involucrados con la epidemia del virus deben publicar sus datos de investigación y recomendaciones clínicas como base para la atención futura hasta que las pautas evolucionen a medida que se disponga de más datos y se acumule experiencia. Compartir datos puede ayudar a los países que probablemente se verán afectados por la epidemia del virus en el futuro a prevenir las complicaciones maternas y neonatales asociadas con el COVID-19.

6 Bibliografía

1. Rasmussen SA , Smulian JC , Lednicky JA y col. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y embarazo: lo que los obstetras deben saber . Soy J Obstet Gynecol. 2020; 222 (5): 415 - 426
2. Yang H , Wang C , Poon L . Infección por nuevo coronavirus y embarazo . Ultrasonido Obstet Gynecol. 2020 ; 55 (4): 435 – 437.
3. Liu Y , Chen H , Tang K y col. Manifestaciones clínicas y resultado de la infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo . J Infect. 2020; pii: S0163-4453 (20) 30109-2. DOI: 10.1016 / j.jinf.2020.02.028
4. (RCOG) RCoOaG. Infección por coronavirus (COVID-19) en el embarazo, información para profesionales de la salud; 2020.
5. Liu W , Wang Q , Zhang Q y col. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) durante el embarazo: una serie de casos. 2020 . 202002.0373.v1.
6. Schwartz DA , Graham AL . Posibles resultados maternos e infantiles del coronavirus (Wuhan) 2019-nCoV que infecta a mujeres embarazadas: lecciones del SARS, MERS y otras infecciones por coronavirus humano . Virus. 2020 ; 12 (2): 194.
7. La L . Comprensiones emergentes de 2019-nCoV . Lancet (Londres, Inglaterra). 2020 ; 395 (10221): 311.
8. Chua MSQ , Lee JCS , Sulaiman S , et al. Desde la vanguardia de COVID-19: qué tan preparados estamos como obstetras: un comentario . BJOG. 2020. DOI: 10.1111 / 1471-0528.16192

Capítulo 135

EL CELADOR DE LA ZONA DE RECUPERACION DE LESIONES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MIGUEL SALINAS NOVILLO

SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS

RAMÓN CAÑAS BENITO

YOLANDA MORENO VIZCAINO

SUSANA MEJIAS PEREZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la rehabilitación como "un conjunto de actividades sociales, educativas y laborales encaminadas a la rehabilitación de las personas con discapacidad con la máxima capacidad e independencia". El servicio de rehabilitación para pacientes hospitalizados incluye una amplia gama de especialistas que incluyen médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, logopedas, terapeutas ocupacionales y cuidadores agrícolas. Todos deben trabajar juntos para lograr una atención óptima al paciente. Dentro del campo de la rehabilitación existen muchas especialidades médicas diferentes, todas ellas centradas en el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad, con el único objetivo de restablecer el grado de autonomía de los empleados con la máxima calidad que lideran. En esta área, los cuidadores apoyan

firmemente a los fisioterapeutas en la promoción de un manejo adecuado del paciente y una buena atención al paciente. Por supuesto, se debe enfatizar que las enfermeras prefieren estar al tanto de los cambios en las actitudes y recomendaciones básicas de los pacientes. Es importante que los cuidadores tengan una comunicación verbal adecuada con el informe de rehabilitación del paciente y un conocimiento específico de los aspectos básicos del paciente para que puedan asistir al fisioterapeuta y mejorar a los pacientes.

2 Objetivos

- Mostrar la importancia del cuidador en los servicios de rehabilitación.
- Estudiar cómo tratar a los pacientes en función de la patología, características corporales y las herramientas y materiales más utilizados en la sala de rehabilitación.

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

Las tareas correspondientes a los Guardianes en el área de recuperación serán las siguientes:
- Estarán disponibles durante toda la jornada laboral, ya que pueden tener que realizar constantemente las funciones que les interesen. Al igual que con otras áreas de un centro médico u hospital, mantendrán las habitaciones lo más silenciosas posible, asegurándose de que todo esté bien. - Pueden acometer la limpieza de los territorios que se les encomienden en casos excepcionales, teniendo siempre en cuenta la zona concreta, la complejidad de la manipulación, el peso de los objetos. - Al igual que los guardias de otras regiones, también serán responsables de transportar los documentos de los subordinados y entregar los mensajes lo más rápido posible. - Su función será la de trasladar determinados materiales de una zona a otra, como muebles o enseres necesarios en otra zona. - Asegurarse

de que los pacientes y otras personas que los visiten cuiden todos sus vehículos y pertenencias para no dañarlos. Le informarán sobre el uso de elementos que pueden utilizarse para evitar daños o roturas durante su manipulación. - En caso de cualquier daño al local o al mobiliario hecho por usted, deberá comunicarlo a su superior inmediato para su registro. También informarán de cualquier irregularidad que puedan encontrar en el área sanitaria para que sea subsanada lo antes posible. Una de las funciones más específicas de esta área es ayudar a los fisioterapeutas y otro personal que trabaja en el campo a recomendar a los pacientes que corrijan su postura. También ayudarán a apoyar a los enfermos. - En caso de conflicto con los huéspedes o un intruso, se requiere la presencia de guardias de seguridad. - Siempre recordarán, al igual que otros departamentos en los que puedan trabajar, que no informarán a ningún paciente o ser querido de ningún procedimiento relacionado con su enfermedad, como diagnóstico, tratamiento y otros. Recibirás información sobre tu pronóstico. - Podrán tener asignadas otras funciones que les asigne su supervisor y no descritas anteriormente. Son muchos los materiales que se utilizan en los servicios de fisioterapia y rehabilitación, y los cuidadores deben conocerlos y por tanto incluirlos en un grupo interdisciplinar de estos servicios. Enfatice la importancia de probar el desempeño de varias ayudas para caminar, tales como:

- Muletas, muletas, andador: ambos extremos deben ser anchos y cóncavos para agarrarse bien al suelo, comprobar el estado del mango y su higiene, ya que esta es la zona de contacto con la piel. . Un paciente - Silla de ruedas: compruebe el estado de la rueda, el freno debe bloquear la rueda correctamente. Y también reposabrazos y reposapiés. Deberes de las enfermeras en los centros de rehabilitación:

Se trata de un conjunto de funciones que deben realizar los vigilantes encargados de trabajar en la puerta del servicio de rehabilitación. Entre ellos podemos encontrar:

Los guardias de seguridad de la puerta de salida vigilarán la entrada y salida de estas habitaciones, aceptando solo a los que estén admitidos, evitando así que otros entren. - Serán los encargados de llamar a seguridad en caso de necesidad, como cuando alguien quiere entrar a la casa sin permiso. También se requiere la presencia de personal de seguridad en caso de conflicto. - Entre sus principales funciones está la recepción de pacientes de rehabilitación desde ambulancias u otros vehículos. - En ningún caso se debe dejar a un tutor en la puerta de un centro de rehabilitación. Además de todas estas funciones, serán responsables de realizar estas funciones asistenciales en todos los ámbitos, tales como notificar a los superiores inmediatos de los daños, limitar la transmisión de información

sobre su diagnóstico a los pacientes o seres queridos. No permita que las personas traigan artículos, alimentos a estas áreas. En casos especiales, su superior puede solicitar una tarea diferente.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo, destacando el porcentaje de pacientes con movilidad limitada o limitada es alto en comparación con otras áreas y gracias a esta unidad su recuperación es más rápida, por lo que si bien los cuidadores no tienen la responsabilidad final del tratamiento de rehabilitación, su cooperación en la movilización, acomodación y fijación de los pacientes que se someten a este tipo de terapia es fundamental. Las funciones de rehabilitación requerirán que el cuidador disponga de unas condiciones físicas adecuadas al esfuerzo que supone. Estas son funciones donde el personal requerido, como un fisioterapeuta, asistirá al paciente en la movilidad durante los ejercicios de rehabilitación.

6 Bibliografía

1. Temario de celador, editorial MAD.
2. "Funciones del celador en el área de rehabilitación de pacientes", Marcos Antonio Fernández Suárez, Revista Ocronos.
3. "Manual de actuación del celador en los distintos ámbitos sanitarios" https://elblogdelcelador.files.wordpress.com/2012/07/manual-deactuacic3b3ndel-celador-en-los-distintos-c3a1mbitos-sanitarios.p

Capítulo 136

EL CELADOR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN MOMENTOS URGENTES COMO FUE LA PANDEMIA POR EL CORONAVIRUS

MIGUEL SALINAS NOVILLO

SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS

RAMÓN CAÑAS BENITO

YOLANDA MORENO VIZCAINO

SUSANA MEJIAS PEREZ

1 Introducción

Vamos a ver en este capítulo la importancia que tiene la Unidad de Cuidados Intensivos, conocida también conocida como UCI, es una de las unidades en las que la principal función es brindar un cuidado integral a los pacientes cuya salud está crítica.
El celador de UCI, forma parte del equipo de sanitarios y ejerce una gran labor al personal de la unidad.
El Celador situado en cuidados intensivos, debe estar muy bien preparado ya que la mayoria de pacientes padecen de una movilidad muy reducida o nula y una de sus funciones mas importantes son los cambios posturales, ya que estos pacientes requieren de un gran cuidado para que su estado actual de salud no empeore.

Por ello, los celadores que están destinados en dicho servicio, igual que en el servicio de quirófano, deben tener mucho un minucioso cuidado al estado de su uniforme, teniendo que conocer la obligación de utilización de batas asépticas cuando hay contacto con algunos pacientes con peligro de contagio, él y todo el personal sanitario de la unidad. Dado a las especiales características que tiene la unidad de cuidados intensivos, hay que ser minucioso y mantener el silencio en la medida de lo posible.

2 Objetivos

Describir las obligaciones del celador y las medidas utilizadas de protección utilizadas en esta unidad de cuidados intensivos durante la actual pandemia causada por COVID19.

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 principales del celador, entre otras, serian:
Llevar al paciente desde el punto de partida correspondiente hasta la unidad UCI, teniendo que llevar consigo la documentación e historial médico del enfermo.
Con ayuda de los sanitarios correspondiente, movilizarán y trasladan al paciente a la cama en el box correspondiente. Hay que tener claro que los pacientes ingresados en esta unidad, hay que tener mas cuidados de lo normal, por ello se deben movilizar extremando al máximo la seguridad y el cuidado del paciente.
Las pautas a seguir con la pandemia actual del celador varían muy poco, a nivel profesional, en esta unidad, ya que los parámetros y protocolos de desinfección, movilidad y estructura es prácticamente igual a la hora de manipular un paciente SAV.
El celador tendrá en cuenta en todo momento el circuito del traslado del paciente a/desde la unidad de cuidados intensivos, siguiendo las medidas de protección y

desinfección necesarias, para evitar la posibilidad de contagios. Se establece un protocolo del circuito del traslado, de la organización de los intervinientes sanitarios y no sanitarios (celadores, seguridad, etc.) y de las medidas de protección empleadas (equipo de protección individual, limpieza, etc.).
Las indicaciones del plan de acción deben interpretarse individualmente para cada paciente, y debe priorizarse el juicio clínico.
Estas recomendaciones pueden evolucionar a medida percepción de la enfermedad y la situación epidemiológica en España. Estas recomendaciones de manejo clínico no incluyen el control de exposición.
La susceptibilidad de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos requiere estrictas precauciones por parte de los celadores que trabajan en esta unidad.
El brote de un nuevo virus, detectado por primera vez en Wuhan (China) en diciembre de 2019, fue la causa de una nueva enfermedad conocida como COVID19
La situación provocada por la COVID 19 ha causado el ingreso masivo de personas infectadas en UCI. Las infecciones por coronavirus producen manifestaciones clínicas de diversa gravedad y, en casos graves, progresan a insuficiencia respiratoria llegando, por desgracia, al fallecimiento del paciente
Las funciones de los celadores en la unidad de cuidados intensivos con pacientes hospitalizados con COVID 19 y las medidas de protección que aplican se resumen a continuación:
1. Funciones y recomendaciones realizadas por el celador de la unidad de cuidados intensivos durante la pandemia de COVID 19,
Su misión es la colaboración en el reclutamiento de pacientes
Los celadores y el equipo de la unidad corren un riesgo de exposición alto y se recomienda:
- Mascarillas quirúrgicas para los enfermos
-Traje de aislamiento corporal (EPI), doble mascarilla, bata, guantes, protección ocular contra salpicaduras, higiene de manos, precauciones estándar de aislamiento, gotas y exposición.
-Tarea : cambios posturales, ayudar al aseo, transportar muestras y material necesario en la unidad
-Lavarse las manos cada vez que salimos un box
-No reutilizar las batas, calzas y gorros para entrar en otro box.

5 Discusión-Conclusión

La función del celador en servicio de UCI con la pandemia actual es un refuerzo grandísimo al equipo sanitario de la unidad a la hora de manipular al paciente en tales circunstancias. Las medidas de seguridad ante estos pacientes son de por sí muy estrictas y se elevan mas las precauciones a la hora de movilizarlos. Responder a una situación de crisis relacionada con la pandemia de COVID 19 tiene un impacto significativo en las medidas de seguridad de las funciones realizadas por los profesionales médicos y en orden. Esta condición tiene el potencial de ser emocionalmente agotadora para los profesionales de la salud, causando grandes daños tanto físicos como mentales a los pacientes y profesionales.

6 Bibliografía

1- https://revistamedica.com/celador-paciente-critico-unidad-cuidadosintensivos-covid-19/
2- https://sinfsa.com/wp-content/uploads/2020/04/CURSO-EL-CELADOR-ENLA-UCI.pdf
3- http://www.auxiliar-enfermeria.com/test/test_0511c.htm
4-https://revistamedica.com/celador-coronavirus/

Capítulo 137

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS DIGITALES DE OBLIGADO CUMPLEMIENTO EN SANIDAD

ISABEL GÁRATE MARTÍNEZ

1 Introducción

Remontándonos a La Constitución española de 1978, en el artículo 18 del CAPÍTULO SEGUNDO. "Derechos y libertades" de su TÍTULO PRELIMINAR, recoge que dentro de los "Derechos Fundamentales" contiene referencias a la protección de varios derechos todos referidos a la protección de la intimidad, pero es el punto 18.4 el que expresamente habla de la necesidad de redactar una ley específica respecto de las limitaciones informáticas y el ejercicio de los derechos que los ciudadanos, la cual dice literalmente dice: "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".

El ordenamiento jurídico español se asegura de ser compatible con las normativas europeas y con arreglo a lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 y 2016/680 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016.

Actualmente, para dar curso al principio constitucional y tras una serie de leyes anteriores, se redacta La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de "Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales" que asegura el derecho

fundamental de todas las personas físicas para preservar sus datos de la exposición pública, manteniendo su privacidad y deroga: el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio y con excepciones, la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre.

Es importante recordar que las comunidades autónomas tienen competencias en para el desarrollo normativo y ejecución del derecho referente a la ejecución de la protección de datos personales en su ámbito de actividad, entendiendo que han de proteger este derecho fundamental de la ciudadanía. Y es no menos importante recordar que es también objeto de la ley garantizar los derechos digitales de la ciudadanía, siempre bajo lo que dicta el artículo 18.4 de la Constitución.

2 Objetivos

Los objetivos de esta publicación basada en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de "Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales" (LOPD) que se resume en este capítulo son:

- Poner en anteceden de la legislación que se refiere a la Protección de Datos
- Reconocer conceptos claves
- Divulgar para el conocimiento general la estructura y articulado de la Ley
- Resumir de modo sencillo los campos que abarca
- Dar a conocer la importancia de la Ley de obligado cumplimiento, de modo especial para aquellos empleados públicos de la sanidad, los administrativos y auxiliares administrativos por ejemplo, que tienen acceso a datos de los ciudadanos y que han de saber como protegerlos.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una profunda revisión bibliográfica, para completar la documentación de esta publicación se han consultado a través de internet, principalmente, publicaciones oficiales, y en concreto https://www.boe.es/buscar/,
donde se obtiene la información más actualizada y fidedigna posible respecto del ordenamiento jurídico español, del Parlamento Europeo y el Consejo, Reglamento general de protección de datos y las comunidades autónomas.

La información recopilada ha facilitado la ejecución de este capítulo en el que se relaciona la información obtenida con fuentes que se originan en la práctica diaria en los centros sanitarios y en nuestra vida cotidiana.

Palabras clave: Ley, Ley Orgánica, derechos de los ciudadanos, informática, revisión, Acceso a la información, sanidad.

4 Resultados

Una ley orgánica es aquella que se redacta por indicación directa de la Constitución Española y regulan derechos fundamentales de los ciudadanos. Ha de ser aprobada, modificada o derogada en el Congreso y únicamente por mayoría absoluta.

Una vez recordada la importancia de una Lay Orgánica, nos centraremos en la que nos ocupa "Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD)" que PRESENTA la revisión de las bases legales del modelo europeo de protección de datos no sólo una actualización de la normativa vigente.

Esta ley supone un refuerzo para la seguridad jurídica y la transparencia al mismo tiempo que permite su convivencia con las normas regidas por el Derecho de los Estados miembros si fuera necesario por coherencia y con el fin de que las disposiciones nacionales sean entendidas para sus destinatarios.

La LOPD, está formada por noventa y siete artículos, los cuales están estructurados en diez títulos, veintidós disposiciones adicionales, seis disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y dieciséis disposiciones finales.

El Título I, relata las disposiciones comunes de la Ley y dada su importancia se enumeran a continuación:

- Artículo 1, OBJETO de la Ley, el cual es garantizar y proteger, en lo concerniente al tratamiento de los datos personales, "las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar".
- Artículo 2, ÁMBITO DE APLICACIÓN, se aplica a los datos de carácter personal registrados en soporte físico que los haga susceptibles de tratamiento y a toda modalidad de uso posterior por cualquier sector, público o privado. Su última modificación consiste en añadir el apartado 5 por la disposición final 4.1 de la Ley Orgánica 7/2021, de 26 de mayo. Ref. BOE-A-2021-8806, en el que se hace referencia al modo de actuar en diligencias realizadas por tramitaciones por el Ministerio Fiscal.

- Artículo 3, hace expresa referencia al tratamiento de los datos de las personas fallecidas.

Título II. Define los Principios de protección de datos en cada uno de sus artículos, en los artículos del 4 al 5 trata de la exactitud de los datos, también se refiere a la CALIDAD DE LOS DATOS, su veracidad y la actualización de los mismos. También hace referencia a la confidencialidad al que se refiere el artículo 5.1.f) del Reglamento (UE) 2016/679. Incluye el secreto profesional y la obligación de mantener la confidencialidad aún después de finalizar la relación.

En sus artículos 6 y 7 define como será el tratamiento, el cual estará basado en el CONSENTIMIENTO del afectado, siendo este consentimiento otorgado de forma libre, específica, informada e inequívoca, especificando que se otorga para cada una de las finalidades. El consentimiento de los menores de edad, expresando que el tratamiento de los datos de un menor sólo podrá basarse en su consentimiento cuando tenga más de catorce años, con excepciones y si el menor tiene menos de catorce años se necesita consentimiento del titular de la patria potestad o tutela, con el alcance que estos titulares determinen.

En los artículos del 8 al 9 se refiere al MODO de tratar los datos sobre los que exista un interés de rango superior, legal, público u otros. Pretende tratar de evitar discriminación respecto de ideologías, situación social o cualquier derecho fundamental. Este tratamiento para categorías de datos de carácter único, ampara especialmente caracteres de datos en el entorno de la salud.

Finalmente el artículo 10 se refiere al "Tratamiento de datos de naturaleza penal". Regula las medidas para la protección de estos datos, se refiere a los registros de los mismos y a quien puede disponer de ellos.

Título III. Trata de los "derechos de las personas". Consta de dos capítulos.

El "Capítulo I" dispone en el "Artículo 11" sobre la importancia de la transparencia en los DATOS y la INFORMACIÓN que ha de recibir el afectado, tanto de la información básica como de información restante, sobre el contenido que ha de tener, sobre el derecho a oposición si fuera aplicable y sobre el medio a través del cual se pueda acceder. Se incluyen también los niveles de los datos a tratar y las fuentes de procedencia de la información básica.

El "Capítulo II" dispone en los artículos del 11 al 18 sobre el desempeño de las facultades en el "ejercicio de los DERECHOS", bien en nombre propio o mediante representación por un tercero debidamente acreditado y autorizado por el

interesado. Los derechos a los que se refiere son de acceso, rectificación, supresión, limitaciones del tratamiento, portabilidad y oposición.

Título IV. Todo este título que comprende los artículos del 19 al 27, recoge una serie de "Disposiciones" que se han de aplicar a tratamientos definidos, datos en los que ha de prevalecer el legítimo interés cuando se lleven a término cumpliendo unos requisitos determinados y el sistema a seguir si no se cumpliera dicho legítimo interés. Refiere la importancia de la LEGALIDAD en los tratamientos y las posibilidades de como se ha de establecer.

Título V. Asigna "responsable y encargado para el tratamiento de los datos", el cual puede ser una persona física o una persona jurídica. También e igualmente según el Reglamento (UE) 2016/679 se hace referencia a designación y la figura del "delegado de protección de datos".

Este título se divide en cuatro capítulos, los cuales se dedican a: las acciones comunes, a la normativa, a la definición de la figuras objeto del título y a los instrumentos sistemáticos y de certificación a aplicar a cada uno, incluida la figura del "delegado", respectivamente de cada capítulo. Estos artículos abarcan los artículos desde el 28 al 39.

Título VI. Trae a norma todo los relativo a los intercambios internacionales de datos, en adaptación al Reglamento (UE) 2016/679, en los artículos del 40 al 43, describe las actuaciones adecuadas para que las autoridades en materia de protección de datos puedan actuar ante una supuesta transferencia de información.

Título VII. Este título se dedica a las "Autoridades de protección de datos" en su Capítulo I (artículos del 44 al 56) refiriéndose a las autoridades nacionales: "La Agencia Española de Protección de Datos" y en el Capítulo II (artículos del 57 al 62) refiriéndose a las autoridades autonómicas, dándoles reconocimiento al admitir su capacidad de coordinación en diferentes situaciones.

La Agencia Española de Protección de Datos representa una autoridad administrativa independiente según la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la cual se vincula al Gobierno mediante el Ministerio de Justicia.

Título VIII. En los artículos del 63 al 69 se hace referencia a los trámites que se han de seguir en el caso de existir incumplimientos a la reglamentación de salvaguardia de datos. Para evitar incumplimientos será necesario determinar el régimen jurídico, el modo y la duración de comenzar el procedimiento, cual será

su territorio de aplicación, rango de actuación previa, acuerdos y garantías. Una reclamación por incumplimiento puede no ser admitida en alguna de sus partes, puede llegar a la suspensión.

Título IX. Describe el régimen sancionador desde el capítulo 70 al 78. Ya en el Reglamento (UE) 2016/679 se instauran unos procedimientos para sancionar.

La ley orgánica retrata una serie de actuaciones que provocaran la aplicación de sanciones leves, graves y muy graves, estableciendo posibles cuantías para las sanciones. Establece también el que se puedan interrumpir las prescripciones de la trasgresiones, la aplicación de procedimientos correctivos, niveles de legislación aplicable según la categoría del responsable o encargado del tratamiento y disposición de la sanción.

Título X. Y para completar los títulos, el articulado que va desde el 79 al 97, esta Ley Orgánica 3/2018 se introduce en el reconocimiento y la garantía de los DERECHOS DIGITALES de la población, tal y cual establece nuestra Constitución.

Regula INTERNET y reconoce sus libertades y sus derechos, la reconoce como un instrumento neutral y que da acceso a la universalidad digital, reconoce también algo, de suma importancia y no tan fácil gestión, como el derecho al olvido, la portabilidad y el derecho al testamento digital.

Da un lugar importante a la potestad individual a la "desconexión digital", respondiendo así a la protección al derecho a la intimidad cuando se usen elementos digitales, por ejemplo cámara de grabación o geolocalizadores, en el trabajo. Muy relevante es también la preocupación porque los menores estén protegidos en Internet. Para concluir, es de destacar también el hecho de que se refleja en la Ley el derecho a la libertad de expresión en la Red y también el derecho a la explicación de según qué informaciones que puedan afectar de forma incorrecta.

Las DISPOSICIONES ADICIONALES hacen referencia a asuntos como aquellas medidas que los sectores públicos han de adoptar para garantizar la seguridad. Cómo ha de llevarse a cabo la pública información, cuando, la forma legal de hacerlo, medidas para proteger a los ciudadanos de las prácticas lesivas de algunas comerciales, protección de datos sanitarios y otros.

En estas Disposiciones se marcan también como aplican los derechos, las limitaciones y las excepciones en función de la fecha de entrada en vigor de las leyes, reglamentos o directivas de aplicación.
Las disposiciones transitorias se ocupan, entre otras cuestiones, del régimen de

la Agencia Española de Protección de Datos y la aplicación transitoria de todo aquello que ha de ser coherente a la Directiva (UE) 2016/680.

La DISPOSICIÓN DEROGATORIA dicta la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos. También deroga literalmente: "cuantas disposiciones de igual o inferior rango contradigan, se opongan, o resulten incompatibles con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 y en la presente ley orgánica".

Tras las DISPOSICIONES FINALES únicamente queda la modificación de algunas otras disposiciones puntuales respecto de la garantía los derechos digitales referentes a Universidades, Estatuto de los Trabajadores y Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, el título competencial y la entrada en vigor.

5 Discusión-Conclusión

La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre recoge el un derecho fundamental que tienen todas las personas físicas para disponer de los datos de su vida privada y decidir el uso de los mismos controlando la información relativa tanto a su vida pública como a la privada. Este derecho a la protección de datos nos facilita el conocimiento de quién, cómo y para qué se utilizan nuestros datos personales ya que sin nuestro expreso consentimiento no se podrán usar.

Como toda Ley, se han realizado actualizaciones con el fin de atender a la evolución de la sociedad que comprende el incremento de las corrientes de información transfronteriza de datos personales debidos al rápido desarrollo tecnológico y a la globalización. La más reciente a través de "Ley Orgánica 7/2021, de 26 de mayo, de protección de datos personales tratados para fines de prevención, detección, investigación y enjuiciamiento de infracciones penales y de ejecución de sanciones penales".

Consecuentemente, es muy importante recordar, que el responsable del tratamiento de los "datos de carácter personal" es el que adoptará las medidas necesarias, tanto de medios técnicos como organizativos, para la garantía de la seguridad de dichos datos.

Este capítulo hace una llamada especial para todo el personal de atención sanitaria (personal sanitario y no sanitario como por ejemplo administrativos y auxil-

iares administrativos) sobre la protección de los datos de que de modo tan directo afecta a su trabajo y a los derechos de los ciudadanos.

A modo de conclusión se enumeran algunos de los aspectos fundamentales los cuales sería conveniente tener siempre presente:

- Los datos han de ser exactos y su confidencialidad ha de ser total.
- Para el tratamiento de los datos de una persona siempre será necesario su consentimiento.
- Según el artículo 7 de la Ley, un menor de 14 años no puede dar consentimiento y tendrá que ser dado por quien tenga su tutela o patria potestad.
- El tratamiento de datos está fundado en la obligación legal, interés público o ejercicio de poderes públicos.
- Son datos de especiales entre otros: datos genéticos, biométricos y concernientes a la salud.
- Sólo podrán tratarse datos de naturaleza penal si las autoridades públicas lo supervisan.

6 Bibliografía

1. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Jefatura del Estado «BOE» núm. 294, de 06 de diciembre de 2018 Referencia: BOE-A-2018-16673. TEXTO CONSOLIDADO Última modificación: 27 de mayo de 2021.
2. Constitución Española. «BOE» núm. 311, de 29/12/1978. Cortes Generales. Ref.: BOE-A-1978-31229.
3. Código de conducta ASEDIE (Asociación Multisectorial de la Información). Año 2020 –. Gabinete Jurídico de la Agencia Española de Protección de Datos. https://www.aepd.es/es/documento/2020-0089.pdf
4. Las categorías especiales de datos personales en el Reglamento General de Protección de Datos de Unión Europea. Contencioso-administrativo. D. Antonio Troncoso Reigada. Catedrático de Derecho Constitucional. Director de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid 2001-2010. https://elderecho.com/las-categorias-especiales-de-datos-personales-en-el-reglamento-general-de-proteccion-de-datos-de-union-europea

Capítulo 138

ATENCIÓN DEL CELADOR FRENTE AL DUELO

HAYAT DRISSI-KAITOUNI MOHAMED

HABIBA ABDESELAM JALIL

1 Introducción

El duelo es una situación normal que llega por la pérdida de un ser querido.
La muerte, aunque ha sido estudiado siempre por la ciencia, sigue sin ser comprendida y aceptada por la sociedad. La pérdida de una persona es una de las mayores tragedias que las personas deben afrontar.
Los trabajadores de la salud a lo largo de toda su carrera profesional sufren perdidas y dolor por la muerte de pacientes, compañeros y familiares. Estas situaciones afectan al trabajador, sin que disponga de tiempo para recuperarse.
El objetivo de la medicina es curar y alargar la vida de los pacientes, por lo que nadie está preparado para la muerte, invadiendo al profesional una sensación de frustración e impotencia que afecta a su trabajo de manera negativa. Los trabajadores de la salud a la hora de tratar a un paciente terminal y a la familia muestran una actitud distinta a la que se trata a otros pacientes. Cuanto más joven es el paciente terminal y menos experiencia tiene el profesional mayor es la dificultad a la que se enfrenta el profesional para tratar al enfermo.
Los profesionales de la salud se enfrentan a la muerte como saben, utilizando los instrumentales psicoemocionales que poseen, en los lugares de trabajo no especializados la muerte se concilia con cuidados al paciente y los profesionales presentan cambios emocionales constantes.

Sería un adelanto para la sociedad que el profesional sanitario pudiera enfrentarse a la muerte como algo natural, algo que está en nuestras vidas diarias. Es una responsabilidad para el personal sanitario y no sanitario, el saber cómo actuar ante la muerte y así lograr cubrir las necesidades del paciente y familia, para conseguir ayudar a tener una muerte digna.
El duelo se trata de una situación de reflexión, sentimientos y actitudes que van acompañadas de síntomas físicos y emocionales.
En el duelo existen 5 fases, por las que las personas no pasan por ella en el mismo orden:
Negación: En ella rechazamos la situación de perdida, se considera una defensa y normal mientras no será muy duradera.
Ira: Surge cuando ya no se niega la situación y el dolor aparece. El sentimiento de enfado fluye y se proyecta contra la gente que tienes a tu alrededor.
Negociación: Es un mecanismo que se utiliza para hacer frente al dolor
Depresión: Llega cuando se acepta la muerte, la persona se aísla del mundo, le cuesta levantarse y realizar las tareas diarias.
Aceptación: La persona se siente en paz, empieza a comprender lo que ha pasado y ya no lo considera un castigo.
Según estas fases, se puede manifestar unos síntomas que acompañan al estado del duelo:
Sentimientos: la persona sufre melancolía, soledad, rabia, culpa, nostalgia, etc.
Sensaciones físicas: Dolor en el pecho, en la garganta, surgiendo una sensación de ahogo.
Pensamientos: La persona siente desconfianza y confusión, llegando a percibir alucinaciones.
Comportamientos: Las personas suelen soñar con el fallecido, sufren, lloran y llegan a aislarse del mundo.

2 Objetivos

Objetivo general
-Analizar el proceso del duelo.
-Estudiar la atención del paciente y sus familiares durante el proceso de la muerte.
Objetivo secundario:
-Exponer los conocimientos que deben presentar los profesionales para lograr una buena comunicación con el paciente y la familia.

3 Caso clínico

Hombre de 70 años de edad, jubilado, viudo desde hace 5 meses por lo que todavía no ha logrado superar la pérdida de su mujer. El paciente tiene dos hijos, el mayor de 52 años de edad, casado que vive en Sevilla capital donde atiende un negocio hostelero lo cual no le permite visitar mucho a su padre. Su hijo menor, de 45 años de edad, también está casado y vive en Huelva, muy cerca de su padre, pero la mala relación con la nuera impide que se vean con frecuencia. Tiene varios nietos, pero no los visita tan a menudo como a él le gustaría.

Aunque su principal problema de salud es la Diabetes Mellitus (diagnosticada y tratada desde los 30 años), esta se ha visto relegada por el duelo insuperable que muestra por la muerte de su esposa y el anhelo de una relación más cercana con el resto de la familia (especialmente por sus nietos). No obstante, el tratamiento con insulina sigue siendo llevado correctamente debido a la larga convivencia con la enfermedad.

Tras el fallecimiento de su mujer, los hijos se ofrecieron voluntariamente para hacerse cargo de él por turnos de 6 meses, sin embargo, este rechazó el ofrecimiento argumentando que con 70 años de edad y los problemas de salud, no estaba para molestar a nadie.

La vida social del paciente se ha visto seriamente afectada, pues además de dar largos paseos con su mujer, irse de vacaciones una o dos veces al año, ambos acudían clases de baile, etc.

Un día el paciente conoce a una celadora en su centro de salud y deciden quedar para pasear y tomar algo, la celadora le pregunta de porque está tan triste y el paciente le comenta que no logra superar la muerte de su mujer. La celadora le cuenta que ella también ha pasado por lo mismo, pero con su padre y que para lograr superar la fase en la que se encuentra debe salir y relacionarse más, intentar no pensar y dejarse ayudar por sus seres queridos. La celadora también le dijo que podía contar con ella para lo que necesitara.

4 Discusión-Conclusión

El papel del personal Sanitario y no sanitario es de vital importancia en los cuidados paliativos y en el proceso anterior a la muerte, los profesionales deben tratar al paciente sin olvidar a los familiares que se enfrentan a momentos muy duros. Por ese motivo es necesario hacer una atención generalizada en la que incluir a todo el entorno afectado.

Se debe tener en cuenta la importancia que tiene una comunicación de calidad en-

tre los profesionales, el paciente y la familia, siendo considerado la comunicación como uno de los pilares fundamentales.
La adecuada formación de los profesionales y una actualización de conocimientos es la responsable de que la atención recibida sea de calidad, quedando cubiertas todas las necesidades del paciente y familiares.
Al ser el duelo un proceso de adaptación debemos conocer los rasgos de cada tipo de duelo para saber en cuál de ellos se encuentra y poder ejecutar las intervenciones necesarias cuando el proceso se tuerce y no va como debería de ir.
Por lo tanto, lo más importante a lo que debe hacer frente el personal sanitario y no sanitario es reconocer la fase en la que se encuentran el paciente o su familia, buscar que soporte físico y emocional tiene el paciente y buscar otros elementos que puedan causar estrés en él. También debemos ofrecerles tranquilidad y apoyarlos, ya que no están en su mejor fase psicológica.

5 Bibliografía

-Home - fundación Mario Losantos del Campo (FMLC) [Internet]. Fundación Mario Losantos del Campo (FMLC) - Mejoramos la vida de las personas a través de la salud y la educación. Encontrado en: https://www.fundacionmlc.org/.

Capítulo 139

INTRODUCCIÓN A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LOS CIUDADANOS Y DE LA INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA Y DE SUS FUNCIONES

ISABEL GÁRATE MARTÍNEZ

1 Introducción

La Constitución Española de 1978 en su artículo 103 hace un compendio de los fundamentos que han de regir en la actividad relacionada con la Administración, esos principios son "eficiencia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación", teniendo en cuenta que la objetividad es un criterio implícito e inherente a cualquier Administración Pública de ámbito estatal, autonómico o local.

La prestación de servicios que a día de hoy, la sociedad que nos envuelve nos ofrece, viene dado en base a la posibilidad de acercarnos a la información que como ciudadanos nos afecta y esto es mediante cauces tradicionales y mediante los avances en las comunicaciones de los que actualmente disponemos. Información Administrativa que puede ser de interés general a la ciudadanía o puede ser de interés particular de cada ciudadano, teniendo en cuenta siempre que en todos los ámbitos y en especialmente en SANIDAD por la naturaleza que los mismos implican, la Ley de "Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales".

La garantía de la transparencia ha de ser también una garantía en la información que las Administraciones Públicas nos han de transmitir a los ciudadanos. Son

los Poderes Públicos los responsables de salvaguardar el hecho de que la transparencia sea un "principio de responsabilidad".

El "Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los SERVICIOS DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA Y ATENCIÓN AL CIUDADANO", actualmente en vigor y de obligado cumplimiento, ha sufrido pocas modificaciones pero aun así se ha ido adaptando a la continua evolución de la sociedad.

2 Objetivos

Este capítulo se presenta con pretensiones de recordar los conceptos básicos que ha de tener presente todo el conjunto de administrativos y de auxiliares administrativos no sólo del cuerpo general del Estado, sino de toda la Administración Pública y Sanitaria. Sus principales objetivos son los siguientes:

- Introducir la legislación que aplica y es de obligado cumplimiento para las relaciones entre las Administraciones Públicas y los ciudadanos.
- Resumir específicamente el "CAPÍTULO I. Las funciones de información administrativa y de atención al ciudadano" del "Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano".
- Definir los conceptos de Información Administrativa, Información General, Información Particular y las funciones de ATENCIÓN AL CIUDADANO.
- Introducir el concepto mínimo de UNIDADES DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA y una pequeña visión de sus funciones.

3 Metodología

A través de la búsqueda exhaustiva en la abundante bibliografía entorno al tema de los "Servicios de Información Administrativa" se ha podido construir este capítulo.

Se ha buscado inicialmente aquella documentación que sirva de guía para exponer el tema y que al mismo tiempo garantice la fidelidad de la información, por supuesto, la consulta de la legislación y de las publicaciones oficiales ha sido definitiva para su focalización y estructura.

Para encontrar información fiable con el respaldo de instituciones oficiales y mediante internet se han usado buscadores académicos y bases de datos como por

ejemplo: #1 Google Académico, Aranzadi Instituciones (antes WestLaw), #4 Dialnet, www.boe.es/buscar/,
Biblioteca de la universidad de Oviedo, #uniovi y otros.

Palabras clave: BOE, LEY ORGÁNICA, DERECHOS DE LOS CIUDADANOS, INFORMÁTICA, REVISIÓN, ACCESO A LA INFORMACIÓN, SANIDAD, INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA, RECLAMACIONES, QUEJAS, PETICIONES.

4 Resultados

Son varias las leyes que desarrollan los términos de las relaciones entre las Administraciones Públicas y los ciertos aspectos de la vida de los ciudadanos.

La "Ley 40/ 2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público" enumera los PRINCIPIOS GENERALES del servicio que han de dispensar Las administraciones Públicas en relación a los intereses de los ciudadanos y de la propia Administración: "objetividad, eficiencia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación", absoluto respeto a la Constitución, le legislación y "principios de servicio efectivo a los ciudadanos, simplicidad, claridad y proximidad a los ciudadanos y participación, objetividad y transparencia de la actuación administrativa".

Esta Ley establece los principios de las relaciones de las Administración con sus órganos y entre sí, con otros organismos, cada una actúa con personalidad jurídica única. También se expresa en el sentido de la prioridad en el uso de medios electrónicos para agilizar los procesos, adoptando siempre los medios necesarios para asegurar la protección de los datos de los interesados.

El artículo 4 se refiere a la intervención de las Administraciones Públicas, las cuales han de buscar siempre la protección del interés público, evitando cualquier tipo de discriminación y responder de la correcta aplicación de los requisitos que se han previsto en la legislación.

Según la "Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas" las personas físicas han de poder escoger el modo de comunicación con las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus derechos si lo harán o no por medios electrónicos, a excepción de colectivos profesionales y empresas o asociaciones los cuales habrán de hacerlo por medios digitales.

En el artículo 16 la Ley indica que cada una de las administraciones habilitará un REGISTRO ELECTRÓNICO GENERAL, interconectado a otros registros de otros organismo públicos, independientemente de la organización territorial, indistintamente que sean de carácter nacional, autonómico o local.

Los interesados podrán presentar sus documentos en los siguientes lugares:

- Registros electrónicos, de cualquier Ministerio, Comunidad Autonómica o Autoridad Local
- En las oficinas de correos
- En las representaciones diplomáticas de España en el extranjero
- En oficinas de asistencia en materia de registros
- En cualquier otro lugar que se establezca en las Disposiciones vigentes.

Estos registros se han de digitalizar por los funcionarios de la oficina de presentación y las tasas, si las hubiere, se podrán pagar por transferencia u otros medios, a la oficina correspondiente.

El "Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano" da indicaciones precisas sobre la Atención al Ciudadano, indica que es el lugar de encuentro entre el ciudadano y la Administración, donde es posible presentar documentos, reclamaciones, sugerencias, quejas, etc. y donde se realiza su tramitación. También se entiende que atiende los derechos y deberes de los ciudadanos y de los empleados públicos. Es aquí, en la Atención al Ciudadano, donde podemos encontrar el SERVICIO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA.

La INFORMACIÓN GENERAL es aquella Información Administrativa que se refiere a las unidades administrativas, regula los aspectos jurídicos, su estructura, y todo lo referido a las gestiones que puedan realizar los ciudadanos, bien trámites de prestaciones y servicios públicos u otra información que necesiten adquirir, es común a toda la población o sector y no se necesita ningún tipo de acreditación para recibirla.

La información general será transmitida obligatoriamente a todos los ciudadanos. Si fuera necesario, se utilizaran medios sociales o instituciones para su mayor divulgación. Tendrán preferencia de uso los medios de difusión que puedan alcanzar mayores distancias, como por ejemplo: publicación, radiodifusión, telefonía u otras tecnologías.

La INFORMACIÓN PARTICULAR es aquella que afecta sólo a las personas in-

teresadas de modo individual o a sus representantes legales los cuales son los únicos a los que se les podrá facilitar. Se refiere al "estado o contenido de los procedimientos en tramitación" y a los organismos públicos responsables de la tramitación los procedimientos de los interesados.

La información particular también se refiere a los "datos de carácter personal" que tengan que ver con la privacidad de la persona física. Esta información será suministrada por alguna unidad de la Administración General del Estado y con el fin de adquirir rapidez para los interesados, se dotará de conexiones para facilitad la mejor agilidad y puntualidad si fuera necesario.
En su "Artículo 4. Las funciones de ATENCIÓN AL CIUDADANO" hace las indicaciones necesarias para conocer cómo ha de ser la "información administrativa y atención personalizada al ciudadano" y que incluirá lo siguiente:

1. RECEPCIONAR Y ACOGER al ciudadano para hacer más sencilla su visita, especialmente respecto de los lugares y funcionarios de los que necesiten.
2. OFRECER la información y orientación con el fin de aclarar el modo de proceder con los trámites que se han propuesto desarrollar en el servicio al que acaban de acudir.
3. Gestionar la RECEPCIÓN DE LOS DOCUMENTOS INICIALES de un expediente si es lo que ocupa, y se realizará esta gestión indicando al ciudadano el modo más sencillo de llevar el expediente a buen fin.
4. Recepcionar las "INICIATIVAS O SUGERENCIAS" que los ciudadanos o los empleados públicos crean oportuno formular destinadas a la mejora de la calidad, incremento, rendimiento, ahorro de los servicios, cualquier iniciativa que lleve a una mejora de satisfacción general en las relaciones entre la Administración y la sociedad.
5. Recepcionar Las "QUEJAS Y RECLAMACIONES" de los usuarios por retraso, no atención u otra irregularidad en el funcionamiento del negociado.
6. Asistir a los ciudadanos cuando ejerzan su "DERECHO DE PETICIÓN" (artículo 29 de la Constitución: "1.- Todos los españoles tendrán el derecho de petición individual y colectiva, por escrito, en la forma y con los efectos que determine la ley" y el artículo 77 de la Constitución: "Las Cámaras pueden recibir peticiones individuales y colectivas, siempre por escrito, …").

Cada unidad de información administrativa ayudará a los ciudadanos en el modo de como ejecutar sus derechos, a quien tienen que dirigir sus escritos, a qué órganos y finalmente tratarán de tramitar las peticiones.

Es imprescindible siempre tener presente por considerarse de suma importancia

la aplicación de los derechos y obligaciones de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de "Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales".

Respecto de las UNIDADES DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA, podrían explicarse como las unidades de los departamentos de cada Subdirección General de cada Ministerio interrelacionados con los Departamentos y oficinas según organigrama, tendrán la encomienda de transmitir aquella información general y o particular demandada por los ciudadanos.

La misión de las "unidades de información en la Administración pública" tienen por objeto la facilitación de la información y los medios que sean necesarios para que se cumplan los propósitos de las Administraciones a las que se dirigen sus servicios.

Hay diferentes tipos de unidades. Por ejemplo según su ámbito territorial, no son idénticas las funciones de una unidad de información de un municipio, Comunidad Autónoma o Ministerio. Unas están dirigidas a atender a los ciudadanos y otras se dirigen a atender las necesidades de información de las mismas administraciones.

5 Discusión-Conclusión

Podría considerarse que la información administrativa es inherente a cualquier tipo de gobierno; en España ya en el 1958 y 1965 se legisló respecto de este concepto, pero esa legislación es historia y no consiguió, por motivos obvios, un acercamiento en la Administración y los ciudadanos. Desde la instauración de la Democracia y hasta día de hoy, progresivamente, se ha conseguido una mayor proximidad, información y efectividad.

Los derechos, al igual que las obligaciones, a los que los ciudadanos tienen derecho de acceso se hacen efectivas a través de la INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA, así como al uso de los servicios públicos y los bienes que proveen estos mismos servicios públicos. Esta definición pretende ajustarse a la que dicta el Real Decreto 208/1996, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano.

Este capítulo se ha centrado en la legislación nacional, actual y de obligado cumplimiento; la que afecta el territorio español, sin menoscabar por ello la importancia indiscutible que tienen las Comunidades Autónomas, mediante sus De-

cretos Legislativos y Decretos-ley autonómicos, y los Gobiernos Locales con sus ordenanzas.

En resumen, se puede considerar que la visión actual del panorama es alentadora, aunque se necesiten realizar más reformas para cuestiones que aún están pendientes, aunque especialmente los intentos de transparencia y no discriminación han sido fructíferos, aún cabe esperar más cobertura y facilidad, especialmente con el continuo avance de la tecnología y los medios, cada vez más sencillos que nos ofrece y que están al servicio de la mejora de relaciones entre las Administraciones Públicas y los ciudadanos.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano. Publicado en: «BOE» núm. 55, de 04/03/1996. Entrada en vigor: 05/03/1996. Departamento: Ministerio para las Administraciones Públicas. Referencia: BOE-A-1996-4997. Última actualización publicada el 04/06/2011. Permalink ELI: https://www.boe.es/eli/es/rd/1996/02/09/208/con
2. TEMARIO CUERPO GRAL ADVO A.G.E.- ACADEMIA IRIGOYEN. CURSO 2018-2019; Organización Oficinas Públicas. TEMA 1. Atención al público. Atención de personas con discapacidad. Los servicios de información administrativa. Información general y particular al ciudadano. Iniciativas. Reclamaciones. Quejas. Peticiones. https://academiairigoyen.com/wp-content/uploads/2019/12/Oposici%C3%B3n-Administrativo-AGE.-Tema-1.-Oficinas-p%C3%BAblicas.-Bloque-II.pdf.
3. LA INFORMACION ADMINISTRATIVA EN EL AMBITO LOCAL EN EL CASO DEL AYUNTAMIENTO DE BARCELONA. Cerrillo i Martínez, A. (2011). LA INFORMACION ADMINISTRATIVA EN EL AMBITO LOCAL EN EL CASO DEL AYUNTAMIENTO DE BARCELONA. Revista De Estudios De La Administración Local Y Autonómica, (283). https://doi.org/10.24965/reala.vi283.9064.
4. AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO. TEMARIO VOLUMEN 2 - BLOQUE II: ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA Y OFIMATICA. Editorial: MAD. ISBN: 9788414245415. Año de edición: 2021.
5. Decreto 115/2008, de 20 de noviembre, de modificación del Decreto 111/2005, de 3 de noviembre, sobre registro telemático. BOPA – DISPOSICIONES GENERALES. CONSEJERÍA DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS Y PORTAVOZ DEL GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

6. El artículo 77 de la Constitución. Las comisiones de peticiones de las Cortes Generales y las de los Parlamentos autonómicos Ángel L. Sanz Pérez Letrado del Parlamento de Cantabria. Profesor Asociado del Derecho Constitucional de la Universidad de Cantabria. Dialnet-ElArticulo77DeLaConstitucion-6763434.pdf.
7. "Las normas con fuerza de Ley de las Comunidades Autónomas. Las figuras del Decreto legislativo y del Decreto-ley autonómicos". Francisco Javier Donaire Villa. Generalitat de Catalunya Departament de Governació i Relacions Institucionals Institut d'Estudis Autonòmics. BARCELONA 2012. http://www.gencat.cat/drep/iea/pdfs/IEA_78.pdf.

Capítulo 140

DERECHO A LA SALUD PARA LOS USUARIOS DE LA SANIDAD

BERTA FLOREZ LOPEZ

1 Introducción

El derecho a la salud viene reflejado en el artículo número 43 de la Constitución española del año 1978. Podemos decir que este derecho está incluido entre los derechos fundamentales para todo ser humano sin tener en cuenta su sexo, nacionalidad, raza o religión. Mediante este derecho todo usuario de la salud tiene cubierto todo lo referente a su salud e indirectamente a su bienestar y así garantizarlo en todo momento.

Podemos añadir que el derecho a la salud es un derecho inclusivo, ya que incluye numerosos factores que influyen para conseguir una vida sana. Hay unos aspectos fundamentales que son accesibilidad (todos los servicios sanitarios deben de ser accesibles sin ningún tipo de restricción), disponibilidad (se disponga de un número suficiente de centros de atención a la salud), aceptabilidad (respetuosos con la ética médica) de buena calidad, participación, libertad, derechos y una rendición de cuentas.

Existen unas similitudes que nos llevan a errores, es decir, el derecho a la salud no es lo mismo que el derecho a estar sano.

El derecho a estar sano depende de recuperar la salud en un momento dado, sino que también se refiere a diversos factores como son:

- acceso a instalaciones de agua y saneamiento óptimas
- viviendas adecuadas
- alimentación y nutrición correcta.

Estos factores pueden ser negativos en el caso de discriminación por motivos de pobreza y socioeconómicos.

2 Objetivos

Analizar el significado y lo que engloba el derecho de la salud y así determinar los usuarios que tienen acceso a dicho derecho.

3 Metodología

Ya sea a través de la búsqueda sistemática de páginas web mediante el uso de bases de datos como Scielo además de la consulta de publicaciones existentes en el mercado conseguimos recabar toda la información necesaria sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Podemos definir el derecho a la salud como el estado de bienestar tanto físico como mental en el que debe de estar todo usuario de la salud. También incluiremos el social.
En numerosas ocasiones esta salud ya sea en cualquier estado se deteriora y necesita ser restablecido a la mayor brevedad posible.
Existen unos derechos secundarios a los cuales tienen derecho todo usuario de la salud.
Estos son:
- el acceso a un sistema que nos garantice toda la protección necesaria con respecto a su salud.
-los tratamientos que necesitamos para restablecer nuestra salud.
- disponer de las facilidades necesarias para la obtención de todo medicamentos necesarios para el restablecimiento de la salud
- tener acceso a todos los servicios para la realización de operaciones y pruebas diagnósticas.
- La promoción de la salud tanto materna como infantil.
- toda la información necesaria para todo usuario y paciente para las prestaciones sanitarias.
Toda persona debe de ser atendida ya sea de forma accidental u ocasionalmente ante la perdida de salud por todos los centros sanitarios.

Todo esto incluye servicio tanto presencial en lis centros como a través del servicio de ambulancias o en casos graves atención a domicilio.
En caso de personas impedidas este servicio a domicilio toma mayor sentido, ya que no pueden desplazarse a los centros sobre todo en la toma de muestras o vacunaciones.
Además los usuarios deben de ser informados en todo momento de las estadísticas epidemiologías existentes en una determinada zona en un momento concreto para poder optar a la prevención necesaria sobre todas las enfermedades provocadas por virus o bacterias cuya propagación se realiza de forma muy contagiosa. En este caso el uso de vacunación es otro derecho que forma parte del derecho a la salud.

5 Discusión-Conclusión

Para resumir el derecho a la salud de todos los ciudadanos diremos que este es un derecho fundamental para todo ciudadano y los poderes públicos deben de velar por dicho derecho. El pronóstico a la mayor brevedad posible para hacer efectivo el tratamiento a seguir específico a cada persona para hacer efectiva el restablecimiento de la salud es otra acción importante que se ha de llevar a cabo a través del derecho a la salud. Además también destacar la salud mental como parte de este derecho. La necesidad de profesionales especialistas es esencial para la recuperación integral de estos pacientes.

6 Bibliografía

Páginas web:
- www.astursalud.com
- www.humanium.org
- www.wikipedia.org
Revista:
- revistamedica.com
-www.elsevier.es
- constitución española de 1978

Capítulo 141

ACOSO LABORAL O MOBBING QUE SUFRE EL PERSONAL NO SANITARIO EN SUS CENTROS DE TRABAJO

VERÓNICA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el acoso laboral o mobbing como el comportamiento agresivo de uno o más miembros de un equipo de trabajo hacia un individuo de dicho grupo, con el objetivo de producir miedo, desprecio o depresión en ese trabajador hasta que renuncie o sea despedido.
Otra definición más coloquial de mobbing lo definen como un conjunto de acciones de forma continuada de violencia psicológica como pueden ser humillar, insultar, aislar, difundir rumores no ciertos, etc. e incluso hay veces que se llega a producir la violencia sexual o física que tanto los superiores, los propios compañeros o la misma empresa ejercen sobre la víctima. Quienes realizan este tipo de acoso lo suelen hacer, con premeditación, siendo conscientes de ello y de manera abusiva con el fin de crear un mal clima de trabajo para que la víctima tenga miedo de ir a trabajar y así termine por renunciar a su puesto.
El mobbing es muy común en los centros sanitarios, ya que sus trabajadores conviven mucho tiempo juntos debido a que el trabajo suele ser en equipo y afecta del mismo modo tanto a mujeres como a hombres y tampoco entiende de jerarquías laborales.

2 Objetivos

Explicar lo que significa acoso laboral.
Definir los diferentes tipos de acoso laboral.
Enumerar alguno de los procedimientos para poder prevenir el acoso 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 del libros 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 acoso laboral o también llamado mobbing es una acción en la que podemos distinguir entre dos personas, una es el acosador que tiene por objetivo hacer sentir desprecio, miedo, apatía, frustración, etc. a otro compañero de trabajo (acosado), sometiéndole a una violencia psicológica, no justificada, mediante actos dañinos y maliciosos.
Normalmente, el acoso se suele producir durante largo tiempo y puede durar semanas, meses e incluso años.
Se pueden distinguir diferentes tipos de acoso laboral o mobbing, dependiendo de cual sea el objetivo que el acosador quiere conseguir. Así que podemos hablar de:
- Acoso laboral dependiendo de la posición jerárquica. Dentro de éste tenemos dos tipos:
+ Acoso laboral o mobbing vertical. Se le denomina así porque la persona acosadora puede estar en un nivel jerárquico superior o en un nivel jerárquico inferior al de la persona acosada. Y a su vez dentro de éste podemos diferenciar entre:
*Acoso laboral o mobbing descendente. También llamado bossing. Es cuando el trabajador que tiene el nivel jerárquico inferior es acosado por uno o varios trabajadores con un nivel jerárquico superior. Este tipo de acoso pueden utilizarlo para que el trabajador, al que se acosa, abandone su trabajo, ya que no les gusta porque no cumple las expectativas que tienen.

*Acoso laboral o mobbing ascendente. En este caso ocurre lo contrario al anterior, el trabajador que tiene mayor nivel jerárquico es acosado por otro u otros con nivel jerárquico inferior.
+Acoso laboral o mobbing horizontal. Aquí el acosador y el acosado se encuentran en el mismo nivel jerárquico, es decir, se produce entre compañeros de trabajo y la repercusión psicológica para quien es acosado suele ser bastante mala. Entre las causas que dan lugar a este tipo de acoso tenemos, que puede ser porque no se llevan bien, por atacar al más débil, por no tener mucho que hacer y el aburrimiento lo suple acosando a un compañero, etc.

También podemos hablar de otros tipos de acoso dependiendo del objetivo que se quiera conseguir.
- Acoso o mobbing disciplinario: Suele usarse para que el trabajador se de cuenta de que debe hacer lo que su superior le ordena y que no se le debe llevar la contraria ya que sino sabe que no seguirá en su trabajo. Suele emplearse también con trabajadores que tienen muchas bajas laborales, con quienes van en contra de la empresa, etc.
- Acoso o mobbing estratégico: Este tipo de acoso es llevado a cabo por la empresa para que el trabajador rescinda su contrato de manera voluntaria, así ésta se evita el pago de la correspondiente indemnización ya que si lo despidiese sería un despido improcedente.
- Acoso o mobbing perverso: Este no tiene un objetivo laboral, sino que se debe a que la persona que acosa suele ser manipuladora y le gusta hostigar a los demás y cuando lo hace no hay testigos.
- Acoso o mobbing de dirección o gestión: Suelen llevarlo a cabo por diversos motivos, porque se quiere prescindir de un trabajador que no suele ser muy sumiso, con un objetivo claro de esclavizar, para extinguir la relación laboral con un trabajador que no cumple con las expectativas marcadas, bien por querer dejarlo en evidencia ante sus compañeros o bien porque sea un trabajador demasiado capacitado para el puesto. Este tipo de mobbing a veces se usa para así conseguir más productividad, ya que se infunde miedo a los trabajadores a través de amenazas de despido si no se cumplen objetivos.

Los efectos que pueden producir estos tipos de acoso laboral o mobbing suelen causar problemas psicológicos a quien los sufre como ansiedad, estrés, depresión, ir desmotivado a trabajar, no realizar bien el trabajo, etc.

5 Discusión-Conclusión

El acoso o mobbing dentro del ámbito laboral y más concretamente en el ámbito sanitario, no había sido un tema que se tuviera muy en cuenta, aunque podríamos decir que es algo grave y tiene una gran incidencia en todos los trabajos, pero hablando de centros sanitarios mucho más, ya que se trata con personas y para ello se debe estar bien para ofrecerles un trato correcto. Por eso, se debe intentar eliminar o minimizar lo máximo posible todo tipo de acoso laboral o mobbing en los centro sanitarios, bien a través del castigo a quienes lo realizan y también a través de la prevención, implantando unas normas y reglas para evitar que se produzca, realizando campañas para informar a todo el personal de los centros sanitarios del desarrollo del problema del acoso laboral. También se deberían de realizar cursos y talleres donde hablar sobre este problema y tratar temas de como hacer para la integración de los equipos de trabajo o de como controlar el estrés. En definitiva, que en cualquier centro sanitario debe existir un protocolo de prevención e intervención frente al acoso laboral o mobbing.

6 Bibliografía

-El acoso laboral en el ámbito sanitario. https://revistamedica.com/acoso-laboral-ambito-sanitario
-Protocolos ante el acoso laboral en los hospitales españoles. https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/los-hospitales-basan-su-formula-ante-el-acoso-laboral-en-la-mediacion
-https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-el-acoso-laboral-el-ambito
- https://www.tablonenblanco.com/smf/index.php
- El mobbing en el sector sanitario. https://www.delorenzoabogados.es/blog/

Capítulo 142

LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL PERSONAL NO SANITARIO CAUSADOS POR EL TRABAJO A TURNOS EN LOS CENTROS SANITARIOS

VERÓNICA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Podemos definir el trabajo a turnos como la manera de organizar el trabajo en equipo mediante la cual los trabajadores de los centros sanitarios ocupan los mismos puestos de trabajo, ya sea con un ritmo continuo o discontinuo, dando lugar a que realicen el trabajo en diferentes horas durante unos determinados días o unas determinadas semanas.

El trabajo a turnos da lugar a que los centros sanitarios sometan a los trabajadores a horarios de trabajo que van en sentido contrario al ritmo normal de la vida.

En los centros sanitarios los turnos de los trabajadores suelen ser prolongados y a veces irregulares, traduciéndose en problemas para su salud y que alteran su vida cotidiana.

El trabajo a turnos conlleva un gran número de consecuencias que afectan de forma negativa a los trabajadores que lo realizan. Entre las consecuencias más predominantes está el estrés, incorrecta atención a los pacientes, trastornos del sueño, el síndrome de la fatiga crónica, problemas depresivos, problemas familiares y sociales, así como problemas laborables que conllevan absentismo laboral, bajo rendimiento y accidentes en el trabajo.

Los trabajadores a turnos de los centros sanitarios van a sufrir un mayor número de todos estos problemas comparado con los trabajadores que realizan su trabajo en un horario convencional.

2 Objetivos

Dar a conocer cuales son las consecuencias para el personal no sanitario del trabajo a turnos.
Proponer medidas para poder llevar de la mejor manera el trabajar a turnos.

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 numerosas consecuencias nocivas que más sufre el personal no sanitario que tiene que realizar su trabajo a turnos en los centros sanitarios las más comunes podríamos decir que son las siguientes:
Dentro de las que afectan a la salud física están:
- Alteraciones del sueño: El sueño tiene diferentes fases, unas van a permitir recuperar la fatiga física que se da durante el tiempo que estamos despiertos, y las últimas horas del sueño que permiten recuperar la fatiga mental. Para tener una buena recuperación es necesario dormir más o menos unas 8 horas. Cuando se trabaja a turnos y se tiene que dormir por el día no se consigue tener todas las fases del sueño por lo que no se descansa lo suficiente y se va acumulando fatiga hasta que ésta se convierte en fatiga crónica, repercutiendo de forma negativa causando irritabilidad, dolor de cabeza, falta de apetito, náuseas, problemas en el aparato circulatorio, etc.
La falta de sueño puede traer consigo el riesgo de tener accidentes cuando se realiza el trabajo, incapacidad para adaptarse, etc.
+Problemas cardiovasculares y subida de la tensión arterial: A consecuencia del trabajo a turnos al tener que realizarse en horas que van en contraposición del

reloj biológico del trabajador (sobre todo en horario nocturno) se pueden sufrir problemas que afecten al corazón y también que la tensión arterial suba afectando al cerebro pudiendo provocar un ictus.

- Problemas gastrointestinales: Debido a que no se lleva un ordenado horario en las comidas, o a veces se suprime alguna de ellas, se pueden producir úlceras duodenales, colon irritable, dolor en el estómago, dispepsia, etc. incluso se puede llegar a perder el apetito con tantos cambios de turno.
- Problemas de cáncer (debido al trabajo a turnos y sobre todo a trabajar en el turno de noche) entre los que podemos destacar el cáncer de pulmón, ya que algunos trabajadores suelen recurrir a fumarse cigarrillos, para, bien poder mantenerse despiertos, para reducir la tensión, etc; el cáncer de próstata en los hombres o el de mamá en las mujeres.
- Problemas de diabetes, al no tener un ciclo del sueño regular debido a los turnos, esto puede causar una resistencia a la insulina y derivar en una diabetes del tipo II.

Se pueden producir también alteraciones en la menstruación en las mujeres, problemas de piel, problemas musculares y en las articulaciones, etc.

Dentro de las que afectan a la salud psicológica podemos destacar la depresión, la ansiedad, tener una autoestima baja, no sentirse motivado a la hora de realizar el trabajo, tener falta de concentración, sentirse frustrado y tener ganas de dejar el trabajo, etc.

Y dentro de las consecuencias que se relacionan con el ámbito laboral podemos hablar de un momento de las conductas violentas, faltar al trabajo, bajar productividad, disminución de la calidad del servicio que se debe prestar a los pacientes y usuarios etc.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los trabajadores de un centro sanitario que deben realizar su trabajo a turnos no lo hacen porque ellos lo quieran así. Por eso como ya se ha comentado anteriormente se pueden producir una serie de consecuencias negativas para ellos, tanto a nivel físico, psíquico o laboral. Para evitar esa serie de consecuencias, o por lo menos conseguir que sean más livianas, se deben llevar a cabo una serie de medidas entre las que podríamos incluir el llevar una alimentación que sea lo más adecuada posible, intentar dormir no menos de 7 horas, realizar algo de ejercicio, no consumir mucho alcohol y mucha cafeína, etc.

En los centros sanitarios es imposible que en algunos puestos de trabajo se pueda suprimir el trabajo a turnos, entonces para que todo vaya lo mejor posible se debe

llevar a cabo una buena organización de los turnos para que los trabajadores tengan una mejor conciliación y gocen de la mejor salud.

6 Bibliografía

- Consecuencias del trabajo a turnos sobre la salud. https://blogs.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/actualidad-laboral/consecuencias-del-trabajo-turnos-sobre-la-salud/.
-Trabajar por turnos.¿Cómo afecta a la salud?.https://muysalud.com/salud/trabajar-turnos-afecta-salud/.
-Implicaciones del trabajo a turnos en el entorno sanitario.https://revistamedica.com/trabajo-a-turnos.
-Trabajo a turnos. Sueño e impacto en la salud.https://afemefa.com/trabajo-a-turnos-sueno-e-impacto-en-la-salud/.

Capítulo 143

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

ROCÍO NEVADO MORENO

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

ANTONIA HENRY PULIDO

1 Introducción

En el presente trabajo se va a conocer las funciones y actuaciones de los celadores en el servicio de urgencias hospitalarias, es decir, se va a desarrollar el trabajo diario de los celadores en los distintos servicios que presentan las urgencias hospitalarias.
Para ello, es necesario tener en cuenta lo establecido en Orden de 5 de julio de 1971, integrado en el grupo de personal subalterno en la escala general, el celador se guiará en lo referido a categoría y funciones en lo señalado en el estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.
Entre los distintos servicios que se encuentran en las urgencias hospitalarias encontramos: el área de pediatría, el área de observación, el área de boxes y el área de especialidades. Además, aunque no se trata de un área en concreto, se precisa

de la atención, control y vigilancia de la puerta de urgencias, por lo que uno o dos celadores son los encargados de esta labor.
A continuación, se exponen las funciones y actuaciones que llevan a cabo los celadores de urgencias en cada uno de las áreas enunciadas anteriormente, destacando en todas ellas, el continuo contacto directo con el paciente, desde su llegada al centro sanitario.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que llevan a cabo los celadores en el servicio de urgencias hospitalarias.
- Exponer el papel que desempeñan los celadores en las distintas áreas del servicio de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha tenido en cuenta una exhaustiva búsqueda de información a través de diferentes buscadores, así como la lectura de diferentes libros y revistas científicas, dotando de mayor exactitud y precisión de lo expresado en este trabajo. Así, algunos de los buscadores utilizados son Pubmed, Google Académico.

4 Resultados

Los celadores de puerta en urgencias reciben a los pacientes que acuden al centro sanitario en diversos medios: ambulancia, vehículos particulares o por sus propios medios. El celador de puerta puede observar que el paciente presenta dificultades en su movilidad. En este caso, el celador de puerta proporciona una silla de ruedas, facilitando así la movilidad del paciente y el traslado por parte del celador a las áreas o servicios determinados.
De este modo, cuando el paciente acude al servicio de urgencias, los celadores de puerta indican al paciente que debe proporcionar sus datos de identificación al servicio de admisión. Posteriormente, el celador acompaña al paciente, junto con la carpeta identificativa de cada uno al servicio de triaje. Al finalizar el triaje, el celador acompaña al paciente al área estimada por el enfermero.
El celador de boxes es el encargado de la movilidad y colocación de los pacientes que acuden a esta área. Entre otras de las tareas que desempeñan los celadores de

boxes se encuentra el traslado de muestras biológicas al laboratorio, el traslado de documentación a otras áreas de urgencias y el traslado de los pacientes a la realización de pruebas estimadas por el personal sanitario: pruebas diagnóstico, radiografías, traslado a otras áreas, etc.
El celador de especialidades cumple acciones similares al celador de boxes, destacando, sobre todo, el acompañamiento de pacientes al servicio de radiografías, puesto que los pacientes que acuden a esta área presentan, en la mayoría de ocasiones, patologías derivadas para rayos.
El celador de observación también cumple funciones similares a los anteriormente mencionados. En este caso, el celador de observación, junto con la ayuda de las auxiliares de enfermería, se encarga del aseo e higiene de los pacientes, como por ejemplo, el cambio de sábanas y el cambio de pañales de los pacientes. Además, el celador de observación ejerce funciones compartidas con el área de pediatría. En caso de necesitar de sus labores, el celador dispone de un busca con el que está disponible en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, se destaca la gran variedad de celadores que trabajan en el servicio de urgencias hospitalarias. A pesar que cada uno de ellos está destinado a llevar a cabo acciones en cada uno de sus áreas, el trabajo cooperativo y el apoyo entre compañeros, facilita el trabajo conjunto del servicio de urgencias, es decir, las tareas que desempeña en un momento el celador de boxes puede ser ejercida por el celador de puerta, en caso de prestar ayuda y sin dejar vacío su puesto en el servicio.
Finalmente, gracias al desempeño llevado a cabo por los celadores en el servicio de urgencias, se afirma que con la realización de tareas de todos ellos, individual y de manera conjunta, el servicio de urgencias hospitalarias desarrolla prácticas de calidad y eficaces.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en el Servicio de Urgencias. Disponible en: https:// revistamedica.com.
2. El celador en Urgencias. Disponible en: https://revistamedica.com.
3. El papel del celador en el servicio de urgencias hospitalarias. Disponible en: https://congresosicepa.com.

Capítulo 144

FUNCIONES DEL CELADOR DESTINADO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA

ROCÍO NEVADO MORENO

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

ANTONIA HENRY PULIDO

1 Introducción

En el presente trabajo se exponen las funciones y actuaciones que desempeñan los celadores en el área de salud mental. Para su desarrollo, se va a tener en cuenta la Orden de 5 de julio de 1971, integrado en el grupo de personal subalterno en la escala general, donde se enuncia que el celador se guiará en lo referido a categoría y funciones en lo señalado en el estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social.

Como se trata del área de salud mental hospitalaria es necesario precisar qué se entiende por el término salud mental, que es todo proceso de bienestar individual en la que la persona toma conciencia de las capacidades y tensiones presentes en su vida.

Por tanto, se destaca la gran labor que desempeña el celador en el área de salud mental, siendo este la persona en mantener un contacto directo y continuo con

el paciente. Además, el celador adquiere una responsabilidad con aquellos pacientes que acuden a esta área, ya que los pacientes pueden presentar conductas específicas de las que los celadores han de saber solventar.
En conclusión, en este trabajo se va a destacar la importancia ejercida por los celadores en el área de salud mental, que desempeñan funciones y actuaciones variadas manteniendo en todo momento con contacto directo con el paciente y con todos los acontecimientos que ocurren en las inmediaciones y proximidades de esta área.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que llevan a cabo los celadores en el área de salud mental hospitalaria.
- Describir las actuaciones del celador como parte del equipo multidisciplinar.

3 Metodología

Para la correcta realización de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible, se ha llevado a cabo una profunda búsqueda de información, permitiendo contrastar información en diferentes buscadores y fuentes científicas, así como la lectura y síntesis de libros y revistas científico-sanitarias. Algunos de estos buscadores han sido: Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

Los celadores en el área de salud mental hospitalaria son las primeras personas que mantienen un contacto con los pacientes que acuden al centro sanitario. Este contacto es directo y continuo desde su llegada, la estancia de los pacientes en el centro sanitario y finalmente, hasta su alta o salida, donde el celador acompaña al paciente hasta la puerta de salida, si fuese estrictamente necesario.
El celador lleva a cabo acciones de encargado en el cuidado del entorno ambiental en el que se encuentra el enfermo, es decir, vela porque la permanencia del paciente en el centro sanitario sea en las mejores condiciones posibles. Entre estas acciones se destaca el cuidado del entorno, como levantar persianas por las mañanas, ventilación de espacios, buena iluminación por el día, bajar persianas por las noches para el correcto descanso de los pacientes, etc.

Para poder salvaguardar la privacidad y el descanso de los pacientes, el celador vela por el correcto funcionamiento y vigilancia de las inmediaciones y proximidades de esta área, es decir, vigila y ordena que no se produzcan altercados, molestias, ruidos, aglomeraciones, etc.
El celador del área de salud mental debe tener especialmente cuidado y vigilo de todos los pacientes que puedan ocasionar una lesión a otros compañeros sanitarios o incluso la autolesión. Para ello, permanecerá en constante vigilancia de todos los pacientes, informando a los superiores de los posibles altercados.
Si un paciente precisa de un cuidado personal y de la realización de diferentes pruebas, el celador realiza las acciones encomendadas y dirigidas por el personal sanitario, como el traslado del paciente a la realización de pruebas de diagnóstico, pruebas de radiografía, aseo de pacientes, traslado de cama y/o área, etc.
En el traslado del paciente a la realización de pruebas, el celador lleva una silla de ruedas o camilla, facilitando el traslado del paciente. Al finalizar las pruebas determinadas, el celador trae de vuelta al paciente al área de salud mental.

5 Discusión-Conclusión

Atendiendo a todo lo expuesto en este trabajo, se puede observar como las acciones que lleva a cabo el celador en el área de salud mental comparten similitud con las funciones generales que llevan a cabo los celadores en el centro sanitario. Sin embargo, dado que el celador del área de salud mental hospitalaria se encuentra en constante contacto con el paciente, que en ocasiones supone un riesgo extra, dado las peculiaridades de cada enfermo, se afirma que el celador debe ser una persona comprensiva y paciente, que entienda las dificultades y características de cada enfermo, adquiriendo una actitud comprensiva, facilitando en todo momento el trabajo que llevan a cabo el personal sanitario superior.

6 Bibliografía

1. El celador en el Área de Salud Mental. Disponible en: http://celadoresonline.blogspot.com.
2. Funciones del celador en el área de salud mental. Disponible en: https:// revistamedica.com.
3. Las funciones del celador en el área de salud mental hospitalaria. Disponible en: https://revistamedica.com.

Capítulo 145

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE ESPECIALIDADES DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

ROCÍO NEVADO MORENO

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

ANTONIA HENRY PULIDO

1 Introducción

Al ingreso de los pacientes en las urgencias hospitalarias, según la dolencia que presenten, el enfermero destinado en triaje puede derivarlo hacia una zona u otra en las que se estructura el servicio de urgencias. Estas unidades son boxes, pediatría, observación, box vital y especialidades.

En la unidad de especialidades, aunque en realidad su término más exacto sería especialidades médicas, se derivan a los pacientes que presentan alguna patología relacionada con alguna especialidad médica, como por ejemplo, traumatología, otorrinolaringología, ginecología, cirugía, psiquiatría, oftalmología, etc.

La unidad de especialidades médicas se conforme por salas, las salas de yesos, donde van los pacientes relacionados con algún proceso de traumatología, la sala de curas, la sala de ojos, oídos y garganta, la sala de cirugía y la sala para pacientes psiquiátricos. Además cuenta con los despachos médicos y con una sala

de sillones, donde se clasifican a otros pacientes con otras especialidades, como ginecología.
En especialidades médicas se reciben caídas, accidentes de tráfico, accidentes laborales, pacientes psiquiátricos, embarazadas, etc.
Desde esta unidad, en caso necesario, se requerirá la presencia de algunos de los especialistas mencionados para la asistencia de algún enfermo en estado grave.
Y también desde esta zona, se derivarán los pacientes a las diferentes consultas médicas que sean necesarios para su diagnóstico o curación, incluso a paritorio o quirófano.

2 Objetivos

- Describir cómo es y cómo funciona la unidad de especialidades médicas del servicio de urgencias.
- Conocer las funciones que desarrollo el celador destinado en la unidad de especialidades médicas del servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se han realizado diversos contrastes de información en diferentes fuentes bibliográficas científicas, así como la lectura de diversos manuales y capítulos de lecturas científico-técnicas. También se han consultado diversos buscadores como: Pubmed, Medline, Google académico, DialneT.

4 Resultados

El celador destinado en las especialidades médicas del servicio de urgencias desempeña una gran variedad de funciones, ya que los pacientes son derivados por triaje con una gran diversidad de tipo de dolencias. Una de sus funciones es trasladar, en silla o a pie, al paciente desde el triaje a la unidad, junto a la carpeta con todos sus datos. Posteriormente lo colocará en la sala correspondiente, avisando al personal sanitario.
También en caso necesario, cuando se trata de algún tipo de accidente o caída, colabora con el resto de personal sanitario y técnico, a pasar al paciente de la camilla de la ambulancia a la sala correspondiente, estando siempre atento a la llegada de este.

Traslada a los pacientes a la zona de radiología en caso de petición médica, volviendo a recoger al paciente una vez finalizada la prueba. Así como traslada a los pacientes a las diferentes consultas de ojos, otorrino, o cualesquiera que se le indique, recogiéndolos una vez finalizada la consulta.
Cuando se trate de pacientes psiquiátricos, colaborará con el personal sanitario a la contención del mismo, si fuese necesario, para salvaguardar su propia integridad o la del resto del personal.
En caso necesario, y ante la gravedad de algunos pacientes, trasladará, siempre en cama o camilla, y bajo las directrices del médico especialista, a la zona de quirófano, avisando de su llegada y recogiendo posteriormente la cama o camilla cuando sea avisado por el personal de quirófano.
En algunos casos, cuando se tratan de pruebas PCR o de hemocultivos, los lleva al servicio de laboratorio, siempre bajo las indicaciones del personal sanitario.
Momentos antes de finalizar su turno, llevará el carro de la ropa sucia a la zona correspondiente de la lavandería, reemplazando el carro lleno por otro vacío, que dejará preparado para el siguiente turno.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha observado a lo largo de la exposición del trabajo, el celador destinado en especialidades médicas debe conocer todos los servicios y consultas del centro hospitalario, pues los pacientes de esta unidad, frecuentemente, son enviados a muchas de ellas.
Debe ser un profesional con una alta capacidad de trabajo y conocedor del mismo, con un alto grado de manejabilidad en los movimientos realizados al paciente traumatológico y de saber resolver situaciones de stress y violencia con los pacientes psiquiátricos.
El trabajo del celador destinado en la unidad de especialidades médicas es importantísimo, puesto que además de realizar gran multitud de funciones, no hay que olvidar el gran apoyo que realiza con el resto del personal sanitario del servicio de urgencias.

6 Bibliografía

1. Actuación del celador en el servicio de urgencias. Disponible en http://www.celadoresonline.blogspot.com.

Capítulo 146

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL EN EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS

ESPERANZA FERNÁNDEZ ALVAREZ

JOSEFINA RODRÍGUEZ GARCIA

VANESA FERNANDEZ ALVAREZ

1 Introducción

La comunicación no verbal es un lenguaje complementario al de las palabras, compuesto por las posturas, las miradas, los gestos, etc. este tipo de lenguaje puede ser utilizado de forma inconsciente y es capaz de transmitir sentimientos que quizás con las palabras no se es capaz de expresar.
Tiene tanta importancia en la comunicación llamada cara a cara que supone un 65% de toda la conversación.
El personal de gestión y servicios con su relación directa con los pacientes y familiares ha de saber utilizar la comunicación no verbal de forma correcta y tratar en algunas circunstancias de que el inconsciente no le juegue malas pasadas, porque transmite más este tipo de comunicación que la propia palabra.
Podemos diferenciar tres partes en la comunicación no verbal:
• Los gestos, las manos, posturas, miradas etc.
• El tono de voz, velocidad al hablar, etc.

• Distancia personal que necesitamos para sentirnos seguros, en este caso dependerá de las circunstancias en la que nos movamos.
Para el personal de gestión y servicios es de vital importancia conocer la comunicación no verbal y saber usarla correctamente, es una herramienta que puede suponer la diferencia de calmar una situación que por las circunstancias del paciente o familiar pueda ser agresiva.

2 Objetivos

Entender la comunicación no verbal como otra forma de lenguaje necesaria.
Conocer la importancia de gestos, tonos, miradas en la comunicación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la comunicación no verbal.
Para la obtención de datos se han realizado búsquedas en Google, publicaciones especializadas y bases de datos como Pubmed, Scielo.

4 Resultados

Es importante mantener una comunicación no verbal al interactuar con nuestro interlocutor, sabiendo usarla correctamente podremos evitar conflictos, además de tranquilizar a la persona y conseguir que la relación con el usuario sea de su agrado y satisfactoria para todos.
La comunicación no verbal es tan importante como la verbal, ya que con ella trasmitimos al receptor mensajes que con la voz no podemos expresar, los gestos, miradas y el tono de voz son esenciales en una conversación para trasmitir lo que decimos.
Por las características del trabajo que desempeña el personal de gestión y servicios es necesario la utilización correcta del lenguaje no verbal, para que lo que estamos diciendo verbalmente se demuestre por ejemplo con nuestros gestos.
La comunicación no verbal por norma general se expresa de forma involuntaria, pero nosotros debemos de ser capaces de gestionarla voluntariamente, porque no podemos dar información de tratamientos ni de diagnósticos, aunque los conozcamos, siempre debemos mostrarnos amables, evitando que nuestra cara o gestos delaten preocupación, pena etc.

El personal de gestión y servicios en ocasiones se ha de enfrentar a situaciones complicadas con los usuarios y familiares. Ante todo debemos mantener la calma y mostrarnos cercanos y preocupados por la situación que están viviendo, no debemos ni elevar el tono ni gesticular en exceso con brazos elevados para poder revertir la situación que se presenta, mostrarnos cercanos con gestos de confianza como tocar el brazo suavemente del interlocutor, hablar pausadamente y dejar que se exprese libremente sin interrumpirlo, mirándolo a los ojos, pero sin una mirada desafiante, sino de compresión, puede revertir una situación incómoda para todos.
Hemos de ser conscientes de la importancia que la comunicación no verbal tiene en el desempeño de las funciones laborales del personal de gestión y servicios.
Con la experiencia se consigue una mejor comunicación no verbal.
Antiguamente no se daba la importancia que tiene esta forma de comunicación, pero con el tiempo ha quedado demostrado que es de gran ayuda en la interacción con pacientes y familiares y que ayuda tanto al personal como al usuario.

5 Discusión-Conclusión

Está demostrado que la comunicación no verbal es fundamental para emitir el mensaje que se quiere trasladar al receptor.
El personal de gestión y servicios ha de ser consciente de la importancia que tiene saber manejar la comunicación no verbal en el desarrollo de su trabajo, trabajar en ello para que no solo la voz transmita lo que deseamos expresar, y no lleguen mensajes contradictorios, lo que expresamos con la voz ha de ser reafirmado con nuestro lenguaje no verbal.
Se ha de trabajar en mejorar la comunicación no verbal, ya que es algo que por norma general nos sale de forma innata, y podemos desvirtuar el mensaje que queremos transmitir por nuestras muecas, gestos etc.
Ha de darse la importancia que tiene a esta forma de comunicación porque saber dominarla y usarla ayudara en el trato tanto de familiares como de usuarios y revertirá situaciones desagradables, que por las circunstancias y estrés que el paciente y allegados puedan estar padeciendo.

6 Bibliografía

1. Relaciones en el equipo de trabajo (Mc Graw Hill)
2. www.//gacetasanitaria.org/es-barreras-comunicación-verbal-satisfacción-del-articulo.

3. https://intramed.net/80776.
4. https://revistamedica.com/comunicación-verbal-no-verbal/

Capítulo 147

EL PINCHE Y LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS EN CENTROS HOSPITALARIOS

ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ

ELENA LÓPEZ RAMÍREZ

JUANA MARI FUEGO GIL

ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARIA JIMENEZ BERNAL

1 Introducción

Los pinches y cocineros son el personal responsable de manipular los alimentos dentro de las cocinas hospitalarias, su papel es fundamental ya que se ha demostrado que existe relación entre un inadecuado procesamiento de los alimentos y la transmisión de enfermedades a través de estos.
Para evitar que esto ocurra la manera más eficaz para conseguirlo es evitándolo gracias a las medidas de seguridad e higiene que debemos adoptar.
Es necesario que los pinches de cocina conozcan los correctos procesos de preparación y conservación de los alimentos, y los adopten siempre que desarrollen sus actividades en los centros hospitalarios.
Existe una normativa vigente:

La normativa de protección de los consumidores establece como derecho básico de los consumidores, el de la «protección contra los riesgos que puedan afectar su salud o seguridad» (artículo 8 Real Decreto Legislativo 1/2007*).

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) una de las causas mundial a nivel que más enfermedades provoca están causadas por alimentos que se encuentran contaminados.

Debemos de tener en cuenta que las personas que van a consumir los alimentos, son pacientes que tienen su estado de salud comprometido, además se ha demostrado científicamente que la correcta alimentación y nutrición de los pacientes ayuda a que se recuperen de manera más rápida.

2 Objetivos

Identificar cuáles son las medidas que deben de adoptar los pinches dentro de las cocinas hospitalarias para una correcta manipulación de alimentos.

3 Metodología

Para elaborar el presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica consultando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar
Además se ha consultado la literatura científico-sanitaria existente en referencia con la manipulación de alimentos dentro de los centros hospitalarios.

4 Resultados

Los cuidados principales que debe de adoptar el pinche para una correcta manipulación de alimentos son los siguientes:
-HIGIENE: Lo primero que debemos de realizar es un correcto lavado de manos, con jabón y agua caliente y secar con un papel desechable. Utilizaremos apósitos para cubrir cualquier herida que tengamos.
Se realizará antes y después de la manipulación de alimentos
Las uñas deben de estar cortas y limpias, además utilizaremos un gorro para ponerlo en la cabeza para así evitar que el pelo caiga a la comida.

-SALUD: Debemos de tener en cuenta con aquellos alimentos que estén crudos o poco cocinados, ya que no están libres de bacterias o gérmenes.
Se recomienda que los alimentos que se encuentren cocinados no estén en contacto con los que están crudos.

-PREPARAR ALIMENTOS: Todos los utensilios que vayamos a utilizar para el procesamiento de los alimentos deben de estar limpios, para ello es importante que la temperatura llegue alcanzar los 70º para así podernos deshacer de los gérmenes patógenos.
Debemos de tener en cuenta que los alimentos no alcancen temperaturas de entre 10º y 60º ya que ha esta temperatura se favorece que los microorganismos se multipliquen rápidamente.

-ENFRIAR ALIMENTOS: Si la comida que se ha preparado no se va a consumir de manera inmediata, deberemos conservarla en el frigorífico, y se debe de consumir en las próximas 24 horas.
Si por lo contrario, queremos que los alimentos nos duren más tiempo, debemos de congelarlos, la temperatura adecuada es no más de -18º.
No se recomienda dejar los alimentos a temperatura ambiente, porque se favorece que las bacterias crezcan más rápidamente.

Debemos de tener en cuenta que en la cocina no haya ningún tipo de insecto, ya que estos son propensos a trasmitir enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

Los pinches tienen un papel fundamental dentro de las cocinas hospitalarias, deben de tener en cuenta cumplir las normas y realizar una correcta manipulación de alimentos.
Debemos de tener en cuenta que los usuarios que reciben la comida que procesamos, son pacientes que tienen algún tipo de patología y que cualquier fallo que cometamos al realizar un inadecuado procesamiento de los alimentos, puede afectar directamente en su estado de salud.
Algunas de las medidas que debemos de tener en cuenta son: Adoptar una correcta higiene tanto personal como de manos, preparar los alimentos y cocinarlos, enfriar rápidamente los alimentos cocinados, manipulación de huevos frescos, evitar la presencia de insectos en las cocinas.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/higiene-cocina-personal/
https://www.monografias.com/docs/Manipulacion-De-Alimentos-En-Hospitales-P36RX5YMY
https://www.euroinnova.edu.es/blog/importancia-de-la-manipulacion-de-alimentos

Capítulo 148

EL PINCHE Y LOS INSTRUMENTOS QUE SE UTILIZAN DENTRO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS

ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ

ELENA LÓPEZ RAMÍREZ

JUANA MARI FUEGO GIL

ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARIA JIMENEZ BERNAL

1 Introducción

El pinche debe de disponer como en cualquier otro trabajo, de las herramientas y útiles necesarios para el buen desarrollo de sus funciones. Necesitaremos conocerlas características principales así como saber los materiales de los que están hechos los instrumentos con los que desarrollaremos nuestras actividades dentro de las cocinas hospitalarias, así como saber diferenciarlos entre máquinas, aparatos de frio o calor, y menaje

La clasificación general de los utensilios es: recipientes gastronorm, accesorios, recipientes de cocción y otras herramientas.

Deberemos de tener en cuenta extremar las precauciones a través del conocimiento de los útiles y su función para así evitar cualquier tipo de contaminación, o que los instrumentos con los que trabajamos sufran algún tipo de deterioro.

Cualquier utensilio que se utilice dentro de las cocinas hospitalarias debe de ser apto para tratar los alimentos de forma adecuada en las diferentes etapas para así evitaremos cualquier tipo de contaminación accidental.
Es importante conocerla tipología de las diferentes herramientas que componen las cocinas hospitalarias, y tener precaución y especial atención a la hora de realizar una correcta manipulación de alimentos, ya que los pacientes presentan un delicado estado de salud, y un fallo podría desencadenar en que estos sufrieran un empeoramiento de su enfermedad de base.

2 Objetivos

Identificar cuáles son los principales herramientas, menaje, máquinas y útiles que se encuentran dentro de la cocina hospitalaria y son utilizados por los pinches de cocina

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: Google Scholar, Pubmed, Scielo, Medline.
También se ha revisado la literatura científico-sanitaria existente en referencia con las herramientas que se utilizan dentro de las cocinas hospitalarias.

4 Resultados

Existen unas características comunes con los que están fabricados los útiles o menaje de cocina, estos tienen que ser:
-No liberar sustancias tóxicas, aun expuestos a altas temperaturas
-Deben de ser resistentes a la corrosisión
-Tienen que ser fáciles de lavar y desinfectar
-Su composición debe de ser inalterable

Los pinches de las cocinas hospitalarias, debe de conocer las clasificación de herramientas y saber con que fin fue creado esos instrumentos. Primeramente podemos diferenciar entre: maquinaría, útiles y herramientas.
Recipientes de cocción: En esta clasificación podemos encontrarnos la besuguera se utiliza para poder cocinar pescados en el horno, la brasera podremos utilizarla para hornear piezas grandes de carne, marmita utilizada para la preparación de

hervidos y caldos, y el rondón que sirve para colocar aquellos alimentos que no se pueden colocar unos encima de otros.
En cuanto a la clasificación de los accesorios encontramos la araña que nos permitirá extraer los alimentos de los líquidos calientes, batidor, escurridores, embudos, brocheta.

Recipientes Gastronorm: estos recipientes se utilizan para introducir alimentos en aparatos tanto de calor como de frio.

Otras herramientas que utilizamos dentro dentro de las cocinas hospitalarias: chaira, cuchillo, mandolina, espalmadera. Resulta interesante por la frecuencia de su uso que se conozcan los diferentes cuchillos que existen y que deberemos de utilizar en su caso correspondiente, estos son: cebollero, cuchillo de cocinero, deshuesador, cuchillo jamonero, cuchillo de pescado, cuchillo de sierra, cuchillo trinchero, la macheta y la puntilla.

Existen unas recomendaciones principales que deberemos de tener en cuenta:
- No almacenaremos lácteos, pescados, y carnes juntos
-Deberemos de tener en cuenta a la hora de su almacenaje y procesamiento no mezclar aquellos alimentos cocinados con los que todavía estén crudos.
-Otra recomendación que deberemos de tener en cuenta es que a la hora de su almacenaje no mezclaremos los alimentos de origen animal con los de origen vegetal.

5 Discusión-Conclusión

Después de realizar el presente trabajo de investigación, podemos decir que los útiles, herramientas y máquinas que se encuentran en las cocinas hospitalarias deben de cumplir unas características, entre ellas están:
Deben de ser fáciles de desinfectar y no ser tóxicos así evitaremos que exista una contaminación de alimentos.
Se debe de disponer del material suficiente para que los alimentos sean tratados en sus diferentes etapas de una forma correcta.
El pinche de cocina deberá de conocer la clasificación de todas las herramientas que componen las cocinas hospitalarias, así como saber para que esta destinado cada utensilios, y tener especial atención para evitar cualquier tipo de contaminación cruzada.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/clasificacion-menaje-cocina-hospitalaria/
https://revistamedica.com/clasificacion-menaje-cocina-hospitalaria/menaje-cocina-hospital/
https://docplayer.es/23427655-Equipamiento-de-la-cocina-hospitalaria.html

Capítulo 149

EL PINCHE Y LA ELABORACION DE UN PLAN DE HIGIENE Y DESINFECCION EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ

ELENA LÓPEZ RAMÍREZ

JUANA MARI FUEGO GIL

ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARIA JIMENEZ BERNAL

1 Introducción

Para que las cocinas hospitalarias tengan unas condiciones de higiene y seguridad básica para todos sus pacientes será necesario realizar una correcta limpieza y desinfección de las cocinas, de los útiles y de las máquinas que utilizamos para la elaboración de las comidas.
Debemos de establecer un plan de limpieza y desinfección adaptado ya que se manipulan muchos alimentos que posteriormente ingieren los pacientes, si estos no se encuentran en buenas condiciones puede desencadenar en que los mismos sufran infecciones, o contaminaciones por alimentos o por no haber realizado una desinfección correcta de las cocinas.

Existe una normativa vigente en España, estableciendo diferentes normas que pueden variar dependiendo de en que comunidad autónoma nos encontremos. Una de las principales normas es que cualquier persona que vaya a manipular alimentos debe de contar con dicho carnet que le autorice para realizar esas actividades.
Lo primero que debemos de realizar es limpiar retirando así los restos de suciedad, grasa y comida que pudiera haber, ya que estos pueden actuar como soporte de crecimiento de microorganismos, posteriormente se realizará la desinfección para así eliminar cualquier tipo de microorganismos o bacterias.
Para poder desinfectar de manera correcta se deben de utilizar sustancias activas con acción viricida de amplio espectro, así evitarán cualquier tipo de transmisión, ya que serán los encargados de destruirlos.

2 Objetivos

Identificar los planes de desinfección y limpieza que debemos de establecer dentro de las cocinas hospitalarias, así como más concretamente de los útiles, menaje y maquinaria que componen la misma.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una exhaustiva búsqueda de información utilizando las bases de datos más importantes: Google Scholar, Medline, Pubmed, Scielo.
También se ha buscado información en la literatura científico sanitaria existente en referencia con la desinfección y limpieza dentro de las cocinas hospitalarias.

4 Resultados

Para poder establecer un plan de higiene y desinfección dentro de las cocinas hospitalarias debemos de tener en cuenta las siguientes recomendaciones:
-Capacitar al personal encargado de la desinfección y limpieza.
-Después de la realización de la elaboración se debe desinfectar todos los instrumentos que hayamos utilizado antes de volver a usarlo
-Demos de hacer especial hincapié en el secado para que no quede humedad, ya que la humedad es un medio favorable para el crecimiento de microorganismos.

-Desinfección diaria de los utensilios y materiales reutilizables, sustituyendo fregonas, bayetas, estropajos, cuando esto sea necesario
-Se facilitará la renovación del aire de aquellos espacios en los que trabajamos, de manera natural o forzada según las características del establecimiento donde nos encontremos.
-Se realizará la comprobación de que las barreras que se establecen para el control de plagas se encuentran en un estado adecuado.

Por último lugar debemos de higienizar todos los útiles, máquinas y menaje que utilizamos para preparar la comida, así como las bandejas de cada paciente, para el próximo turno.
Utilizaremos medios mecánicos dispensando detergente y alcanzando temperaturas elevadas superiores a 82ºC-85ºC.
Los utensilios de cocina deben de cumplir una serie de requisitos, estos deben de ser fáciles de desinfectar, así descartaremos materiales como la madera.
Se debe disponer de un fácil acceso para favorecer la limpieza y desinfección
Aquellas zonas donde se manipulen los alimentos deberán de disponer de agua fría y caliente, bactericida y toallas de un solo uso.
El lugar donde almacenamos la comida debe de ser un sitio fresco y que esté correctamente ventilado
Los recipientes de basura deben de ser fáciles de lavar y de disponer de pedal para su acción.
Se debe de realizar una correcta higiene y desinfección de todos los componentes de las cocinas hospitalarias, es decir, del menaje, útiles, instrumentos y maquinaría que se utilizan tanto para la elaboración como para servir la comida a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Entendemos por limpieza al procedimiento por el que eliminamos toda la suciedad y los restos de la materia orgánica de una superficie.
Definimos desinfección en el procedimiento que consiste en utilizar un producto químico para que la superficie quede limpia y así quede libre de microorganismos.
Debemos de tener en cuenta de que en las cocinas hospitalarias se debe de establecer un plan de higiene y desinfección que debemos de adoptar como integrantes del equipo, para evitar que se propague cualquier tipo de infección o enfermedad por una mala praxis, ya que la comida que servimos en los centros sanitarios se le proporciona a pacientes que tienen comprometido su estado de salud.

6 Bibliografía

https://www.megaservicelimpiezas.com/programa-de-limpieza-y-desinfeccion-para-restaurantes-y-sus-cocinas/
https://phsserkonten.com/programa-de-limpieza-y-desinfeccion-de-restaurantes/
https://empresaylimpieza.com/art/915/limpieza-y-desinfeccion-de-cocinas

Capítulo 150

AGRESIONES AL PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS: UN PROBLEMA EN AUGE

VERÓNICA BUSTELO HAMED

MARIA ARIAS ALONSO

CRISTINA GARCIA ALVAREZ

ROCÍO ALVAREZ GONZÁLEZ

PAULA GARCÍA GARCIA

1 Introducción

Las agresiones al personal sanitario están de actualidad. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) considera que las profesiones relacionadas con el sector servicios, por el estrecho contacto que mantienen con usuarios y clientes, tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia por parte de los ciudadanos. Además, define violencia laboral como "toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante la cual una persona es amenazada, humillada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma". En los últimos años se ha producido un incremento de la violencia hacia los profesionales sanitarios sin precedentes. En épocas anteriores, los médicos y enfermeras y demás profesionales de la sanidad eran muy respetados socialmente y, por lo tanto, era un acontecimiento rarísimo

las agresiones a este personal. Debido a la eclosión de la violencia en España hacia el personal sanitario que comenzó en los años 80, siguió aumentando en los 90 y ha alcanzado proporciones preocupantes en el siglo XXI. A pesar de ello, no ha habido registro de agresiones al personal sanitario hasta hace poco. El personal en muchas ocasiones no sabe como actuar, no entiende la situación que está viviendo.

2 Objetivos

Determinar las medidas que los profesionales tienen a su disposición para prevenir las potenciales agresiones en el desempeño de su trabajo e identificar los signos de alarma ante una persona agresiva.

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 ámbito de las relaciones entre pacientes y demás usuarios de centros sanitarios y el personal que trabaja en ellos es complicado. Hay muchos factores involucrados, como el nerviosismo, la incomprensión de los mecanismos de atención sanitarios o las normas internas de los hospitales que pueden causar malentendidos e incluso agresiones, bastante comunes, por parte de los usuarios hacia los profesionales. La agresividad tanto verbal como física de los usuarios y familiares del sistema sanitario ha aumentado significativamente en los últimos años. Esta tendencia genera una situación de malestar, mayor presión laboral y aumento del número de bajas laborales. Por todo ello es muy recomendable seguir una serie de pautas y protocolos de actuación ante las agresiones al personal. Los profesionales sanitarios disponen de programas y guías de prevención contra agresiones, aunque falta difusión de los mismos. Un estudio muestra mayor violencia en el ámbito de atención primaria que en especializada. Como signos de alarma ante

una potencial agresión tendríamos: fijar la mirada, ligera posición del cuerpo hacia adelante, elevación de la respiración, visible agitación, elevación del tono de voz, entre otras. El paso previo de la prevención de agresiones es la formación de los profesionales: debemos saber analizar y planificar nuestra respuesta a una agresión, reconociendo en el usuario síntomas de agitación y nerviosismo que pueden acabar lanzando una respuesta agresiva por su parte. Estamos hablando de un problema que tenemos los trabajadores de hospitales y para tener una solución es necesario contar con la colaboración de la ciudadanía, de los propios profesionales y de los medios de comunicación, una buena medida sería un observatorio para el personal que facilitaría las actuaciones pertinentes y la detención precoz de estos problemas.

5 Discusión-Conclusión

Para conseguir lugares de trabajo libres de violencia, es necesaria la implicación de administraciones, autoridades, organizaciones y trabajadores en la elaboración de protocolos de actuación efectivos frente a este tipo de agresiones. Abordar de forma integral la defensa de los profesionales y así proporcionar a los ciudadanos un ambiente relajado. Lograr un estado de salud físico y mental óptimo en relación con el trabajo. Proteger a los profesionales de las agresiones, mediante los medios disponibles. Prevenir acciones que pongan en riesgo a los profesionales. Mejorar los sistemas de citaciones con el objetivo de agilizar los trámites al usuario. Se hace por tanto imprescindible: Fomentar un medio ambiente seguro y saludable. Priorizar la investigación de las causas de las agresiones y su vinculación con la organización del trabajo. Fomentar políticas y planes que prevean las agresiones desde la cultura de la tolerancia cero. Evaluar las medidas preventivas adoptadas para comprobar su eficacia.

6 Bibliografía

Martínez León M. El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso de España. Revista Bioética. 2010 Junio; 18(2).
INSHT (2011) AIP.201 - Modelo operativo para la gestión de la violencia ocupacional de origen externo (MOVOE1). Madrid, INSHT.
Cervantes, G.; Blanch, J.M.; Nogareda, C. y Fidalgo, M. (2016) Modelo operativo para la gestión de la violencia ocupacional de origen externo (MOVOE2). Barcelona, Societat Catalana de Salut Laboral (SCSL).

Comisión de Recursos Humanos del SNS (2019). Informe del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Capítulo 151

PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS: EL ESTRÉS COMO ENFERMEDAD

CRISTINA GARCIA ALVAREZ

ROCÍO ALVAREZ GONZÁLEZ

PAULA GARCÍA GARCIA

VERÓNICA BUSTELO HAMED

MARIA ARIAS ALONSO

1 Introducción

El estrés en el personal sanitario y no sanitario es la respuesta ante una situación incómoda y desagradable (exceso de trabajo, inestabilidad laboral, etc). Los síntomas del estrés pueden ir desde un ligero mal humor, hasta fuertes depresiones y suelen ir acompañados de debilidad física y agotamiento. El estrés no siempre es negativo, pues también existe el positivo, el estrés es cuando nuestro organismo reacciona con motivación ante una dificultad, de tal manera que la tensión que sentimos nos resulta estimulante, pues consideramos que esa tensión va a ir acompañada de algún tipo de recompensa. El estrés actúa como un estimulante que nos despierta y activa, un ejemplo, el estrés que desencadena durante tu primer día de trabajo. El estrés laboral negativo o distrés: cuando dicho estrés dura semanas o meses, se intensifica con el paso del tiempo y comienza a interferir en la salud del trabajador. La situación excepcional que vivimos los profesionales del entorno sanitario nos ha llevado a potenciar las situaciones de

ansiedad y estrés de forma extraordinaria. El exceso de trabajo, la inestabilidad laboral, la variación de puestos, el ambiente de trabajo, la falta de apoyo de los superiores, la conciliación familiar, la falta de información o material y la constante incertidumbre merman la capacidad de trabajo de todo el personal.

2 Objetivos

Estudiar el estrés como riesgo psicosocial y sus efectos sobre el personal en los centros sanitarios.
Determinar la influencia del estrés laboral en el desempeño de funciones de los trabajadores y trabajadoras de centros sanitarios.
Conocer sus causas y el grado de estrés al que se puede llegar.

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 estrés laboral es la respuesta física y emocional a un daño causado por las exigencias del trabajo. Se considera un riesgo psicosocial. Factores de riesgo: los derivados de las condiciones del trabajo y su organización y los factores personales. Causas: Excesiva responsabilidad, falta de autocontrol, relaciones humanas problemáticas, condiciones laborales insatisfactorias… Consecuencias: Físicas(cefaleas, hipertensión…), psicológicas (ansiedad, miedos, trastornos de la personalidad, depresión…) y para la organización (disminución de la producción, mayor número de accidentes…) Acciones: Sensibilizar; realizar campañas informativas sobre el estrés. Gestión de riesgos. Plan de prevención. Incentivar a las organizaciones sanitarias para que generen entornos de trabajo satisfactorio y estimulante y con un entorno positivo. Toma de decisiones participadas por los trabajadores Reducir y eliminar los focos generadores de estrés. Suprimir estigmas y discriminaciones. Generar y aplicar políticas de salud y bienestar Seguimiento del

impacto de estas políticas e intervenciones. Apuntar la utilidad de que profesionales de salud mental estén siempre cercanos al personal sanitario y no sanitario en contacto con pacientes Covid. Una cabeza en buenas condiciones nos permitirá controlar la negatividad, rebajar los niveles de ansiedad y realizar un trabajo digno. No a todas las personas les afectan estas causas de la misma forma, por ejemplo, unas son capaces de no dejarse llevar por un mal ambiente entre compañeros, mientras que para otros, esta situación puede ser insostenible. Se ha demostrado que las técnicas de relajación y la actividad física pueden ayudar a reducir el estrés. No debemos permitir que el estrés laboral tenga un efecto negativo en nuestra salud. Existen maneras de las que se puede aprender a manejar el estrés laboral, tales como tomarse un descanso, establecer metas razonables y poniéndose un límite, organizarse, hacer cosas que disfrutemos, aprovechar el tiempo libre, hacer ejercicio regularmente y utilizar técnicas de relajación.

5 Discusión-Conclusión

El estrés y la ansiedad son patologías que siempre estarán en nuestra vida diaria, antes de que llegara la pandemia y cuando consigamos erradicarla. Como seres humanos tenemos la capacidad de adaptarnos y aprender de las nuevas situaciones y disponer de ayuda psicológica para cuidar de nuestra salud emocional, contar con espacios de descanso adecuados en nuestro centro de trabajo, el liderazgo en la transmisión de información e instrucciones de los mandos, la planificación de las actuaciones, disponer de EPI suficientes a la hora de realizar nuestro trabajo, la claridad en las instrucciones al personal, combatir noticias falsas o inadecuadas y la formación continua son factores esenciales que nos ayudaran a rebajar el estrés y la ansiedad.
Es necesario implementar medidas preventivas frente al estrés aplicando medidas organizativas y colectivas preferentemente antes que individuales. Una buena estructura y organización laboral es una de las claves principales para minimizar y evitar el estrés laboral en el personal.

6 Bibliografía

Sandín, B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales.

Lazarus, R.S., Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. España: Ediciones Martínez Roca; 2011.

Castillo Avila, I.Y., Torres Llanos, N., et al. Estrés laboral en enfermería y factores asociados. Uninorte. 2014; 30(1): 34-43.
Morán, C. (2012). El estrés laboral. Una psicología en el ámbito laboral. Competencias para Recursos Humanos (pp. 209-230). Salamanca: Amarú.
Peiró, J. M. (2000). Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Ediciones Pirámide.
Griffiths, A., Leka, S., & Cox, T. (2004). La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales. Serie Protección de la Salud de los Trabajadores, 3, 1-26.

Capítulo 152

LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO:LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS EN EL PERSONAL HOSPITALARIO

TANIA MUÑIZ DÍAZ

TERESA ÁLVAREZ BERDASCO

ANA SUÁREZ GARRIDO

BÁRBARA ROBERT BALAGUER

NATALIA NAREDO RUBIO

1 Introducción

Para el buen funcionamiento de cualquier empresa o Administración Pública, es fundamental el cuidado de su capital humano, esto es, de sus empleados, lo cual contribuirá al desempeño de su actividad laboral. Por esta razón la prevención de riesgos laborales es crucial para mantener la seguridad del trabajador en el ámbito profesional.

En nuestro país, toda empresa por reducida que sea o Administración Pública, está obligada a cumplir con la normativa prevista para ello. La Ley 31/1995, de 8

de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, trata de profundizar y desarrollar el mandato constitucional contenido en el artículo 40.2 de la Constitución Española, en el que se confía a los poderes públicos supervisar la seguridad e higiene en el trabajo. Esta ley se ve completada por la publicación sucesiva a lo largo de los años, de Reales Decretos, que van desde la aprobación del Reglamento de los Servicios de Prevención en 1997 hasta el más actual concretamente de 2010 en el que se adapta la legislación de riesgos laborales a la Administración General del Estado. Toda esta legislación recoge los derechos y obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales y está adaptada a la normativa europea. Es importante destacar que la prevención de riesgos laborales tiene como objeto la protección de la salud de los trabajadores ante los riesgos derivados de las condiciones de trabajo. En este capítulo, nos centraremos en los riesgos laborales relacionados con las tareas administrativas del personal hospitalario.

2 Objetivos

Los objetivos que pretendemos con este capítulo son:
• Identificar los riesgos laborales relacionados con las tareas administrativas del personal hospitalario.
• Comprender la necesidad de creación de un marco normativo que regule la seguridad en el trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos utilizado distintos buscadores de internet, concretamente, Google Scholar, herramienta de búsqueda especialmente orientada a artículos de índole académico. Asimismo, hemos utilizado distintas fuentes para complementar la información y contrastar detalles en webs especializadas.

4 Resultados

Como hemos resaltado a lo largo de este capítulo, vamos a centrarnos en los riesgos laborales que pueden afectar a las funciones administrativas en al ámbito sanitario, que pueden ser de distintos tipos a saber:

• Ergonómicos: son aquellos ocasionados por las distintas posturas poco apropiadas adoptadas a lo largo de la jornada laboral, así como un trabajo repetitivo contribuyen a ello. Los administrativos y auxiliares pasan gran parte del tiempo sentados frente a un ordenador por lo que es importante contar con una buena silla de oficina que nos permita mantener la espalda recta y realizar nuestra jornada de manera cómoda. Una iluminación deficiente, ambiente ruidoso, al igual que permanecer varias horas mirando la pantalla del ordenador contribuyen a intensificar la probabilidad de enfermedades laborales. También podemos encuadrar dentro de esta tipología aquellos movimientos relacionados con los levantamientos de pesos, desplazamientos de carga etc.
• Psicosociales: son los ocasionados por un diseño organizativo y de gestión incorrecto pudiendo repercutir negativamente en el ámbito psicológico, físico e incluso social. Entre ellos, podemos ver como el personal administrativo puede sufrir de estrés, burnout debido a cargas excesivas de trabajo, inseguridad en el empleo, comunicación inadecuada con sus superiores o en su función de atención al público etc. Es importante mencionar tanto el acoso psicológico y sexual ejercicio por terceros.
• Seguridad: son los más apreciables, puesto que pueden ser apreciados por cualquiera. Caídas en distinto nivel al tropezar con algún obstáculo (cables) o golpes, pisar sobre una superficie húmeda, cortes y caídas a distinto nivel son riesgos que podemos encontrar entre los más frecuentes del colectivo que nos atañe. También podemos encuadrar aquellos relacionados con el contacto eléctrico o contaminantes.

Tras la identificación de cada uno de los tipos de riesgos, es fundamental reseñar la importancia de un marco normativo que regule la seguridad del trabajador. Son las empresas y Administraciones Públicas las que mediante cursos, planes e inversión deben velar y proveer de los medios físicos y técnicos, así como de la formación necesaria para implementar su uso, en aras de un desarrollo saludable del trabajo. Con la mejora de las condiciones laborales obtendrán un mayor beneficio y rendimiento en las tareas de sus empleados o funcionarios públicos.

La normativa española en este sentido es muy amplia, como indicamos anteriormente aparte del artículo 40.2 de la Constitución y de los Reales Decretos, contamos con menciones en el Estatuto de los Trabajadores y en la normativa comunitaria.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de este capítulo hemos visto los diferentes riesgos laborales a los que se enfrenta el personal hospitalario en sus labores administrativas, similares a los de cualquier otro contexto. Con su exposición tratamos de advertir aquellos riesgos que pueden parecernos "invisibles" como los psicosociales muy presentes en el mundo actual en donde el estrés es uno de los principales motivos de absentismo laboral.

Por otro lado, la legislación en España al respecto pretende supervisar a las empresas y Administraciones para que se lleven a cabo políticas y planes de prevención que contribuyan a fomentar el bienestar del trabajador. Este control es esencial porque a través del Estado de Derecho se garantiza la seguridad y los derechos de los trabajadores, en nuestro caso, empleados públicos. Se debe seguir investigando y atendiendo a posibles nuevas situaciones que impidan el normal desarrollo de las funciones profesionales, por tanto no debemos bajar la guardia en un campo en constante cambio.

6 Bibliografía

1. Normativa de Prevención de Riesgos Laborales. [Internet] [Citado el 9 de noviembre de 2022] en: https://www.insst.es/normativa

2. Normativa de Prevención de Riesgos Laborales.[Internet] [Citado el 9 de noviembre de 2022] en: https://envira.es/es/normativa-prevencion-riesgos-laborales/

3. Riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo. [Internet] [Citado el 9 de noviembre de 2022 en: https://osha.europa.eu/es/themes/psychosocial-risks-and-stress

Capítulo 153

AUTOCUIDADOS EN LOS PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS DEL ÁMBITO SANITARIO: SITUACIONES DE MOBBING O ACOSO LABORAL

BEATRIZ MONTEQUIN IGLESIAS

1 Introducción

El fenómeno del mobbing puede definirse como aquella conducta de hostilidad e intimidación hacia un trabajador, ejercida en la mayor parte de los casos por un superior jerárquico, pero también por alguien de su mismo nivel profesional, e incluso por un subordinado, de forma deliberada, repetitiva y prolongada en el tiempo, con la intención clara de dañar moral y psicológicamente a la víctima.

Esta situación de acoso puede adoptar múltiples versiones: asignación de tareas excesivas o con plazos de ejecución demasiado cortos, maltrato verbal, difamación, infravaloración del esfuerzo realizado o atribución de los logros a otras personas, etc.

Desgraciadamente, el mobbing es un fenómeno global en aumento en una sociedad cada vez más competitiva, que se encuentra presente en todos los sectores profesionales, incluido el sanitario. Su objeto es conseguir que la víctima adapte su conducta y comportamiento a los intereses de quienes lo ejercen, los cuales pueden coincidir o no con los de la organización: sumisión, esclavismo laboral, abandono del puesto voluntariamente, etc.

El auxiliar administrativo del ámbito sanitario debe mantenerse atento a estas situaciones, ya no solo como posible víctima de las mismas, sino como colaborador en su detección y transmisor de las mismas a las instancias oportunas, ayudando de esta forma a restablecer un adecuado clima laboral que permita el desarrollo profesional y humano de todos los implicados.

2 Objetivos

· Identificar los comportamientos y actuaciones asociados a una situación de acoso laboral.
· Reconocer las consecuencias físicas y psíquicas que puede sufrir la víctima de mobbing.

3 Metodología

Para la redacción de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de información online sobre el acoso laboral que ha permitido consultar diversos artículos publicados en revistas, congresos e informes sobre la materia.
También se han revisado libros y material escrito correspondiente a diversos cursos relacionados con la prevención de riesgos y los autocuidados en los profesionales.
Palabras clave: acoso, hostilidad, jerarquía, conducta, prevención, maltrato psicológico.

4 Resultados

Todos podemos ser víctimas de acoso laboral, pero diferentes estudios han puesto de manifiesto varias circunstancias que debemos tener en cuenta:

- Más de la mitad de las víctimas son mujeres, y también más de la mitad son jóvenes por debajo de 30 años.
- El mobbing afecta más a trabajadores temporales que a trabajadores fijos.
- Solo un tercio de quien lo padece lo afronta, actuando con decisión ante su agresor. La mayor parte adopta una actitud pasiva, sin denunciar la situación, intentando sin lograrlo que el acosador desista de su actitud por sí mismo.
- Igualmente, solo un porcentaje muy reducido de compañeros apoya a la víctima frente al hostigador, permaneciendo el resto impasibles ante el acoso.

Las consecuencias de vivir una situación de mobbing prolongada en el tiempo son muy graves para quien la padece. Algunas son de tipo físico (cansancio, problemas cardiovasculares y gástricos, alteraciones del sueño y del apetito, etc.) y otras de tipo psicológico (llanto continuo, ansiedad, nerviosismo, apatía, sentimientos de aislamiento e indefensión, depresión, dificultad para concentrarse, etc.).

Pero el enrarecimiento del clima laboral y el incremento de las bajas, del absentismo y de la accidentabilidad representan también un coste importante para las empresas que no se debe menospreciar.

Los comportamientos asociados al mobbing que más repetidamente relatan las víctimas son los siguientes:

- Ninguneo, aislamiento del resto de compañeros.
- Infravaloración de los logros y dramatización del más mínimo error.
- Limitación de las posibilidades de comunicarse con compañeros y con su superior.
- Asignación de trabajos por debajo de sus capacidades o cargas de trabajo excesivas con plazos de ejecución muy cortos.
- Menosprecios a la víctima públicamente, etc.

El proceso suele pasar por tres fases: una primera de conflicto o choque entre las partes (hostigador y hostigado), otra de acoso propiamente dicho (donde se manifiesta el hostigamiento hacia la víctima) y una última de intervención (cuando la conducta ya es conocida por la empresa y ésta interviene investigando y aplicando diversas medidas).

Para combatir de forma efectiva este tipo de situaciones es preciso contar con una política de Recursos Humanos que fomente el apoyo entre los trabajadores y no una competitividad excesiva; que revise el clima laboral de forma periódica; que promueva la comunicación de estas situaciones a las instancias oportunas y que responda enérgicamente ante ellas y ante el agresor.

5 Discusión-Conclusión

El acoso en el trabajo es probablemente la situación laboral que más estrés produce y que conlleva mayores problemas de salud tanto física como psicológica para quien lo sufre.

Sus víctimas son tanto personas brillantes, eficaces y trabajadoras, que represen-

tan una amenaza para el status actual del agresor, como personas vulnerables que se convierten en una presa fácil para descargar en ella las frustraciones personales.

Para minimizar estas actuaciones no basta con sancionarlas, ya sea de forma interna o por vía judicial.
Se debe partir de una cultura preventiva, con actividades de información y difusión entre el personal, de una evaluación de los riesgos psicosociales y de la creación de un clima laboral de colaboración y respeto entre todos los miembros del equipo.

6 Bibliografía

· https://revistamedica.com
· https://www.bizneo.com/blog/acoso-laboral-tipos-y-como-combatirlo/

· Comunicación y atención al usuario en situaciones conflictivas. Manual formativo FYSA (Formación y Sanidad), 2010.

· Piñuel, I. "Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo". Ed. Sal Terrae.

· Informe Cisneros II sobre violencia en el entorno laboral de las Administraciones Públicas.

Capítulo 154

ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO ANTE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

NURIA CASTAÑO ÁLVAREZ

1 Introducción

La violencia contra la mujer es definida por la ONU en 1995 como: "Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada".

Tanto el personal sanitario como no sanitario, desde la posición privilegiada que les otorga su puesto de trabajo, deben estar preparados para identificar y detectar precozmente las situaciones de violencia de género, así como actuar eficazmente, proteger y calmar a las víctimas que puedan llegar al centro sanitario en dicha situación.

Es de vital importancia por tanto, estar alerta ante posibles signos y síntomas de maltrato que nos puedan hacer sospechar que esa persona se encuentra en situación de riesgo.

Como profesionales sociosanitarios debemos estar preparados para saber comunicar de manera adecuada ayudando así a entender su malestar y poder aliviar, no restando nunca importancia a la situación y manteniendo siempre la confidencialidad y privacidad de la información que se obtiene.

De obligado cumplimiento es no solo asistir sino también denunciar los casos que se pudieran dar para poder dar una respuesta adecuada a los casos que se nos puedan presentar.

2 Objetivos

Determinar las pautas de actuación sanitaria ante posibles casos de violencia de género, para que tanto el personal sanitario como no sanitario sepa dar una respuesta adecuada.

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. Protocolos sanitarios nacionales y autonómicos y la legislación vigente en el marco Europeo en violencia de género.

4 Resultados

La detección precoz de los casos de violencia de género es una prioridad para su abordaje en los servicios sanitarios. Es de vital importancia reconocer la situación de vulnerabilidad en que se encuentra la víctima a su llegada. Se trata por tanto de una búsqueda de signos, síntomas o conductas que sean susceptibles de sospecha. Se hace imprescindible la implicación de todo el personal de los servicios sanitarios ya que las necesidades de las mujeres tienen un carácter multidimensional. Las intervenciones sanitarias han de realizarse desde un modelo de atención integral y han de tener en cuenta tanto aspectos biológicos como sociales y psicológicos.

El personal de un centro sanitario, ante cualquier sospecha de un caso de violencia de género debe:
-Procurar una entrevista a la víctima, en solitario, reconociendo su situación y dándole la suficiente confianza y tranquilidad para que no se sienta cohibida.
-Preguntar sobre el hecho sin hacer ningún tipo de juicio de valor.
-Estar alerta ante posibles signos y síntomas.

-Hacer seguimiento.
-Actuar de forma empática y guardar confidencialidad en todo momento.
-Informar de las diferentes opciones posibles, dando de esta manera una cobertura integral.
-Registrar toda la actuación en la historia clínica.
-Emitir cuando proceda el parte de lesiones o informe médico correspondiente. De este se deberán hacer cuatro copias para los siguientes destinatarios:
•Al juzgado.
•Al Registro Sanitario de caso de violencia contra las mujeres del Servicio de Salud.
•Una copia adjunta a la historia clínica.
•A la mujer, siempre que esto no suponga un riesgo para la misma.
-Favorecer la coordinación entre las diferentes instituciones y organismos.

La ley orgánica 1/ 2004 de 28 de diciembre, de medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en su artículo 19 determina: "Estos servicios actuarán coordinadamente y en colaboración con los Cuerpos de Seguridad, los Jueces de Violencia sobre la mujer, los servicios sanitarios y las instituciones encargadas de prestar asistencia jurídica a las víctimas del ámbito geográfico correspondiente. Estos servicios podrán solicitar al juez las medidas urgentes que consideren necesarias".
Tras la entrevista y valoración a la víctima, si fuese necesario, el personal sanitario tiene potestad y obligación de solicitar la Orden de Protección y ponerlo en conocimiento del juez o fiscal de guardia siempre que no lo haya hecho ya el juez de oficio, fiscal, la víctima o persona vinculada u otro organismo. El formulario debe estar disponible en los diferentes centros sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

La violencia de género se considera hoy un problema social de gran magnitud que está presente en la conciencia colectiva.
Todos los profesionales de un centro sanitario tienen que ser conscientes en todo momento que la violencia de género es un delito que viola los derechos fundamentales y la dignidad de la mujer.
Es de suma importancia el papel que juegan para la víctima, siendo tanto su apoyo como su referente. Han de ser conocedores de los protocolos de actuación y además poseer una adecuada formación interdisciplinar que nos permita saber actuar en cada momento, comunicar de la manera más correcta, mostrando siem-

pre respeto a la individualidad y utilizando con efectividad los recursos para prestar, de esta manera, la mejor asistencia posible ante estas situaciones que nos llegan a los centros sanitarios.

6 Bibliografía

1.https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_sanitario_Asturias.pdf.
2.Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
3.España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad(2012). Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Gobierno de España.

Capítulo 155

LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

CLARA MENÉNDEZ DE LA CORTE

LUZ CUADRADO ESTÉBANEZ

1 Introducción

La Artritis Juvenil Idiopática (AIJ), anteriormente llamada artritis crónica juvenil (ACJ), es un conjunto heterogéneo de enfermedades inflamatorias que afecta fundamentalmente a las articulaciones, pero que también puede causar daño a otros órganos y por consecuencia, repercutir en el crecimiento y en el desarrollo normal de los niños.

Es una enfermedad crónica, degenerativa y de etiología desconocida que generalmente ocurre antes de los 16 años y cuyos síntomas principales son: dolor, hinchazón y aumento de calor en las articulaciones, rigidez y dificultad para realizar movimientos, fiebre alta y repentina y posibles erupciones cutáneas en tronco y/o extremidades. Por ello, puede dejar múltiples secuelas en la población pediátrica y causar pérdida de calidad de vida.

La incidencia anual y la prevalencia de las AIJ se sitúan, respectivamente, en 5-18 y 30-150 por 100.000 niños. Entre las distintas formas clínicas, la más frecuente es la oligoarticular, que afecta a menos de cinco articulaciones en el transcurso de los 6 primeros meses, que ocurre en su mayoría a niñas pequeñas. La forma sistémica de artritis juvenil idiopática y algunas formas poliarticulares, con o sin factor reumatoideo, pueden ser refractarias a los tratamientos y mantenerse activas hasta la edad adulta, de manera intermitente o continua.

2 Objetivos

- Recoger información sobre la Artritis Juvenil Idiopática, así como, evidencia de distintas intervenciones que favorezcan la autonomía e independencia de las personas que presenten esta enfermedad inflamatoria crónica.
- Conocer intervenciones beneficiosas para la Artritis Juvenil Idiopática.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica entre los meses de septiembre y octubre del año 2022. Las bases de datos en las que se obtuvieron artículos o estudios a destacar fueron: Pubmed, SciELO y Dialnet. Se introdujeron en dichas bases los siguientes descriptores en ciencias de la salud (DeSC): "Juvenile idiopathic arthritis", "pediatrics", "rheumatology", "occupational therapy".

Los datos obtenidos a partir de las diferentes estrategias de búsqueda, fueron sometidos a los siguientes criterios de inclusión: artículos que traten sobre la Artritis Idiopática Juvenil y estudios publicados en los últimos 20 años y; de exclusión: estudios que no estén en castellano y/o inglés, y artículos sin acceso al documento completo de forma gratuita.

4 Resultados

Según los criterios de clasificación de la Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología (ILAR), la AIJ se divide en siete subtipos: AIJ oligoarticular, poliarticular seropositivo AIJ, AIJ poliarticular seronegativa, AIJ de inicio sistémico (sJIA), artritis relacionada con entesitis (ERA), artritis juvenil psoriásica (JPsA) y AIJ indiferenciada.
La AIJ de inicio sistémico representa entre el 5% y el 15% de los niños con AIJ en Europa y América del Norte. La AIJ sistémica se define como la aparición de artritis acompañada o precedida por una fiebre alta intermitente diaria, que dura más de 2 semanas, y al menos uno de los siguientes síntomas: exantema evanescente característico, linfadenopatía generalizada, serositis, hepatomegalia o esplenomegalia.
La artritis es normalmente simétrica y poliarticular, pero en algunos casos puede estar ausente al inicio, cuyos síntomas no se manifiestan y se van desarrollando con el transcurso de la enfermedad.

Aunque no hay información concreta de laboratorio, los signos y síntomas inflamatorios sistémicos están siempre presentes. En cuanto a los hallazgos de laboratorio muestran leucocitosis con neutrofilia, trombocitosis, tasa elevada de sedimentación eritrocítica (ESR), y proteína C reactiva con valor elevado. La anemia microcítica también es un descubrimiento de laboratorio común. En pacientes con AIJ sistémica, la existencia de pancitopenia, hipofibrinogenemia, hiperferritinemia, hipertrigliceridemia y aumento de la transaminasa sérica sugieren la aparición del síndrome de activación de macrófagos (MAS) que es una complicación más destructora de la AIJ sistémica y se produce entre 5 y 8 personas de cada 100 que padecen AIJ sistémica.
La fiebre tiene un patrón típico de una o dos espigas diarias de más de 39℃ que suele aparecer con erupciones eritematosas de color rosa salmón y macular.
Además, la AIJ se caracteriza por ser un diagnóstico clínico y de exclusión apoyado en estudios de laboratorio que muestran aumento en los reactantes de fase aguda y en estudios de imagen que muestran afectación articular y sinovial, especialmente con el uso de la resonancia magnética.
Para el tratamiento farmacológico existe como primera medida el metotrexato que, se puede sustituir por medicamentos como la leflunamida y sulfazalazina.

5 Discusión-Conclusión

La etiología de la Artritis Juvenil Idiopática aún se desconoce, pero tras identificar los signos y síntomas que presente cada persona, se puede instaurar el tratamiento más adecuado para así, mejorar su calidad de vida.

La comprensión de los factores genéticos y la fisiopatología de dichas enfermedades siguen siendo fragmentarias, y posiblemente participen algunos antígenos leucocitarios humanos y varias citocinas proinflamatorias. Los inmunosupresores, como el metotrexato o el factor de necrosis tumoral, han transformado el pronóstico de las manifestaciones más graves, cuyo control terapéutico sigue resultando difícil, y dejan un amplio espacio para las intervenciones adyuvantes como la terapia ocupacional, la fisioterapia, la cirugía e incluso los bifosfonatos y la hormona de crecimiento, que reducen las consecuencias negativas de tratamientos más antiguos como la corticoterapia sistémica prolongada.

En el diagnóstico y tratamiento deben participar numerosas disciplinas: pediatría, medicina reumatológica, oftalmología, psicología, fisioterapia y terapia ocupacional.

Para que esto se extrapole a la vida diaria de la persona, es importante acompañar a los padres y/o familiares durante el proceso proporcionándoles información para comprender la naturaleza de la enfermedad y sus diferentes formas de evolución

.

Todas ellas trabajan de manera interdisciplinar para promover el desarrollo íntegro del niño, tanto físico como psíquico, intentando mejorar en todos los aspectos su autonomía e independencia.

Además, una buena alimentación, alternar los tiempos de reposo y actividad, vigilar posturas incorrectas e incluir deportes como la natación serán de gran beneficio para aquellas personas que cursen con diagnóstico de Artritis Juvenil Idiopática.

6 Bibliografía

1. Barut, K., Adrovic, A., Şahin, S., & Kasapçopur, Ö. (2017). Juvenile Idiopathic Arthritis. Balkan medical journal, 34(2), 90–101. https://doi.org/10.4274/balkanmedj.2017.0111
2. Cisneros Millán, B., & Rubio, C. Plan de cuidados estandarizado en un paciente con Artritis Juvenil Idiopática.
3. Molina, R. J. C. (2021). Abordaje de la artritis idiopática juvenil. Revista Médica Sinergia, 6(1), e502-e502.
4. Millán, B. C., Marco, S. P., Avezuela, J. A. M., Arrizabalaga, C. B., Alcaine, I. C., & Uribe, J. B. (2022). Pacientes con artritis juvenil idiopática. Artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación, 3(3), 36.
5. Pazmiño Peña, N. L., Loja Vanegas, J. K., Toledo Calle, Y. V., & Bermeo Naranjo, M. A. (2019). Artritis idiopática juvenil: manejo y diagnóstico diferencial. RECIAMUC, 3(1), 427-442. https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(1).enero.2019.427-442
6. Quartier, P., & Prieur, A. M. (2005). Artritis juveniles idiopáticas. EMC-Tratado de Medicina, 9(1), 1-8.
7. Quesada Vargas, M., Esquivel Rodríguez, N., & Rosales Gutiérrez, J. M. (2020). Artritis Idiopática Juvenil: manifestaciones clínicas y tratamiento. Medicina Legal de Costa Rica, 37(1), 45-53.
8. Urgilés, E. M. L., & Legarda, A. N. P. (2022). Artritis reumática juvenil idiopática. Características y criterios diagnósticos. Revista Cubana de Reumatología, 24(1), 268.
9. Vega Aponte, C., Rodríguez Chacón, J., Martínez Donate, J., & Ríos la Orden,

J. (2014). Un paciente con artritis idiopática juvenil. Pediatría Atención Primaria, 16(64), e147-e150.

Capítulo 156

PROTECCIÓN DEL MENOR: EL ACOGIMIENTO FAMILIAR

ROCÍO FERNÁNDEZ MORAL

1 Introducción

El acogimiento familiar seguirá las pautas establecidas en el Código Civil, y éste podrá tener lugar en la propia familia extensa del menor o en familia ajena.
El acogimiento en familia ajena podría ser especializado, entendiéndose que un miembro de esa familia dispone de la cualificación adecuada para cubrir las necesidades del menor, y percibiendo una compensación económica, pero sin establecerse una relación laboral.
El acogimiento especializado podría ser profesionalizado cuando exista una relación laboral del acogedor con la Entidad Pública.
El acogimiento familiar se formalizará por resolución de la Entidad Pública que tenga la tutela o guarda del menor, previa valoración de la familia a acoger.
En esta valoración se tendrán en cuenta diferentes factores: situación familiar, aptitud para educar, capacidad para atender de forma adecuada las necesidades del menor , y finalidad del acogimiento.
Podrá existir un régimen de visitas en unos puntos habilitados, manteniendo siempre el derecho a la privacidad entre la familia de procedencia y acogedora.
Será necesario tener en cuenta, la adecuación entre la edad de los acogedores con la del menor acogido, así como la relación que existía previamente entre ellos, priorizando a la familia extensa del menor que reúnan las condiciones adecuadas para el acogimiento, salvo que el interés del menor aconseje otra cosa.

2 Objetivos

Dar a conocer los objetivos del acogimiento familiar.

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 la resolución de la formalización del acogimiento familiar, que estará conforme a los términos del Código Civil, se acompañará otro documento con la siguiente información:
1. La identidad del acogedor o acogedores y la del acogido.
2. Los consentimientos y audiencias necesarias.
3. La modalidad del acogimiento, duración prevista, carácter de acogimiento en familia extensa o familia ajena en relación con la vinculación del menor.
4. Los derechos y deberes de cada una de las partes, centrándose en:
- Régimen de visitas, estancia, relación con la familia de origen, en casos de desamparo.
- El sistema de cobertura de daños que sufra el menor o los que pueda causar a terceros.
- La asunción por parte de los acogedores de los gastos de manutención. educación y atención socio-sanitaria.
5. El contenido del seguimiento y el compromiso del mismo por parte de la familia acogedora.
6. En el caso de menores discapacitados, los recursos de apoyo extra que se precisen.
7. La compensación económica y otros recursos y/o ayudas, que vayan a recibir los acogedores.
8. El plazo en el que la medida vaya a ser revisada.
La resolución y el documento anexo deberá ser emitida en el plazo de un mes.
DERECHOS Y DEBERES DE LOS ACOGEDORES FAMILIARES:

1. Los acogedores familiares tendrán derecho a: a) Conocer la información acerca de los efectos del acogimiento, así como preparación previa, seguimiento y apoyo técnico especializado durante y posteriormente. En el caso de menores con discapacidad, los acogedores tendrán derecho a orientación, acompañamiento y apoyo adaptados a la discapacidad del menor. b) Coordinación con la Entidad Pública antes de que ésta adopte cualquier resolución que afecte al menor, especialmente antes de modificar o suspender temporalmente el régimen de visitas o de relación o comunicación con la familia de origen. c) Ser informados del plan individual de protección así como de las medidas de protección relacionadas con el acogimiento que se adopten, de las revisiones periódicas y a obtener información del expediente de protección del menor que les resulte necesaria, a excepción de aquellas cuestiones relacionadas con el derecho a la intimidad de la familia de origen. d) Formar parte en todos los procesos de oposición a las medidas de protección y a la declaración de situación de desamparo del menor acogido. e) Cooperar con la Entidad Pública en los planes de actuación y seguimiento establecidos para el acogimiento. f) Disponer de la documentación identificativa, sanitaria y educativa del menor que acogen. g) Ejercer todos los derechos inherentes a la guarda. h) Ser respetados por el menor acogido. j) Realizar viajes con el menor previo informe a la Entidad Pública y no haya oposición de la misma. k) Percibir una compensación económica y otro tipo de ayudas. l) Facilitar al menor acogido las mismas condiciones que a los hijos biológicos o adoptados. m) Relacionarse con el menor al cesar el acogimiento, si la Entidad Pública entiende que conviniere a su interés superior y lo consintieren la familia de origen o, en su caso, la familia adoptiva o de acogimiento permanente, y el menor si tuviere suficiente madurez y, en todo caso, si fuera mayor de doce años. n) Ser protegidos sus datos personales respecto de la familia de origen, de acuerdo con la legislación vigente. ñ) Se podrán formular formalmente quejas o sugerencias ante la Entidad Pública. o) La familia acogedora tendrá los mismos derechos que la Administración reconoce al resto de unidades familiares.
2. Los acogedores familiares tendrán los siguientes deberes: a) Velar por el bienestar y el interés superior del menor, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral en un entorno afectivo. En el caso de menor con discapacidad, deberá continuar prestando los apoyos especializados que viniera recibiendo o adoptar otros más adecuados a sus necesidades. b) Escuchar al menor siempre antes de tomar decisiones que le afecten, si tuviere suficiente madurez y, en todo caso, si fuera mayor de 12 años, sin exclusión alguna por discapacidad, y a transmitir a la Entidad Pública las peticiones que éste pueda realizar dentro de su madurez. c) Asegurar la plena participación del menor en la

vida de familia. d) Informar a la Entidad Pública de cualquier hecho de trascendencia en relación con el menor. e) Respetar y facilitar las relaciones con la familia de origen del menor, en la medida de las posibilidades de los acogedores familiares, en el marco del régimen de visitas establecido a favor de aquella y la reintegración familiar, en su caso. f) Colaborar activamente con las Entidades Públicas en el desarrollo de la intervención individualizada con el menor y seguimiento de la medida, observando las indicaciones y orientaciones de la misma. g) Respetar la confidencialidad de los datos relativos a los antecedentes personales y familiares del menor. h) Comunicar a la Entidad Publica cualquier cambio en la situación familiar relativo a los datos y circunstancias que se tomaron en consideración como base para el acogimiento. i) Garantizar el derecho a la intimidad y a la identidad de los menores acogidos y el respeto a su propia imagen, así como velar por el cumplimiento de sus derechos fundamentales. j) Participar en las acciones formativas que se propongan. k) Colaborar en el tránsito de la medida de protección del menor a la reintegración a su entorno de origen, la adopción, u otra modalidad de acogimiento, o al entorno que se establezca tras la adopción de una medida de protección más estable. l) Los acogedores familiares tendrán las mismas obligaciones respecto del menor acogido que aquellos que la ley establece para los titulares de la patria potestad.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, el acogimiento familiar protege y apoya más a los menores, con respecto a los acogimientos institucionalizados en centros, debido a que se integra en un marco mucho más similar a una familia convencional, siendo realizado en muchos casos el acogimiento por la propia familia extensa del niño y facilitando así su integración dentro del mismo núcleo familiar, siempre que las circunstancias así lo permitan y que esas personas propuestas para realizar el acogimiento tengan la cualificación necesaria para satisfacer felizmente las necesidades básicas del menor en todos los casos.
Siempre será mucho más efectivo este tipo de acogimiento para un sano desarrollo de la personalidad del menor.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- https://www.scielo.org/es/.

Capítulo 157

RIESGOS Y PATOLOGÍAS DEL TRABAJO A TURNOS

YOLANDA GARCÍA GÓMEZ

MARÍA JOSE GARCÍA SANTOS

BEGOÑA GANZO PALACIOS

ISABEL SEVILLA CONTO

LUCÍA VIJANDE VALENCIA

1 Introducción

El trabajo a turnos se encuentra regulado en el Estatuto de los trabajadores en el artículo 36.3 y en el artículo 19 del Real Decreto 1561/1995 sobre jornadas especiales de trabajo.

Esta forma de repartir el trabajo consiste en ir alternando los turnos de la mañana, la tarde y la noche siguiendo algún patrón de rotación estipulado. En el ámbito hospitalario es muy frecuente el trabajo a turnos desarrollando la jornada laboral en turnos rotativos de mañanas, tardes y noches para garantizar el servicio las 24 horas del día y los 365 días de año, trabajando de manera ininterrumpida todos los días de la semana y durante todo el día.

Esta forma de trabajo puede acarrear consecuencias graves para la salud tanto físicas como mentales y su bienestar, viéndose afectadas las relaciones sociales

de familiares y amigos. En consecuencia, se ve afectada la calidad de vida del trabajador a turnos.

El trabajo a turnos puede estar muy relacionado con graves problemas de salud interfiriendo en nuestro ritmo circadiano. El reloj interno de nuestro cuerpo, se ve afectado al estar fuera de los ciclos diurno y nocturno o ciclo luz-oscuridad normales, necesarios para un vital desarrollo. Aunque el trabajador vaya adaptándose, en cierta medida, a este tipo de trabajo, el sistema circadiano no es capaz de adaptarse a esos cambios de manera tan rápida. Por este motivo surge una desincronización entre los sistemas fisiológicos internos y cambios horarios externos, que acompañado de falta de sueño y cansancio, pueden acabar provocando problemas de salud en los trabajadores.

2 Objetivos

Informar sobre el impacto del trabajo a turnos y nocturnidad para el personal hospitalario.
Valorar los riesgos que conlleva.
Elaborar medidas para aminorar los posibles daños que se puedan ocasionar.

3 Metodología

En la búsqueda de información para este capítulo se han utilizado buscadores como Google y Google académico. Páginas como medlineplus o infosalud. Se ha realizado revisión bibliográfica en páginas como revista médica Ocronos y revista de investigación, de las cuales se ha recogido información importante. Se han utilizado palabras claves de búsqueda como turnicidad, horario laboral, riesgos turnicidad, turnos rotativos, salud laboral.

4 Resultados

Debido al cambio constante de turnos, e incluso nocturnidad en el puesto de trabajo sanitario, se han podido estudiar una serie de patologías con consecuencias negativas. Podemos destacar las siguientes:

.Aumento del número de accidentes de trabajo e in itinere.
.Disminución del rendimiento de trabajo.
.Cambios en el ritmo biológico del sueño.

.Trastornos gastrointestinales.
.Alteraciones en la vida social.
.Presión arterial elevada.
.Diabetes.
.Trastorno del sueño.
.Trastorno de estado de ánimo.
.Abuso se sustancias.

Se ha visto una relación entre el aumento de la edad del trabajador o trabajadora y el aumento de las diversas patologías asociadas.

Dado que el trabajo a turnos en el ámbito hospitalario es necesario, se deben encontrar unas pautas para conseguir que estos turnos rotativos sean lo más eficiente y, a la vez, menos perjudicial para la salud del trabajador. Encontrar un buen sistema de turnos de trabajo que puedan respetar los ritmos biológicos en los trabajadores y conseguir un trabajo más eficiente. Algunas medidas a seguir podrían ser las siguientes:

. La carga de trabajo de ser, en la medida de lo posible, repartida y variada evitando la sobrecarga en el turno de la noche.
. Es aconsejable que realicen turnos rotativos de 2-3 días en el mismo turno.
. Hay dos posibles sentidos de rotación. Rotación natural, mañana-tarde-noche y una rotación a la inversa, noche-tarde-mañana. Hay controversia en cuál de los dos posibles modos de rotación sea el mejor para la recuperación del cansancio.
. Potenciar los turnos fijos o turnos rotativos pero evitar los turnos nocturnos permanentes.
. Limitar a turnos de 12 horas; si el trabajo del turno es muy exigente, peligroso o muy monótono se recomiendan turnos de 8 horas.
. Permitir a los trabajadores descansos para poder paliar las fatigas de la jornada.
. Tener cierta flexibilidad de turnos a personas de elevada edad, muy jóvenes, nuevas o futuras madres, siendo más acorde, en la medida de lo posible, a sus circunstancias.
. Limitar los turnos largos a un máximo de entre 5 a 7 días consecutivos.
. Permitir dos noches de sueño completo cuando hay cambio de turno a las mañanas después del turno de noches.
. Estipular un régimen regular en el calendario de turnos en los descansos en fines de semana.
. Establecer siestas nocturnas que remitan reposar durante unos minutos en el turno de la noche. Estudios demuestran la mejora en el nivel de atención en los

trabajadores. Estudio realizado en controladores aéreos italianos.
. Crear un sistema de vigilancia médica que valore la poca capacidad de adaptación a los cambios de turnos. Consiguiendo así prevenir situaciones de riesgo para el trabajador.

5 Discusión-Conclusión

Con el trabajo a turnos se consigue que haya la misma igualdad entre los trabajadores en cuanto al reparto de los días de trabajo. Para ello debe de haber un buen calendario de turnos de trabajo que esté bien elaborado, equilibrado y consensuado. Así se consigue repartir de forma equitativa los turnos más fáciles y menos fáciles, bien sean por carga de trabajo, de preferencias o situaciones personales.

Puesto que en el ámbito hospitalario no se puede prescindir de las jornadas a turnos y noches, dado que hay que cubrir los horarios laborales las 24 horas, se deberían de tomar medidas de protección para intentar disminuir el desgaste, tanto físico como psíquico, que se pueda generar.

Para intentar mejorar estas patologías e incluso evitar su aparición sería conveniente conseguir unas mejores condiciones de trabajo tales como, establecer unos límites de edad para los cambios de turnos, aumentar los descansos y pausas en la jornada laboral, siestas, no trabajar una persona sola en las noches, controlar el estado de salud de los trabajadores a turnos y crear unas medidas de prevención de riesgos laborales para conseguir minimizar los daños causados por estos trabajos a turnos.

Es más barato invertir en prevención que todos los gastos que se generan, derivados de los daños ocasionados, por las consecuencias del trabajo a turnos.

6 Bibliografía

1. Revista médica Ocronos. [Internet]. [Consultado 18 noviembre 2022) Disponible en: Trabajo a turnos y nocturno en Sanidad. 2022/06/15.
2. Revista sanitaria de investigación. [Internet]. [Consultado 18 noviembre 2022]. Disponible en: Repercusiones de la turnicidad en la toma de decisiones del personal sanitario. 2022/01/03.
3. Infosalus. [Internet]. [Consultado 18 noviembre 2022]. Disponible en:Trabajar por turnos tiene este grave impacto en la salud. Madrid. 2022/03/09.

4. Jiménez Luque, J.D.Prevención Asepeyo. [Internet]. [Consultado 18 noviembre 2022]. Disponible en: Prevencionar. 2011/06/08.
5. Alcaraz, M. [Internet] [Consultado 18 noviembre 2022]. Disponible en: Qué son los turnos rotativos. Blog plain. 2019/02/14.

Capítulo 158

RIESGOS LABORALES, TIPOS Y PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

SILVIA SUAREZ RIVERA

1 Introducción

Un riesgo laboral o riesgo ocupacional es un riesgo experimentado en el lugar de trabajo, el cual puede provocar algún problema o daño de salud al empleado. Los riesgos pueden ser de diferentes tipos de peligrosidad y se clasifican como ”Factores de riesgo laboral”en varios grupos, entre otros tenemos:
– Físicos: ruido, vibración, radiación, temperatura, humedad…
– Químicos: corrosión, irritación, reacciones alérgicas, asfixias, anestésicos y narcóticos, cáncer o tóxicos sistémicos entre otros.
– Biológicos: los más concurridos en la sanidad son bacterias, virus y parásitos, toxinas naturales y microbianas, contagios de enfermedades…
– Psicosociales: el estrés, el síndrome del trabajador quemado o burnout, el tecnoestrés, la fatiga, la violencia y acoso laboral o sexual.
– Ergonómicos: manipulación de cargas, higiene postural, movimientos forzados…
Estos pueden influir de forma negativa o positiva en el desarrollo de un proyecto o en las actividades a desarrollar por el trabajador.
Para evitar riesgos laborales, todo trabajador debe realizar una prevención que consta de un conjunto de medidas o actividades previstas en todas las fases de la actividad de la empresa con la finalidad de disminuir los riesgos que puedan

ocurrir en el trabajo. El riesgo laboral grave o inminente es aquel que pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores.
En un ámbito sanitario, el trabajador deberá llevar una equipación adecuada a su lugar de trabajo, por ejemplo la utilización de gafas de protección o pantalla, guantes, bata, y mascarilla en caso

2 Objetivos

-Enumerar los diferentes riesgos laborales que existen.
-Describir los tipos de riesgos laborales especialmente en el ámbito sanitario.
-Conocer los elementos de protección utilizados por el personal 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 seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La prevención es el conjunto de actividades o medidas que se adoptan con el fin de evitar, aminorar, mitigar o disminuir los riesgos derivados como consecuencia del trabajo realizado en una empresa.
Las funciones de la prevención de riesgos laborales son:
– Promover los comportamientos seguros y el correcto uso de los EPI, así como la prevención y protección de accidente y/o enfermedades ocasionadas en el lugar de trabajo.
– Evitar el uso de cajas, sillas o mesas para acceder a zonas elevadas y utilizar únicamente elementos diseñados para ello.
– Tenemos que mantener el instrumental clínico en buen estado de limpieza, esterilización y conservación, utilizaremos siempre material con una revisión correcta de su estado
– Promover actuaciones preventivas básicas como el orden, la limpieza, señalización y mantenimiento en general realizando su posterior control y seguimiento.

– Recoger el instrumental clínico en bateas para su posterior esterilización o desechándolos en contenedores rígidos adecuados para ello. En el ámbito sanitario puede generarse riesgo de cortes o pinchazos al manipular instrumental clínico y otros objetos punzantes y cortantes.
– Mantener especial cuidado con el material punzante y nunca quitarlo manualmente del instrumental que se haya utilizado El uso de material quirúrgico y el uso de jeringas puede ser origen de accidentes por punción cuando se realizan las tareas de extracción, transvase o inyección. El riesgo puede darse también cuando se trabaja con material de vidrio, cuya rotura provoca cortes o si los vidrios rotos están en lugares no adecuados ni señalizados.
– Debemos mantener también especial cuidado cuando trabajemos con sustancias en las diversas actividades médicas como desinfectantes, derivados de iodo, antibióticos. También especial cuidado si se trata de elementos de toxicidad o fluidos orgánicos contaminados, ya que se pueden absorber a través de la piel.
– Durante los tratamientos pueden producirse proyecciones de pequeños fragmentos de hueso, tejido o fluidos. Utilizaremos gafas de seguridad, mascarilla o pantalla facial, guantes, y bata.
El personal sanitario, entre muchos otros riesgos puede sufrir heridas, infecciones víricas o bacterianas transmitidas a través de pacientes o de utensilios utilizados con el mismo, contagios por elementos punzantes o contagios por secreciones.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo laboral es una causa que se desempeña habitualmente en la práctica y desarrollo de un trabajo. Las importantes funciones a tener en cuenta sobre la prevención de riesgos es muy importante para el trabajador, ya que, conociendo las situaciones podemos evitar un accidente laboral del tipo que sea.
También representa en ello un importante papel, el conocimiento y la correcta utilización de los EPI, ya que con ellos podemos evitar y prevenir percances.
Cualquier tipo de accidente que ocurra en el trabajo se debe comunicar inmediatamente y aplicar el protocolo establecido por Medicina Preventiva.
Gracias a la difusión de información, al conocimiento y a los avances, estamos prevenidos e informados para el control de contratiempos, con lo cual deberíamos prestar más atención y ser conscientes de los riesgos existentes como de las formas de prevención y actuación en cada caso que ocurra.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/
2. https://es.wikipedia.org/
3. https://www.iberley.es/temas/servicios-sanitarios-servicios-prevencion-riesgos-laborales-
4. https://www.riojasalud.es/servicios/prevencion-riesgos-laborales/articulos/prevencion-de-riesgos-laborales-en-el-sector-sanitario

Capítulo 159

EL TRABAJO NOCTURNO EN EL PERSONAL NO SANITARIO

MANUELA FERNÁNDEZ LÓPEZ

MERCEDES GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

NOEL FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

ISABEL LOTO MANSILLA

COVADONGA FEITO GARCIA

1 Introducción

Las condiciones del trabajo nocturno constituyen un determinante que podemos decir que es muy directo para el estado de salud de las personas. Esto provoca la aparición de enfermedades profesionales o se llegan a producir accidentes de trabajo y esto se puede decir que está en íntima relación con las condiciones de riesgo en que se desarrollan las actividades laborales, por lo que si se planifica la vigilancia de la salud de los trabajadores debe tenerse en cuenta todas aquellas circunstancias que puedan ser un riesgo para la salud psicofísica en el sentido más amplio y que puedan llegar a influir en la aparición de cualquier enfermedad profesional o accidente de trabajo.

Podemos decir que los principales problemas de trabajar en el turno nocturno podemos resaltar tres como puede ser en el ámbito de la salud y bienestar: esto deriva en los problemas estomacales como no tener hambre, gastroenteritis, malas digestiones, úlceras estomacales etc. El segundo podemos decir que es

en el desarrollo de la actividad laboral: se pueden a llegar a cometer más errores al desarrollar el trabajo, disminución de la actividad en el trabajo etc. Y el tercero sería en la vida privada como es la familiar y social: empeoramiento de las relaciones en el ámbito familiar y con amigos.

2 Objetivos

Evaluar y analizar los problemas que pueden llegar a producirse por el trabajo nocturno, en los distintos niveles de la vida de una persona.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. La información recopilada se tomó de varias fuentes de Google académico.

4 Resultados

Si nos fijamos en los ritmos biológicos que estamos sometidos esto está relacionado directamente con el funcionamiento del organismo. Nuestro organismo no está estable las 24 horas del día y por la noche se produce un descenso la capacidad física y mental, la memoria disminuye por la noche producimos respuestas más lentas, también observamos cambios en la rapidez de nuestra respuesta, etc. En los grupos de personas que más se observan estas características son en los sitios que se trabaja 24 horas como pueden ser los sectores sanitarios y hoteleros etc. Hoy en día con la legislación él y trabajo nocturno está legislado no como en antaño. Este tipo de trabajo se suele caracterizar por la falta de regulación de descanso, el esfuerzo adicional que supone el desarrollar la actividad, la restricción de comidas, descanso y ocio, vidas con diferencia respecto al entorno social y familiar. Las consecuencias que se pueden producir por el trabajo nocturno, sobre la salud y el bienestar del trabajador pueden ser las alteraciones del sueño, que provocan cansancio, fatiga, alteración nerviosa, dolores de cabeza, depresión, más posibilidades de sufrir las llamadas enfermedades crónicas, fatiga mental, aumento de los llamados corticoides en sangre problemas de huesos, que haya alteraciones en el metabolismo esto conlleva al aumento de peso. En las

mujeres se pueden ver por las estadísticas más casos en las que desempeñan una jornada laboral nocturna como es el cáncer (de mama, de colon rectal y de endometrio)se pueden llegar a producir problemas como las alteraciones en los ciclos de las menstruaciones, se puede llegar a sufrir abortos y hasta infertilidad, partos prematuros y problemas en los recién nacidos etc. También podemos decir que esta situación de trabajar siempre de noche puede derivar en adicciones como el cómo puede ser el alcohol, somníferos estimulantes y tranquilizantes.

5 Discusión-Conclusión

Las personas que trabajan en el turno de noche no solo tiene peor calidad de vida, por cómo afecta esto a su organismo o las enfermedades que pueden padecer tal como el cáncer, que según los estudios es su porcentaje mayor en ellas, es que según dicen su tiempo de vida se reduce también. Ellas descansan o tiene menos horas de sueño que las que trabajan en un turno diurno. También afecta a su vida privada, ya que los divorcios son más numerosos y pierden amistades, por carecer de tiempo para cultivarlas, esto produce que esas personas pueden llegar a tener depresiones, más habitualmente y accidentes de trabajo etc.

6 Bibliografía

https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9443/tmsg1de1.pdf;jsessionid=862C64238FD6390620B3CE0772799FF0?sequence=1
https://istas.net/salud-laboral/peligros-y-riesgos-laborales/el-trabajo-turnos-y-nocturno

Capítulo 160

RELACIONES ENTRE LA CIUDADANÍA Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA A TRAVÉS DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

ISABEL GÁRATE MARTÍNEZ

1 Introducción

La sociedad actual nos exige adaptarnos a las relaciones por medios tecnológicos con nuestra Administración Pública, aunque no se hayan abandonado las relaciones personales ni los métodos preexistentes, la evolución indica que este nuevo escenario se impone día a día en cualquiera de la dimensiones de la gestión pública y que está pensado para hacer más fáciles las gestiones entre ciudadanos y las Administraciones Públicas y mejorar los servicios públicos.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación o TIC son el medio actual y moderno de que la ciudadanía se relacione con la Administración Pública y viceversa.

La revolución que han producido en su momento estas tecnologías ha supuesto un esfuerzo de adaptación para todos los actores implicados y una gran inversión que ha supuesto la reducción de esfuerzos, minimización de tiempos y efectividad en los procesos de trabajo.

La legislación referida a las relaciones entre la ciudadanía y Administración desarrollada en los últimos años es muy extensa, siendo una de las más recientes el

Real Decreto 203/2021, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de actuación y funcionamiento del sector público por medios electrónicos, el cual persigue con su aplicación: "… mejorar la eficiencia administrativa, incrementar la transparencia y la participación, garantizar servicios digitales fácilmente utilizables y mejorar la seguridad jurídica…" y pretende reglamentar al nuevo marco la Ley 39/2015, de 1 de octubre y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, mejorando la seguridad jurídica.

Los medios digitales han sido incluidos en los sistemas de salud y son utilizados por sus profesionales, los administrativos y los auxiliares administrativos entre otros, como herramientas, ya indispensables, para crear, procesar, almacenar o transmitir toda la información necesaria; para los usuarios supone una gran mejora en la calidad y servicio que puede recibir.

2 Objetivos

 Exponer en qué consisten las relaciones entre la Ciudadanía y la Administración Pública a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).
1.- Derechos digitales
2.- Confianza Digital
3.- El empuje o Impulso del uso de Internet

 Medios tecnológicos relevantes para la Información y la Comunicación.
 Las Redes
 Terminales
 Servicios
 Infraestructuras

 Exponer las relaciones entre la Ciudadanía y la Administración Pública a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) respecto de la SANIDAD.
 Sanidad en línea, "Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud".

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha llevado a cabo una intensa revisión bibliográfica donde se han utilizado palabras clave como: ADMINISTRACIÓN,

CIUDADANOS, TIC, TECNOLOGÍA, SANIDAD, CIUDADANÍA, ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN , todas ellas fundamentales para el tema que nos ocupa.

En primer lugar se ha consultado la legislación que afecta y de ella se ha extraído la base de toda la redacción.

Seguidamente, la búsqueda de información sobre Tecnología de la Información y las Comunicaciones ha sido fructífera, por supuesto, gracias a las tecnologías, principalmente se ha realizado con la ayuda de Internet. Estás búsquedas se reflejan en la bibliografía.

Se ha recopilado la mayor parte de la documentación a través de los navegadores web multiplataforma, Mozilla Firefox, quien no depende de la tecnología de Google y Google Chrome, el cual representa el pilar de la mayor oferta de artículos de Google.

4 Resultados

En base a la metodología empleada se ha llegado a los siguientes resultados:

 RELACIONES ENTRE LA CIUDADANÍA Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA A TRAVÉS DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

La digitalización actúa sobre todos y cada uno de los implicados, individuos, empresas y Administraciones, supone un amplio compromiso de los mismos en cuanto es un reto determinante para la competitividad, la mejora del sistema social en el acceso a la rápida y efectiva comunicación e información.

Se pretende que los ciudadanos se puedan conectar en base a tres criterios específicos:

1.- Derechos digitales

El marco normativo adaptado a la era digital, el Pacto Digital, promueve el libre ejercicio de los derechos de las personas en un entorno digital seguro a nivel de nuestro país, de Europa y del mundo.

2.- Confianza Digital, mediante la cual:

- Se garantizará la protección de los datos de cada ciudadano dando a cada uno el

control de los mismos, especialmente garantizados en la "Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales" y mediante el PACTO DIGITAL PARA LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS de la La Agencia Española de Protección de Datos.

- Se patrocinará el impulso de instrumentos que aseguren la "identidad digital", garantizando que se puedan intercambiar, compartir y hacer posible que la información pueda fluir entre estos instrumentos.

3.- El empuje o Impulso del uso de Internet.

Para lo que se fomentará el aumento de la "alfabetización digital" en los ciudadanos, se facilitará su acceso a Internet y a aplicaciones para servicios que les sean útiles y sencillas para conectarse y así eludir posibilidades de "exclusión digital". La agenda del gobierno que promueve y favorece la "Transformación Digital de España" a través de las tecnologías se articula en "España Digital 2025".

 MEDIOS TECNOLÓGICOS RELEVANTES PARA LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN.

La informática, las telecomunicaciones y la microelectrónica ayudan a la emisión, acceso y tratamiento de la información.

 Las Redes: suponen los recursos para la interconexión entre varios equipos para compartir información de modo eficiente.

 Terminales: son puntos de acceso a la información de forma global, mediante ordenadores, tablets, smartphones, etc., con programas específicos o genéricos.

 Servicios: Administración electrónica (e-Administración), aprendizaje electrónico (e-learning), correo electrónico, gobierno electrónico (e-gobierno), banco online, comercio electrónico (e-comerce) y muchos otros.

 Dentro de las infraestructuras al servicio común que proporcionan servicios horizontales para las Administraciones Públicas destaca el Portal de la Administración Electrónica: "La Red SARA" (Sistemas de Aplicaciones y Redes para las Administraciones)", que reúne instalaciones, servicios y medios técnicos para el intercambio de comunicaciones y servicios entre los ciudadanos y las diferentes Administraciones Públicas Españolas e Instituciones Europeas.

Hace que las comunicaciones se realicen de forma sencilla, al igual que el acceso al servicio. Es una herramienta que racionaliza y economiza medios de comuni-

cación para compartir información y servicios entre Administraciones.

Se caracteriza por ofrecer:

 Confiabilidad, asegurando la ausencia de fallos.

 Seguridad, cifra los datos y ofrece alertas ante incidencias de seguridad.

 Volumen, con un ancho de banda capaz de transmitir gran cantidad de datos.

 Servicio de calidad (QoS), no mezcla los datos, los trata según su esencia.

 Interoperabilidad, para que los ciudadanos puedan acceder a los servicios de Administración Electrónica.

 Otras infraestructuras son:

 "Nube SARA", contenedor de información.

 Teléfono "060", número para acceso al "Servicio de Información de la Administración General del Estado" que responde a las consultas de los ciudadanos proporcionando información sobre trámites a realizar con la Administración General del Estado y sus organismos públicos.

 "Servicio de Correo Electrónico Multidominio", unifica los servicios de correo electrónico de los Organismos suscritos manteniendo su entorno cada uno.

 "Servicio Unificado de Telecomunicaciones", para comunicaciones optimas entre las sedes y sus trabajadores. "Incluye: - Red corporativa multiservicio y servicio de telefonía fija. - Comunicaciones móviles - Internet - Red internacional".

 "Tu municipio en Red", ofrece a los municipios de la Generalitat Valenciana una Plataforma para que sus ciudadanos puedan disponer de los servicios de la Administración Electrónica.

 RELACIONES ENTRE LA CIUDADANÍA Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA A TRAVÉS DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN: SANIDAD EN LÍNEA

El "Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud" tiene muy en cuenta el uso de las tecnologías de la información, ya que estas suministran una calidad excepcional en la atención a la ciudadanía.

Uno de los métodos para el desarrollo del uso estas tecnologías ha sido el proyecto

"Sanidad en Línea", incluido a propuesta del Gobierno de España en el "Plan Avanza", iniciado en el año 2004, el cual pretendía acortar diferencias en el progreso en el uso de las tecnologías entre comunidades autónomas y con Europa, difundiendo su uso entre la sociedad española.
Los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas del Sistema Nacional de Salud han apostado por acciones encaminadas a aprovecharse de las oportunidades que ofrecen las tecnologías de la información, teniéndolas en muy en cuenta incluso en la elaboración de sus presupuestos.

Ya desde la "Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del SNS, que establece el marco normativo y de desarrollo, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud" y hasta el presente, a pesar de alguna variedad funcional según la Comunidad Autónoma en la que nos encontremos, hay concordancia total en los grandes servicios esenciales, aliados de las aplicaciones tecnológicas para mejor asistencia a los ciudadanos:

- "Tarjeta Sanitaria Individual del SNS", representa un modo fiel de identificar al usuario.

- "Historia Clínica Digital del SNS", consiste en la digitalización de todos los informes clínicos de cada uno de los pacientes o usuarios.

- "Receta electrónica del SNS", supone la unificación en la "Cartera de servicios comunes de prestación farmacéutica" de las medicinas y los productos sanitarios, para que de forma individual estén reunidas en un solo documento las prescripciones, visados, dispensaciones, y cualquier otra indicación necesaria para que la prestación sea efectiva, esté determinada en el tiempo y su coste resulte el menor posible.

- "Telecita", es un mecanismo que permite agilizar la cita de los usuarios para su atención primaria (médico de familia o pediatra, enfermería) y con los especialistas de su área.

- "Telemedicina", comprende "dispositivos de diagnóstico y tratamiento a distancia".

- "Intranet Sanitaria del SNS", es la "Red de Comunicaciones interna" que permite que unos centros, departamentos, especialistas y otros trabajadores se relacionen de forma segura entre ellos, haciendo posible la interoperabilidad del Sistema Nacional de Salud.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo se han expuesto los objetos de la relaciones entre la Ciudadanía y la Administración Pública a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (derechos digitales, confianza digital y empuje o Impulso del uso de Internet) y cuáles son los medios tecnológicos relevantes para ello (redes, terminales, servicios, infraestructuras).

Posiblemente el objetivo que supone un gran peso en todo este asunto sea la RAPIDEZ, el que la información sea transmitida de modo rápido y eficiente, este es un objetivo fundamental, así como que sea ACCESIBLE y por supuesto que disponga de la ORGANIZACIÓN imprescindible para agilizar tiempo de trabajo y que el tiempo de respuesta sea el menor posible.

A sí mismo, se han resumido también esas mismas relaciones centrándose en la SANIDAD, Sanidad en línea, "Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud", en la mejora que suponen respecto de la mejor calidad de servicio y atención al paciente que dedican los profesionales, y entre otros los administrativos y auxiliares administrativos, de centros sanitarios.

Ya tenemos una forma diferente de relacionarnos y comunicarnos en el mundo, las tecnologías son ya indispensables. Los usuarios podemos relacionarnos con la Administración desde nuestra casa, con el móvil, el ordenador, la Tablet, a través de internet. Todos los trámites de documentación pueden resultar más cómodos y rápidos.

Y aunque aún quedan sectores de población que tardarán un poco más en acoplarse a las tecnologías (que no nuevas), incluso algunos que no llegaran, todos los ciudadanos sin excepción ya disfrutamos de sus ventajas gracias, por ejemplo, a las aplicaciones sanitarias.

En conclusión, en este documento se ha expuesto como se ha propuesto y se ha ejecutado mediante consenso, principalmente social y con una firme voluntad política, el Acuerdo para la Digitalización que pretende consolidar y alcanzar el Plan Digital 2025 del Estado Español y de Europa destinado a que las relaciones entre la Ciudadanía y la Administración Pública a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) se completen definitivamente y alcancen a todos los ciudadanos.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 203/2021, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de actuación y funcionamiento del sector público por medios electrónicos. Publicado en: «BOE» núm. 77, de 31 de marzo de 2021, páginas 36487 a 36545 (59 págs.), Sección: I. Disposiciones generales. Dto.: Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Ref.: BOE-A-2021-5032. - https://www.boe.es/eli/es/rd/2021/03/30/203.
2. ESPAÑA DIGITAL 2025. Agenda 2030. Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. https://avancedigital.mineco.gob.es/programas-avance-digital/Documents/EspanaDigital_2025_TransicionDigital.pdf.
3. Plan Estratégico de Transformación Digital de la Administración de la Generalitat 2020-2025. Generalitat Valenciana. https://dgtic.gva.es/documents/85347/174021442/GEN+Digital+2025+castellano/8fc144b0-2c0a-4af5-a2d9-f514f8191c02.
4. Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). Software DELSOL. https://www.sdelsol.com/glosario/tecnologias-de-la-informacion-y-comunicacion-tic/.
5. Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. Sistema Nacional de Salud. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud: Tecnología de la Información y las Comunicaciones. Estrategia 11.- Sanidad en Línea. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tecInfo/home.htm.
6. Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital - Red SARA. https://administracionelectronica.gob.es/ctt/redsara#.Y3vWdHbMLDc.
7. La digitalización de la sociedad española. Comisión de Sociedad Digital de la CEOE. https://www.ceoe.es/sites/ceoe-corporativo/files/content/file/2020/03/29/38/plan_digital_2025.pdf.
8. Las TIC EN EL ÁMBITO SANITARIO. Tema 1. Proceso de informatización de la Administración Pública. Plan de Formación Permanente de la Universidad Nebrija en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior y Logoss Formación Continuada, nov.2022. https://www.logoss.net/cursos-line-para-personal-no-sanitario/administrativos-aux-adtvos-licenciados-y-diplomados/tic.
9. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Jefatura del Estado «BOE» núm. 294, de 06 de diciembre de 2018 Referencia: BOE-A-2018-16673. TEXTO CONSOLIDADO Última modificación: 27 de mayo de 2021.

Capítulo 161

PREVENCIÓN DE INCENDIOS EN CENTROS SANITARIOS

MARÍA JOSE GARCÍA SANTOS

BEGOÑA GANZO PALACIOS

ISABEL SEVILLA CONTO

LUCÍA VIJANDE VALENCIA

YOLANDA GARCÍA GÓMEZ

1 Introducción

En los últimos años, la construcción de los centros hospitalarios han pasado de realizarse de forma vertical a forma horizontal, con este cambio se mejora las posibilidades de evacuación frente a un incendio.
Aún así, existen muchas dificultades para evacuar un centro hospitalario debido a la cantidad de personal que se encuentra trabajando en el mismo y la cantidad de pacientes hospitalizados en él, por este motivo tenemos como objetivo principal intentar por todos los medios evitar el riesgo de aparición de un incendio y si así fuera sería necesario evitar la propagación del mismo. Todo esto se puede conseguir realizando un diseño y una construcción acorde que nos facilitara realizar dicha prevención.
Es importante definir cuáles son las principales causas de los incendios y establecer las medidas de prevención y protección sobre ellos.

Una vez que el incendio se haya iniciado sería primordial tener un buen plan de evacuación de todas las zonas del centro sanitario, haciendo más hincapié en las zonas con un riesgo especial debido a la dificultad de movilidad de los pacientes, esta situación se podría dar en la zona UCI.
Existen distintos tipos de incendios en un centro sanitario:
• Incendio provocado.
• Incendios originados en la zona de cocinas.
• Incendios originados en cuadros y equipos eléctricos.

2 Objetivos

- Identificar las medidas de prevención de un incendio.
- Poner en práctica las medidas de seguridad adoptadas para garantizar la seguridad de todo trabajador.
- Prevenir el incendio y en caso de que se originara, evitar la propagación del mismo.

3 Metodología

Para poder elaborar este trabajo se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva bibliográfica de documentos, webs oficiales y diversos artículos periodísticos nacionales, regionales y locales, utilizando mayormente datos de internet, a través del Google, usando las palabras clave: prevención de incendios, medidas de seguridad para prevenir incendios, etc.

4 Resultados

El objetivo principal debe ser la prevención de un incendio, evitando que este surja.
Es necesario destacar las medidas de prevención y protección contra incendios, puesto que los hospitales son centros muy complejos de evacuar en su totalidad, debido a la cantidad de pacientes y trabajadores que en ellos se encuentran.
Este es el motivo por el que se debe prevenir el incendio y, en caso de que se originara hacer todo lo posible para evitar su propagación por todo el centro sanitario. Así como crear un plan de choque contra los incendios y un plan de evacuación acorde con las necesidades del centro sanitario.
*Diseño adecuado de los edificios

Para realizar una buena protección contra incendios en un centro sanitario es necesaria la implicación de un técnico especialista para realizar un diseño apropiado de las instalaciones, planteando un diseño y una construcción del edificio con las medidas de seguridad establecidas por la normativa legal.
Para ello es esencial plantear un diseño y una construcción estratégica con las medidas de seguridad establecidas en la normativa.
*Evacuación específica en zonas de riesgo especial.

La zona del hospital que mayor problemática nos causaría en una evacuación es la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Por ello es muy importante evitar que el incendio se propague hacia ella y así contar con más tiempo para evacuar a los pacientes.
Además de la UCI también debemos considerar como zonas de riesgo especial las salas de máquinas o espacios que contengan substancias explosivas.
* Diseño accesible desde el exterior.
Además de un buen diseño interior del edificio, también en igual de importante garantizar la accesibilidad exterior del mismo para los servicios de extinción de incendios
* Plan de evacuación del personal
Si se origina y propaga un incendio en un hospital, será necesario proceder a la evacuación parcial o total del edificio. Para ello es necesario que el hospital cuente con un plan de evacuación de pacientes, estableciendo un orden en dicha evacuación, ya que en un centro hospitalario se encuentran pacientes con distintos grados de movilidad.
* Existen diferentes dispositivos para la prevención de un incendio: detectores de humos, de temperatura, de radiaciones, de gases iónicos. Además debe de contar con bocas de incendio bien equipadas, extintores portátiles, ascensores de emergencia…..
* También existe distintos tipos de incendios en un centro sanitario, dependiendo de su origen:
• Incendio provocado, su origen suele ser en colchones y la mayor parte de las veces originado por pacientes psiquiátricos, por lo que se debe tener un control de mecheros y cerillas para evitar esta situación.
• Incendios originados en la zona de cocinas, su origen se suele dar en la zona de freidoras. Para prevenir esta situación se deben de utilizar los extractores siempre que se esté cocinando.
• Incendios originados en cuadros y equipos eléctricos, siendo de rapada propagación debido a los muebles, productos químicos….

5 Discusión-Conclusión

Se deberían realizar inspecciones periódicas de los sistemas de extinción de incendios y un simulacro anual en el cual participarían todos los profesionales del centro de trabajo. El manual de seguridad deberá explicar con claridad los procedimientos de actuación de todo el personal y pacientes en caso de ordenarse la evacuación. En el caso de un centro hospitalario el comité de seguridad debería revisar el manual de seguridad del hospital para modificarlo si fuera necesario.
La identificación de los riesgos de incendios y puesta en marcha de las medidas preventivas resulta esencial para la salud laboral.
El mejor sistema para la prevención de un incendio es el que evita que se inicie el mismo. Si esto no fuera posible, lo más útil es que el sistema de prevención se inicie desde el principio utilizando los recursos necesarios para controlar y extinguir el fuego.
La protección contra incendios salva vidas.

6 Bibliografía

1-Guía básica y general de Orientación para la Vigilancia de la Salud y Prevención de Riesgos laborales, 2015-2020 del Ministerio de Sanidad.
2-Ley de Prevención de Riesgos Laborales (2015)
3-Estudio de causas de incendios en hospitales y medidas de prevención y protección
4-Casasolo.es
5- https://grupodeincendios.com/proteccion-incendios-los-hospitales
6- www.seguridad-laboral.es

Capítulo 162

LA VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR SANITARIO

PATRICIA CORA REVUELTA DE GUZMÁN

1 Introducción

La vigilancia de la salud es sin duda, uno de las herramientas más útiles que se da en cualquier programa de Prevención de Riesgos Laborales.

Regulado en el artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, el empresario tiene que garantizar a los trabajadores ”la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo”, siempre y cuando se reciba por parte de estos últimos, el consentimiento. Además, es obligatorio el respeto del derecho a la intimidad y dignidad del trabajador, así como que el empresario guarde cualquier información que haya recibido del personal trabajador, y que esté relacionada con el estado de salud.

Además, la información recabada una vez que se han practicado las medidas de vigilancia, deben ser comunicadas a aquellos trabajadores que se hayan visto afectados, así como no se deben usar para fines discriminatorios o que afectasen al trabajador.

Estas medidas de vigilancia y control que se regulan en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, no solo están enfocadas para aquellos puestos de trabajo que, en el caso del sector sanitario, se encuentren en situaciones de riesgos específicos, sino que se tienen que dar a todos los profesionales que se encuentren en las diferentes áreas de los centros sanitarios.

2 Objetivos

-Identificar cuáles son los profesionales sanitarios que puedan estar en una situación más receptiva a determinados riesgos que se puedan dar en la jornada laboral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, revistas, legislación vigente así como también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Google Academy, Dialnet, Biblioteca de la UNED o
Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como resultado, se procedió a analizar los pasos a seguir, así como las diferentes herramientas que se utilizan para la vigilancia de la salud de los trabajadores. Ambas cosas deberán ser, al final, lo suficientemente beneficioso y rentable para que suponga una motivación a que el profesional del sector sanitario individual, observe si se está dando algún posible daño o riesgos para su salud, para que en un futuro, pueda ser evitado por medio de un plan de prevención, y que sirva a nivel colectivo.

Los pasos, por lo tanto, son que el empresario garantice esta vigilancia, en primer lugar, en el caso de los centros sanitarios, en el departamento específico donde se encuentre el o los trabajadores afectados, por medio de los reconocimientos médicos, que serán voluntarios, a excepción de determinadas situaciones, como puede ser el caso de encontrarse en zona de trabajo con ciertas actividades de peligrosidad. Una vez realizados los reconocimientos médicos, la información que se recoge debe ser confidencial, y documentada, con el objetivo de poder revisarla en el caso de que fuese necesario en un futuro.

Como hemos mencionado anteriormente, no solo hay que tener en cuenta los pasos que hemos descrito, sino que hay que enlazarlo con las técnicas de vigilancia de la salud, pudiendo diferenciar entre el control biológico, y la detección precoz.

En el caso de la primera técnica, se suele realizar cuando los trabajadores del sector sanitario se encuentren con sustancias químicas, tóxicas o biológicas.
Sobre la segunda técnica que se ha mencionado, se encarga de mostrar aquellas lesiones que se hayan podido derivar en el lugar de trabajo, con el objetivo de que en un futuro se pueda evitar y repercutir en otros trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final, se hace evidente que el conjunto de, tanto las técnicas de vigilancia como las diferentes etapas o pasos que debe seguir el empresario, es realmente importante y eficaz para la correcta vigilancia de la salud de los trabajadores. En el caso de los profesionales sanitarios y no sanitarios, debido a las diferentes áreas en las que un centro sanitario se puede encontrar estructurado, se hace sumamente importante, pues dependiendo de en qué área se encuentren los profesionales y sus circunstancias, los planes de prevención serán elaborados con mayor o menor vigilancia.
Por lo tanto, la vigilancia de la salud es una herramienta de real utilidad, dentro de la prevención de riesgos laborales, por lo que se hace necesario que cada vez se puedan introducir más técnicas con las que evitar riesgos o amenazas para la salud de los trabajadores.

6 Bibliografía

-Manual ”Prevención de riesgos laborales en centros hospitalarios I”. Formación BAC. Edición 2022. Págs. 286 y ss.
-Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales

Capítulo 163

IMPORTANCIA DE LOS PROBIÓTICOS Y PREBIÓTICOS EN LA DIETA

JOSE ANTONIO SUAREZ SUAREZ

1 Introducción

El estudio del microbioma humano ha aumentado el conocimiento que existe sobre la importancia de la microbiota intestinal dentro de la salud, durante todas las etapas de la vida.

Los seres humanos tenemos un número de bacterias que están presentes en nuestro organismo, en distintas partes del cuerpo (piel, cavidades, aparato digestivo, etc., y sobre todo en el intestino grueso), esto es lo que se define como microbiota autóctona, la cual nos proporciona una serie de ventajas que van desde la protección ante agentes patógenos, desarrollo del sistema inmunitario, colaboran en la digestión, la provisión de vitaminas y de agentes esenciales

También se ha demostrado que los principales reguladores de la composición y la funcionalidad de la microbiota humana son el estilo de vida, la edad y la dieta. Mantener el intestino sano no solo ayuda para tener una correcta digestión y facilita la mejor absorción de los nutrientes que ingerimos, también es una garantía para reforzar el bienestar en general y dentro de este punto los probióticos juegan el papel principal.

Los probióticos han sido definidos por la FAO y OMS como microorganismos vivos que, cuando se administran en cantidades adecuadas, confieren un beneficio a la salud del hospedador.

Los prebióticos son sustancias no digeribles, que estimulan el crecimiento o la actividad de los microorganismos autóctonos. Estos en término coloquial podría

decirse que actúan como fertilizantes y estimulan el crecimiento de bacterias sanas en el intestino y para ello deben de cumplir los criterios de:
• No ser digerible por el ser humano. Esto es, que resiste a la descomposición por el ácido del estómago y las enzimas en el tracto gastrointestinal.
• Puede ser fermentado por microorganismos presentes en el cuerpo.
• Estimulan el crecimiento y la actividad de las bacterias beneficiosas para el organismo de forma selectiva.

2 Objetivos

- Definir que son y la importancia de los probióticos y los prebióticos para mantener una buena salud.
- Dar a conocer como la microbiota intestinal influye en los procesos fisiológicos
- Reforzar la idea de incluirlos dentro de una dieta saludable.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática y la literatura científica existente, sobre la importancia de los probióticos y prebióticos dentro de la dieta. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros formato PDF, páginas electrónicas y búsqueda en Internet.

4 Resultados

Se han realizado estudios que demuestran que muchas enfermedades son fruto de la perdida de armonía entre nuestro genoma y el microbioma. Dentro de estos estudios, la dieta aparece como elemento clave para la relación simbiótica entre los microorganismos del intestino.
La microbiota es esencial para los seres vivos desde el nacimiento. Son diversos los factores que pueden intervenir en su adecuado desarrollo, desde los primeros meses de vida hasta alcanzar el estado de microbiota madura, al final del segundo año de vida y posteriormente también a lo largo de la vida adulta.
En la actualidad hay suficiente evidencia científica que demuestran la importancia de la dieta, el establecimiento, la estructura y la actividad funcional de la microbiota intestinal, y de esta forma, también se demuestra el papel de la dieta en

determinadas enfermedades a través de sus efectos sobre las comunidades microbianas del intestino. Los probióticos y los prebióticos son efectivos para restablecer la diversidad de las bacterias beneficiosas y contribuir a una microbiota con capacidad de pasar de estados de enfermedad a situaciones más saludables.
Los probióticos deben llegar vivos al intestino para poder ejercer sus funciones. Una vez allí, interactúan con el ecosistema del intestino dando como resultado un amplio abanico de beneficios para tu salud:
• Generan compuestos beneficiosos para tus células intestinales: los probióticos fermentan la fibra soluble de los alimentos vegetales que consumes, generando ácidos grasos de cadena corta. Estos ácidos grasos sirven de energía para las células del intestino, ayudan a inhibir el crecimiento de patógenos y por tanto evita la proliferación de bacterias dañinas para el organismo y contribuyen a la prevención del cáncer colorrectal y tratamiento de enfermedades intestinales como la enfermedad de Crohn, inflamación intestinal o el síndrome de intestino irritable
• Crean un ambiente desfavorable para los patógenos: los probióticos compiten con los patógenos por nutrientes y generan compuestos que inhiben su crecimiento, dificultando su supervivencia y crecimiento en el intestino.
• Modulación del sistema inmunitario: los probióticos pueden modular la respuesta inmune e inflamatoria. Facilitan el aprendizaje necesario para una correcta protección frente a patógenos y evitan respuestas defensivas innecesarias o inapropiadas como las alergias.
• Refuerzan la pared intestinal: los probióticos pueden pasar a formar parte de tu microbiota de forma temporal, reforzando las defensas de tu intestino.
Dentro de los alimentos que contienen probióticos podemos destacar alguno de ellos como:
-Yogurt.
-Pan de masa madre- Durante la fermentación, las bacterias descomponen los carbohidratos
- Microalga.
Queso crudo, sin pasteurizar
-Cebollas en vinagre- aquellas que están elaboradas con el método de lactofermentación, en el que se utilizan bacterias de ácido láctico en el encurtido.
-Chucrut- La col fermentada, ácida y salada, es rica en probióticos. También es rica en fibra, vitaminas y antioxidantes, pero teniendo cuidado porque también tiene un alto contenido de sodio.

- Crema agria- Aunque es un alimento que hay que tomar con precaución si nos queremos cuidar.

-Espirulina-La espirulina, que es un tipo de alga con un tono azulado verdoso, es un suplemento muy popular lleno de nutrientes.

-Guisantes- Además de ser muy sanos y perfectos para acompañar nuestros platos, un estudio japonés descubrió que los guisantes verdes pueden contener el probiótico leuconostoc mesenteroides.

-Kéfir-Esta bebida láctea fermentada contiene múltiples cepas de bacterias beneficiosas para nuestra salud y levaduras. Se ha demostrado que, además, mejora la digestión y tiene propiedades antimicrobianas y anticancerígena.

-Kimchi-Este alimento tradicional coreano se elabora mediante la fermentación de verduras, incluida la col, con bacterias probióticas del ácido láctico. Entre sus muchas cualidades está la de reducir el colesterol, favorecer la buena salud del cerebro y reforzar el sistema inmunitario.

- Kombucha- es una bebida elaborada a partir de la fermentación de té negro o verde, más azúcar, levadura y bacterias. Entre sus beneficios para la salud está que nos ayuda a disfrutar de una mejor digestión.

-Leche de almendra-Muchas alternativas lácteas, como las leches y yogures a base de frutos secos, pueden contener cultivos vivos. Sólo hay que comprobar en las etiquetas si cuentan con lactobacilos u otras cepas probióticas.

-Leche de soja fermentada puede contener probióticos. Además, otros productos derivados de la leche de soja pueden estar enriquecidos con probióticos para ofrecer beneficios adicionales para tu salud.

-Manzana- Según diversas investigaciones, esta fruta tan apreciada por la gente a la que le gusta una alimentación sana contiene unos 100 millones de bacterias, que pueden interactuar con nuestro microbioma intestinal de una forma saludable y más eficaz que los suplementos probióticos.

-Pepinillos encurtidos- Los pepinillos en vinagre se dejan fermentar en agua salada con sus bacterias lácticas naturales. Por ello, son ricos en probióticos, además de contener numerosas vitaminas (A, B3, E, C y ácido fólico o B9) y numerosos minerales como hierro, calcio, fósforo, potasio, magnesio y zinc.

- Vinagre de sidra de manzana- Es uno de los alimentos probióticos más beneficiosos para la salud de la flora intestinal de nuestro organismo. Además, contiene ácido acético y magnesio.

- Remolacha encurtida- Cuando la remolacha se encurte y también se fermenta, contiene probióticos, además de fibra, vitaminas, hierro y muchos más elementos beneficiosos para nuestra salud. Además de remolacha, puedes usar apio, zanahorias, pepinos, nabos, puerros.

-Requesón- Algunos tipos de requesón son muy ricos en probióticos. Para saber cuáles son, te recomendamos que investigues aquellos que son fermentados con cultivos activos vivos, ya que además será de más fácil digestión.

Salsa de soja-Aunque es un alimento fermentado, la salsa de soja no siempre es probiótico, a menos que esté específicamente etiquetado como tal. Pero diversas investigaciones sugieren que tanto ella como otros alimentos fermentados podrían ofrecer beneficios para la salud gastrointestinal.

En cuanto a los prebióticos, podríamos decir que son el alimento de estas bacterias (probióticos), que son alimentos no digeribles y que estimulan el crecimiento de las cepas presentes en el tracto intestinal. Los podemos encontrar en frutas y verduras, especialmente en aquellas que contienen carbohidratos complejos, como la fibra y el almidón resistente
Los prebióticos actúan promoviendo:
• Un crecimiento selectivo de bacterias "saludables": el consumo de prebióticos estimula el crecimiento de las bacterias beneficiosas, como las bifidobacterias y los lactobacilos. Esto te permite mantener a raya el crecimiento de otros microorganismos patógenos.
• Una mejora del tránsito intestinal: junto a una buena hidratación, el consumo regular de prebióticos ayuda a mantener un tránsito regular y facilidad para evacuar. Esto ocurre porque este tipo de fibra absorbe agua y forma unos geles que facilitan el paso de los contenidos digestivos. Sin embargo, si tu consumo de prebióticos es bajo, es recomendable aumentarlos de forma gradual para evitar molestias digestivas.
• Un control de los niveles sanguíneos de azúcar y colesterol: los prebióticos pueden actuar como una esponja que en la luz del intestino secuestra parte del azúcar y del colesterol de la dieta e impide su absorción. Alivia el estreñimiento y la diarrea. Previene enfermedades cardiovasculares y problemas de obesidad.
• Una mejor absorción de vitaminas y minerales: gracias a su fermentación por la microbiota intestinal, los prebióticos facilitan la absorción de algunas vitaminas y minerales de tu dieta, como por ejemplo el calcio, el magnesio, el hierro. La vitamina K y vitamina B12.
• Una mejora de la microbiota en bebés alimentados con leche de fórmula:

la suplementación con determinados tipos de prebióticos (como los galactooligosacáridos y los fructanos) estimula el crecimiento de bifidobacterias y mejora la consistencia de las evacuaciones hasta niveles cercanos a los de los bebés que se les da el pecho.
El consumo regular de frutas, verduras, legumbres y cereales integrales garantiza un suministro constante de prebióticos y algunos ejemplos son: las legumbres, el ajo, la cebolla, nueces, chocolate negro, copos de avena, maíz, puerros, alcachofas, soja, espárrago, la leche (sobre todo la leche materna) el plátano verde, el boniato y la patata, entre otros, estos últimos cocidos y enfriados durante 24 en la nevera. Este proceso hace que se cree almidón resistente.

5 Discusión-Conclusión

La salud intestinal lleva siendo un tema de candente y de actualidad durante los últimos años, gracias a que hemos empezado a comprender mejor el importante papel que desempeña nuestra microbiota intestinal en nuestra salud general.
Mantener el intestino sano, no solo ayuda a una correcta digestión y aumenta la absorción de todos los nutrientes que consumimos. También es una garantía para reforzar nuestro bienestar en general y, aunque existen varias formas de proteger nuestro intestino, no cabe duda que los probióticos junto con los prebióticos son el pilar más importante, y, por tanto, debemos tener presente el incorporarlos diariamente en la dieta.
Dicho esto, lo que todos sabemos. Es que es bueno llevar una dieta equilibrada y sana para tener una buena salud, es de pura lógica. Los beneficios de consumir una dieta equilibrada y variada formada por proteínas, grasas saludables, fibra dietética y alimentos probióticos nos ayudan a mantener nuestra buena salud gastrointestinal. Entre ellos, podemos mencionar que ayuda a mantener sano nuestro sistema inmunitario, lo que influye de manera importante en las posibilidades de no sufrir infecciones y enfermedades graves. También tiene mucha influencia en la salud mental y neurológica, así como mantener un peso saludable y un metabolismo en condiciones, disfrutar de una salud cardiovascular, renal, urinaria y gastrointestinal.

6 Bibliografía

1. Pastor, L.A. (2021) La importancia de incluir probióticos y prebióticos en tu dieta saludable, Noticias sobre discapacidad, turismo, sociedad y economía.

Available at: https://www.tododisca.com/importancia-incluir-probioticos-prebioticos-dieta-saludable/
(Accessed: November 21, 2022).

2. Bernácer, R. (2022, September 21). Probióticos y prebióticos. Retrieved November 21, 2022, from https://www.webconsultas.com/dieta-y-nutricion/dieta-equilibrada/alimentos-funcionales/prebioticos-y-probioticos/diferencia-3171
3. Esquiu, R. (2022, November 20). Probióticos y prebióticos: Nuestros Mejores Aliados. Retrieved November 21, 2022, from https://www.elesquiu.com/sociedad/2022/11/20/probioticos-prebioticos-nuestros-mejores-aliados-456292.html
4. Portalatín, B. (2019, September 08). Éstos son los alimentos que tienen prebióticos y probióticos: Imprescindibles en Tu Dieta. Retrieved November 21, 2022, from https://www.elespanol.com/ciencia/nutricion/20190908/alimentos-prebioticos-probioticos-imprescindibles-dieta/426707775_0.html
5. Prebióticos y probióticos ¿Diferencia? ¿Beneficios? Los alimentos con… (2019, February 20). Retrieved November 21, 2022, from https://www.entreprobioticos.com/prebioticos/

Capítulo 164

TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA ACEPTACIÓN Y RECHAZO DE MUESTRAS EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS

FATIMA SOHORA LAACHIRI MOHAMED

FATIMA ZOHRA ABDESELAM CHAIRI

SUAD KABOR MOHAMED

1 Introducción

Dentro del ámbito sanitario y en concreto en los laboratorios clínicos, tenemos el laboratorio de urgencias. Estos laboratorios pueden estar anexos a los de rutina o estar en zonas independientes y se caracterizan en una función continua y sin descanso. De igual modo que con los servicios de rutina contaremos con unos protocolos de rechazo y aceptación de las muestras que nos llegarán de parte del profesional médico.

El principal objetivo del laboratorio de urgencias es proporcionar con la mayor brevedad posible el informe de los resultados, por lo tanto, el proceso de análisis debe utilizar los recursos y cumplir los objetivos propuestos para obtener la mayor calidad de las pruebas que se realizan en el laboratorio.

No es solo un "análisis de sangre": comprende un elenco de profesionales tanto sanitarios como no sanitarios. Desde que se hace la petición hasta que la muestra llega al laboratorio y el resultado es interpretado por el médico.

Existirán una serie de valores como por ejemplo el ayuno, la cafeína, la dieta, el tabaco, algún fármaco que esté tomando en ese momento el paciente que no se podrá tener en cuenta en las analíticas de urgencias, puesto que cuando llega el paciente al hospital no estaba previsto. A la hora de interpretar los resultados se deberá tener en cuenta.
Lo importante es tener un esquema general del estado de salud del paciente que ingresa en urgencias.

2 Objetivos

Conocer e indicar los requisitos de calidad para determinar si las muestras recibidas serán aceptadas o rechazadas por parte del técnico de laboratorio.

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.
Se hace uso de la experiencia en el laboratorio de diagnóstico clínico

4 Resultados

- Lo inmediato en un laboratorio de urgencias es la etiqueta, si esta no está presente se rechaza inmediatamente. Todas las muestras que lleven etiqueta con nombre y apellidos del paciente se aceptarán en el laboratorio. Luego se verá si en esa etiqueta están asociadas las pruebas solicitadas y, si pertenecen realmente a esa persona.
- Correcto embalaje y transporte de las muestras. Lo ideal es enviar las muestras al laboratorio en el menor tiempo posible.
- Puede existir un error muy común en el sistema informático que es la duplicación de pacientes. Se realizará un rechazo automático.

- Una de las pruebas más solicitadas en urgencias son las gasometrías. Se deberá enviar lo antes posible al laboratorio para evitar reducir los niveles de PO2 y aumento de PCO2, además de una variación en el pH. Si no es posible se mantendrá en frío.

Los urocultivos así como las muestras de heces deberán ser recogidas en condiciones asépticas y recipiente estéril.
- Si las muestras de orina observamos que hay presencia de heces, se pedirá nueva muestra. Mención especial a las muestras de orina de los niños o bebes. Dado la dificultad de obtención de estas muestras por la bolsa pediátrica.
- Las muestras de sangre se rechazarán automáticamente si están hemolizadas para determinaciones en las que las sustancias del eritrocito interfieran, tales como niveles de glucosa, potasio, sodio, lactato deshidrogenasa, enzimas cardiacas.
- Para los estudios de coagulación y hemograma de las muestras de sangre coaguladas se pedirá nueva muestra.

- Se rechazará las muestras con volumen insuficiente, ya que la relación anticoagulante sangre no es proporcional y pueden darnos valores aumentados de la coagulación como por ejemplo del Tiempo de protrombina.
- Las muestras de Líquido Cefalorraquídeo urgentes no deberán llegar refrigeradas y se enviarán y analizarán lo antes posible.

5 Discusión-Conclusión

Una de las primeras acciones que realizan los profesionales médicos cuando una persona ingresa en urgencias es la solicitud de un análisis clínico para tener una idea general del estado del paciente.
Desde el primer momento que se emite el volante y llega al laboratorio existen diferentes pasos y profesionales que deberán trabajar en los estándares de calidad para que el proceso sea el más rápido posible. Como se ha visto anteriormente, la etiqueta, las pruebas solicitadas y la conservación y transporte de la muestra al laboratorio deben ser correctas.
Finalmente, recae en el laboratorio la responsabilidad final de si acepta o no las muestras que llegan. Al tratarse de un servicio de urgencias, la eficacia y calidad del proceso que incluye a todos los profesionales debe de hacerse con la mayor brevedad posible.

6 Bibliografía

1. Antonio M. Pruebas de Laboratorio en Urgencias. 4ª Edición. (15-31) Editorial Logoss.
2. Hospital del Niño. Dr José Renán Esquivel disponible en https://hn.sld.pa/

criterios-de-aceptacion-y-toma-de-muestras/.
3. Sociedad Andaluza de Microbiología y Parasitología. Plan de laboratorios clínicos. Protocolos. Disponible en https://sampac.es/images/site/documentacion/protocolos/otros/Manual_Obtencion_y_Manejo_Muestras_1.pdf.
4. Eli Cobos Z. Disponible en https://prezi.com/uhtydrygwu6y/aceptacion-orechazo-de-muestras/.
5. Medlineplus. Gasometría arterial. Disponible en https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003855.htm.
6. Junta de Andalucía. Manual de Toma de Muestras. Disponible en http://www.

Capítulo 165

LEGISLACIÓN VIGENTE QUE REGULE EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

PATRICIA CORA REVUELTA DE GUZMÁN

1 Introducción

Actualmente, la necesidad de que en cualquier empresa, tanto pública como privada, exista un servicio de atención al cliente, hace que, en caso de que los usuarios deseen interponer una reclamación, la calidad y eficacia del servicio sea más efectiva.

Esta herramienta también existe en los centros de salud y centros hospitalarios, con la denominación ”Servicio de Atención al Paciente”. El personal administrativo del sector sanitario, son los encargados de tener siempre en mano las hojas de reclamaciones, donde los usuarios o pacientes podrán expresar sus quejas o conflictos que hayan podido sucederles durante el tiempo que hayan estado dentro de los centros sanitarios.

Es importante saber, aun así, en qué consiste este servicio de una manera más profunda, ayudándonos o consultando la actual normativa vigente en nuestro estado, donde se expondrá los derechos de los usuarios, así como la forma en que se tienen que formular las quejas y reclamaciones dirigidas a los servicios que se encuentran dentro del sector sanitario, pues dependiendo de qué conflictos o situaciones se pretenden informar, dichas quejas y reclamaciones se dirigirán a un departamento u otro del sector sanitario. De las mismas manera ocurre si la queja va hacia un trabajador sanitario o no sanitario en concreto.

2 Objetivos

Objetivos principales:
-Conocer la actual normativa que regula el Servicio de Atención al Paciente
-Exponer al personal que se encarga de llevar a cabo este servicio.
-Identificar cuándo el usuario va a interponer una queja/reclamación

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, revistas, legislación vigente así como también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Biblioteca de la UNED, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los resultados se pueden resumir en los siguientes puntos:
-En primer lugar, es evidente que este servicio se ha visto regulado por diferentes leyes con el objetivo de que con el paso del tiempo, se pueda ir mejorando su calidad y eficacia. Así, podemos mencionar, en primer lugar, la Constitución Española, especialmente sus artículos 43 y 51. Por otro lado, encontramos la Ley General de Sanidad, donde en sus artículos 9 y 10 se señala el deber de los poderes públicos de informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, así como los derechos que estos poseen, como puede ser el derecho a la información sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder, siendo esto de manera completa y continuada, tanto verbal como escrita.
Otra ley a tener en cuenta es la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, destacando sus artículos 8, 11,12, 13, 14,15 y 16, entre otros, todos ellos relacionados con los derechos que tienen los ciudadanos en calidad de usuarios de los servicios que se ofrecen de una manera genérica.
-En segundo lugar, los trabajadores capacitados para llevar a cabo de manera eficiente este servicio, dentro del sector sanitario, serán los que identificamos como personal administrativo, e incluso sociólogos o psicólogos, pues son puestos que mayoritariamente se suelen encontrar en continua comunicación con terceras personas, siendo estas últimas los pacientes y usuarios que acceden al Servicio de Atención al Paciente. Además, poseen dotes adquiridas gracias a su formación

basada en escucha activa, empatía, y actitud favorable frente a conflictos que en su mayoría están basados en la salud de las personas que reclaman.
-En tercer lugar, este servicio, por tanto, es de bastante utilidad, pues sirve como una forma de acceder a aquellos responsables que el paciente y usuario no pueda tener contacto de una manera más facil, explicando la situación que le ha supuesto una insatisfacción en sus necesidades como paciente que acude a los servicios sanitarios para encontrar una solución.
A veces esta insatisfacción suele emitirse de forma verbal, lo que se conoce como queja, mientras que, cuando el usuario quiere relatar conflicto de una manera más completa, acude a realizar un trámite por escrito, lo que se identifica como reclamación.
Una vez que se interponen la queja o la reclamación, la dirección a la que vaya dirigida, intentará que se solucione dicho conflicto que emitió el usuario, en primer lugar, para el propio paciente, y en segundo lugar, para evitar que se vuelva a repetir dicho conflicto en un futuro.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final, se puede demostrar que el Servicio de Atención al Paciente es de vital importancia dentro del sector sanitario. En primer lugar, porque permite que los pacientes puedan comunicarse con el personal laboral, comunicando aquellas circunstancias o conflictos que le hayan sucedido y que le hayan causado una insatisfacción en las necesidades que en un principio, pensaba que les iban a ser complacidas. Y en segundo, para poder interponer una solución a dichos problemas de forma rápida y segura para todos los usuarios de los centros sanitarios u hospitalarios.

Ambas razones expuestas se pueden deducir, como hemos visto de la legislación actual vigente. Normativa que irá variando o actualizándose debido a los futuros cambios que se pudiesen dar en la forma de actuar dentro de esta herramienta, debido a la implantación de las nuevas tecnologías o herramientas de información.

6 Bibliografía

-Constitución Española
-Ley General de Sanidad
-Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios

-Institución del Defensor del Pueblo, informe de 1991
-Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano
-Ley 39/2015, de 1 de octubre, de procedimiento administrativo común de las administraciones público

Capítulo 166

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS POR EL CONFINAMIENTO DEL SARS-COV 19 EN LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

ELENA SEVILLA GARCÍA-MONTIEL

1 Introducción

La pandemia provocada por la COVID-19 ha causado un cambio drástico en la vida de las personas y especialmente en los aproximadamente 2 millones de hogares donde una persona mayor de 65 años vive sola.
Debido al desconocimiento de los efectos del virus, que estaba terminando con la vida de miles de personas en el Planeta, se tomó la determinación de proteger a la población, pero fundamentalmente a los sectores especialmente vulnerables, como son las personas mayores y las que sufrían patologías previas, mediante el aislamiento en sus lugares de residencia.
La protección a las personas mayores es una tema prioritario que se refleja en una gran cantidad de normas que existen a todos los niveles, tanto Nacionales e Internacionales como a nivel de Comunidades Autónomas y que intentan hacer una protección integral de todos los aspectos de la vida de una persona como son la salud, la vivienda, la seguridad, la nutrición… pero no debemos olvidarnos del aspecto psicológico.
La OMS define Salud como ”un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.
El Ministerio de Sanidad, a través de la Dirección General de Salud Pública, está trabajando en la promoción del envejecimiento saludable, ya que se considera

fundamental detectar, prevenir y abordar la fragilidad en las personas mayores, entendiéndolo por el deterioro progresivo relacionado con la edad, de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de la capacidad intrínseca, lo que confiere una mayor vulnerabilidad a los factores de estrés y aumenta el riesgo de enfermedad.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer de qué manera la calidad de vida de las personas mayores se vio mermada por los aspectos psicológicos y mentales del confinamiento y cómo afecta a la salud general de la persona para intentar paliar esta situación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de páginas web de organismos oficiales como el Ministerio de Sanidad y la Organización Mundial de la Salud y de diferentes publicaciones.

4 Resultados

Durante el confinamiento, la vida de las personas mayores cambió radicalmente de un día para otro al establecerse medidas de protección basadas en el distanciamiento social, limitación del contacto con sus seres queridos o la reducción de la movilidad y la actividad física, desencadenando en muchas ocasiones, un sentimiento de soledad y de aislamiento social.

La vida de muchas personas mayores, especialmente si viven solas se basa en salir a hacer recados, a pasear, hacer ejercicio o quedar con alguna amistad para realizar alguna actividad lúdica y en la relación con sus seres queridos. El confinamiento terminó con todo esto de un día para otro y además añadió una gran dosis de miedo, ansiedad y tristeza, ya que las personas mayores solas todo el día en casa, la única información que recibieron durante muchos meses fue catastrófica, solo enfermedad y muerte.

En este clima tan desolador, las personas además de estar solas pasan a ”sentirse solas”, término que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya ha calificado

de problema de salud por considerar que atenta contra los derechos humanos, si bien se puede intuir en la definición que hace la misma Organización de la salud que ”es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.
El miedo y el estrés junto a la conciencia de vulnerabilidad se relacionan con ansiedad, depresión y síntomas psiquiátricos que debilitan el sistema inmune haciendo a las personas más propensas a problemas de salud físicos y mentales. Incluso se ha detectado que en algunos casos, el confinamiento y el aislamiento han producido reacciones propias del estrés postraumático, pero generalmente ha producido tristeza, apatía, pudiendo llegar a ser una causa de muerte prematura.

5 Discusión-Conclusión

Ante la problemática antes descrita en un sector de población tan vulnerable, parece esencial un trabajo social, casi puerta a puerta, y en coordinación con los servicios de salud, para detectar los casos que aún continúan con un elevado aislamiento y no han recuperado el estado de bienestar previo a la pandemia.
Siendo conscientes de que la gente mayor no siempre va a recuperar su estado de salud anterior, si es obligado poner todos los recursos necesarios a su alcance para que recuperen en la medida de lo posible la autonomía y salud mental anterior a la pandemia.
Tan importante como esta medida para intentar paliar las consecuencias, es trabajar la prevención en caso de que se dieran situaciones similares.

6 Bibliografía

 https://www.who.int/es
 https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/home.htm
 https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-avance-resumen-impacto-psicosocial-covid-19-personas-mayores-S0211139X20300664
 https://www.ucsc.cl/blogs-academicos/covid-19-efectos-colaterales-del-confinamiento-en-las-personas-mayores/
 https://wayalia.es/efectos-psicologicos-pandemia-ancianos/
 https://www.kineactiv.com/consecuencias-del-confinamiento-en-la-salud-de-las-personas-mayores

 https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/2099

Capítulo 167

LA IMPORTACIA DE UN CORRECTO LAVADO DE MANOS

MARÍA ELISA GARCIA PAZ

TAMARA CABO JUNQUERA

YOANA SUÁREZ SÁNCHEZ

MARÍA JESÚS GARCÍA LÓPEZ

CARMEN REGINA FERNÁNDEZ IGLESIAS

1 Introducción

El lavado de manos se ha convertido en una de las herramientas fundamentales en la lucha contra la proliferación de enfermedades y transmisión de agentes patógenos en la actualidad.
A la hora de analizar las numerosas virtudes de su aplicación y su eficacia, se ha de tener en cuenta la importancia de su correcta aplicación : de poco sirve disponer de jabones antisépticos, lavabos y lavamanos con agua caliente a la temperatura correcta si las técnicas aplicadas por el usuario son deficitarias, no tienen en cuenta la morfología de la mano – llena de pliegues y huecos que pueden ser escondite fértil para las bacterias – o no se aplican a tiempo.
Se considerará así un correcto lavado de manos aquel que conlleve, en principio, frotar de un modo intenso las manos. Aparte del arrastre de bacterias que implica este acto, se procura llegar a todas las partes de la mano, evitando así que las zonas de intersección o las uñas queden fuera del proceso de limpieza

siendo, como son, parte vital. Posteriormente, se ha de producir un lavado con agua caliente al que se dedicará el tiempo necesario, arrastrando así las bacterias. Con el lavado de manos – con el correcto lavado de manos – se está contribuyendo de un modo social a la no proliferación de patógenos, evitando así ser fuentes de contagio. También se está cuidando uno mismo, especialmente si el lavado se produce en los momentos esenciales : tras tocar superficies que pueden estar contaminadas, enfermos y se evita acceder a las vías de entrada habituales de enfermedades – nariz, boca – al acercar las manos contaminadas.
El lavado de manos es la más económica y eficaz herramienta al alcance de todos para evitar la transmisión de enfermedades.
El lavado de manos puede conllevar el uso de jabones antisépticos, las soluciones con base alcohólica o buscar la asepsia, como en el lavado quirúrgico, siendo este un lavado de manos mucho más cuidadoso y exigente.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son dar a conocer la importancia del lavado de manos, no solo en el ámbito laboral, sino también en el personal (social, familiar).

3 Metodología

Para realizar este trabajo hemos hecho una búsqueda de material en diversas páginas y revistas online, así como en diversos artículos relacionados con el tema. Redaly, elsevier, revista médica. Com, son agunos ejemplos de revistas científicas donde hemos obtenido información.

4 Resultados

La epidemia derivada del Covid-19 ha vuelto a poner sobre la mesa la importancia vital del lavado correcto de manos como esencial medida preventiva y salvaguarda de la salud.
Hoy más que nunca, los ciudadanos son conscientes de que lavarse las manos previene enfermedades y es uno de los elementos fundamentales en la contención de epidemias y transmisiones indeseadas de bacterias y elementos infecciosos.
El ojo humano no puede apreciar, sin la ayuda de elementos ópticos o electrónicos, la cantidad de bacterias, virus, hongos y otros elementos presentes en las

manos de las personas. El lavado de manos, siempre y cuando se sigan unos patrones ya testeados y eficaces como los recomendados por la OMS, permiten eliminar mediante el enjabonado y posterior lavado profuso de manos, la mayoría de agentes infecciosos.
El enjabonado puede conllevar el uso de jabones antisépticos y puede ser sustituido, si no existe un lavavamos cercano, por la acción de soluciones basadas en alcohol. El resultado, no obstante, es superior con la combinación de jabón y lavado con agua caliente abundante.
En el caso de los trabajadores sanitarios, el momento del lavado de manos es antes y después de la manipulación de un paciente o sus enseres, ropas, elementos de mobiliario y siempre que se sospeche se pueda haber estado en contacto con patógenos.
El objetivo es proteger siempre : a uno mismo y a los demás, evitando la proliferación de enfermedades.
El lavado de manos se ha distinguido como el método más económico, eficaz y de más fácil enseñanza y realización de todos cuantos existen para combatir el contagio de enfermedades.
Es preciso recordar que se ha de extremar el cuidado en el lavado cuando se vaya a tratar con enfermos inmunodeprimidos – VIH, pacientes oncológicos – o con personas de edad avanzada.

5 Discusión-Conclusión

El lavado de manos ha quedado demostrado que es uno de los factores más importantes para evitar la transmisión de ciertas enfermedades, es importante que el personal tanto sanitario como no sanitario se dé cuenta de esta situación y realice esa acción de la forma más rigurosa posible. Las enfermedades que se transmiten a través de la piel son importantes y pueden llegar a ocasionar patologías o enfermedades que provoquen incluso la muerte de las personas. El lavado de manos no lleva mucho tiempo, es importante que todo el personal tenga los útiles y materiales necesarios para realizarlo y que sea una acción obligatoria y común.
• El lavado de manos evita que se transmitan ciertas enfermedades que ocasionan graves prejuicios económicos a nivel mundial, por lo tanto no es solo una cuestión de salud sino también económica por lo tanto que todo el personal disponga del conocimiento y los útiles necesarios para la realización de un correcto lavado va a evitar, por una parte la propagación de ciertas enfermedades y por otro va a contribuir con una mejora de la capacidad económica. El lavado de manos ha demostrado ser, rápido, económico y eficaz, por lo tanto debe ser

la base de un sistema sanitario eficaz, en el que todo el personal, sanitario y no sanitario se basen a la hora de realizar sus funciones. Por ello es necesario que todos conozcan su importancia para que lo lleven a cabo correctamente.

6 Bibliografía

Coelho, M. S., Arruda, C. S., & Simões, S. F. (2011). Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo. Enfermería global, 10(1).
Licenciada Cristina Silva. Técnica de Lavado de Manos. Revista Enfermería. Pag 14-16. Disponible en: https://www.fundasamin.org.ar/
Organización Mundial de la Salud [Internet].Organización Mundial de la Salud; 2010 [consulta 26 de mayo de 2022]. ¿Cómo lavarse las manos?; [aprox. 1 pagina]. Disponible en: https://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_lavarse_manos_poster_es.pdf?ua=

Capítulo 168

LOGOPEDIA Y ESCLERÓSIS MÚLTIPLE

CARLA MARÍA GRANDA MEMBIELA

1 Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad autoinmune, desmielinizante, inflamatoria y neurodegenerativa del sistema nervioso central (Khan, 2011). Su sintomatología es diversa y puede repercutir en la calidad de vida del paciente, afectando al propio paciente y a su entorno más cercano.

Aparece, sobre todo, en adultos jóvenes y fue descrita por primera vez en 1877, quien describe tres síntomas característicos: nistagmo, temblor intencional y disartria con habla escándida.

Se trata de una enfermedad en la que aparecen brotes, remisiones y progresiones. La sintomatología, evolución y gravedad son variables, abarcando desde dificultades leves hasta la dependencia para realizar actividades de la vida diaria.

La función principal del logopeda es la de entrenar, asesorar e informar a la familia y cuidadores del paciente, para que conozcan cuales son las dificultades presentes, lo que se puede conseguir y hasta dónde podemos llegar con nuestra terapia. Además, la familia y cuidadores tendrán un papel muy importante en la rehabilitación dado que el logopeda enviará al paciente diferentes ejercicios y pautas que deberá de realizar en su domicilio y serán las personas más cercanas a él los que deberán ayudarle en su realización. Por otro lado, el logopeda también tiene el objetivo de detectar, examinar y valorar las dificultades presentes y prevenir la aparición de nueva sintomatología, así como establecer un programa de rehabilitación adecuado y adaptado a cada paciente. Por último, en caso de que el enfermo se encuentre en fases avanzadas de la enfermedad y necesite un Sistema de Comunicación Alternativo y/ o Aumentativo, será el logopeda el encargado

de elegir un sistema adecuado a sus necesidades y de enseñar su uso tanto al paciente como a los familiares.

2 Objetivos

El presente artículo tiene como objetivo principal describir los principales síntomas de la Esclerósis Múltiple y conocer el papel principal del logopeda en la EM.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la Esclerosis Múltiple a través de una búsqueda de información, tanto en libros como en artículos y bases de datos. Se describen los déficits del lenguaje y los objetivos de una buena evaluación logopédica.

4 Resultados

En la EM el sistema inmunológico ataca a la mielina que recubre la superficie de los nervios, sustituyéndola por tejido cicatricial endurecido conocido como placas de esclerosis. La desmielinización provoca la inflamación de las estructuras y la formación de placas que afectan a los axones y por tanto impiden la transmisión del impulso nervioso.
Se trata de una enfermedad muy heterogénea en cuanto a la sintomatología que puede presentar un paciente u otro.
No existe cura para la EM y por tanto, el tratamiento de la EM es de tipo farmacológico y rehabilitador. El equipo rehabilitador debe estar compuesto por diferentes profesionales (neurólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, psicólogos…) que tengan como objetivo principal mejorar la calidad de vida del paciente y acompañar y asesorar a la familia a lo largo de la enfermedad.
El objetivo principal del logopeda será abordar las dificultades de lenguaje, habla y deglución, así como implementar un sistema de comunicación aumentativo y/o alternativo en aquellos casos en los que la comunicación se ve gravemente afectada.
En primer lugar, se realizará una evaluación logopédica para determinar los déficits presentes y el nivel de afectación; una vez realizada la evaluación se

planteará un programa de intervención adecuado a las necesidades específicas de cada paciente.

A nivel logopédico podemos encontrar la siguiente sintomatología:

- Disartria (discurso acelerado, monotonía, dificultades articulatorias, movimientos involuntarios de labios y lengua, hipotonía y descoordinación de la movimientos de la musculatura implicada en el habla, descoordinación fono-respiratoria).
- Disprosodia
- Disminución de la capacidad respiratoria
-Disfagia: suele estar alterada la fase oral o la fase faríngea de la deglución, como consecuencia de las alteraciones en la musculatura orofacial.
- Problemas de voz: se verá afectado el timbre, tono e intensidad vocal. Puede cursar además con hipotonía o hipertonía vocal, dependiendo del paciente.
- Parálisis facial que se puede manifestar por hipotonía de la musculatura o por hipertonía de los músculos faciales.
- Dificultades grafomotrices principalmente porque las dificultades motóricas de miembro superior.

Para realizar un diagnóstico de EM el paciente debe de ser sometido a diferentes pruebas neurológicas, principalmente se le realizará una resonancia magnética y una punción lumbar. Tras las pruebas médicas, se le realizará una evaluación funcional, esta evaluación deberá de ser realizada por todos los profesionales necesarios. El logopeda como parte del equipo multidisciplinar que debe atender al paciente deberá aportar la información recogida en su evaluación con el fin de llevar a cabo una adecuada intervención terapéutica, individualizada y centrada en las necesidades propias del paciente y su entorno. En la evaluación se emplearán diferentes test estandarizados y se deberá de realizar una evaluación por áreas:

- Para evaluar la disartria será necesario tomar una muestra del habla del paciente durante la conversación que nos permita registrar y comparar con futuras grabaciones. Se pedirá al paciente que realice diferentes praxias de movilidad y fuerza para comprobar el estado de la musculatura orofacial. Se explorará la articulación mediante test como el Registro fonológico inducido o el ELA-R, que nos permitirán conocer qué fonemas se encuentran alterados.
- Para evaluar la disfonía podemos realizar una sencilla prueba en consulta. Pediremos al paciente que emita una a sostenida durante el mayor tiempo posible (TMF) y una s sostenida durante el mayor tiempo posible (TME), el cociente resultante entre estos dos parámetros es el conocido índice s/z, su valor deberá encontrarse entre 1.4 y 1.5. En caso de que necesitásemos información más precisa y detallada, se recomienda derivar al otorrinolaringólogo para que se le real-

ice una videolaringoestroboscopia, mediante esta prueba podremos observar el movimiento de las cuerdas vocales, el cierre glótico, la onda mucosa y la simetría del movimiento.

- La exploración de la disfagia tendrá como objetivo determinar la seguridad en la alimentación por vía oral y el riesgo de aspiración. Para ello, en primer lugar se realizará una evaluación clínica, en ella se explorarán las fases oral y faríngea de la deglución a través de la deglución de diferentes volúmenes y consistencias, atendiendo a los signos que pueden aparecer tras la deglución como la disfonía, voz húmeda, tos, etc.

Por otro lado, se podrán realizar pruebas médicas más objetivas y que aportarán más información acerca de las dificultades que pueden aparecer en la deglución, una de las pruebas más conocidas es el test MEC- V acompañado de una videofluoroscopia que nos permitirá ver exactamente dónde se encuentra el problema.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión debemos de destacar la importancia de un abordaje multidisciplinar en el tratamiento del paciente con EM. El equipo multidisciplinar deberá de estar formado por neurólogos, psicólogos, logopedas, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, todos ellos a través de un trabajo coordinado deberán tener como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente y mejorar y/o mantener en la medida de lo posible el estado actual del paciente.

Además es muy importante llevar a cabo una adecuada evaluación en la que se determinen cuales son las dificultades presentes y el nivel de afectación del paciente en cada una de las áreas afectadas. La información recogida en la evaluación deberá ser expuesta en un informe que se aportará al resto de profesionales para poder llevar a cabo una buena coordinación del caso.

6 Bibliografía

1. De las Heras Mínguez G, López TS. Logopedia y enfermedades neurodegenerativas. NAU llibres; 2018.

Capítulo 169

EL ACOSO LABORAL EN EL AMBITO SANITARIO

CARMEN ALVAREZ VIVANCO

1 Introducción

El acoso laboral o mobbing es un conjunto de actividades o conductas que se ejerce sobre una persona por parte de otra u otras varias personas en su lugar de trabajo. Habitualmente, estas situaciones se producen de manera repetida en el tiempo, pudiendo conllevar unas consecuencias negativas hacia su estatus profesional y/o personal, produciendo incluso que pueda llegar a ser expulsado de la organización. No menos importante sería la repercusión en la salud de la persona afectada, viéndose en ocasiones disminuida su productividad y sufriendo procesos de estrés, ansiedad, miedos etc… que repercuten en su calidad de vida.
El acoso laboral que se puede producir en el ámbito sanitario afecta de lleno al trabajo diario de las plantillas en diversos aspectos. Éste se manifiesta a través de los intentos de desprestigiar o controlar la vida profesional de una persona con: humillaciones, amenazas, estrés y presiones desmesuradas que conllevan problemas para la salud física y mental de este profesional.
Sería recomendable realizar tácticas preparatorias para dotar de los recursos necesarios al profesional que le permitan enfrentarse a estas situaciones. Para esto son imprescindibles la prevención, la formación y la comunicación, que contribuyen además a mejorar el clima laboral. Ante casos de acoso laboral debemos evitar “mirar hacia otro lado”, no debe de haber excusa ni tolerancia ante esa situación, si bien es cierto que el elevado volumen de trabajo diario supone que muchas veces los profesionales están saturados y estresados ya de por sí.

2 Objetivos

- Definir y tipificar el acoso laboral.
- Destacar las consecuencias negativas del mismo y la importancia de las estrategias que permitan al profesional combatirlo.

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.
Las palabras clave han sido: acoso, mobbing, violencia, intimidación, ansiedad, etc.

4 Resultados

Existen varias modalidades de acoso laboral:
- Acoso vertical descendente (bossing).
- Acoso vertical ascendente.
- Acoso horizontal.
- Acoso sexual.
- Acoso por razón de sexo.
- Violencia física.

Como se puede observar, existen casos de acoso laboral en los diferentes niveles de la jerarquía de las organizaciones. No obstante, en la mayor parte de las ocasiones se suelen dar entre los superiores y sus subordinados, haciendo un abuso o mal uso del poder y la autoridad. Todo este proceso psicológico suele tener el objetivo de intimidar, reducir o aplacar al trabajador para someterlo a su acosador.
Este acoso no debe ser confundido con el síndrome de desgaste profesional o trabajador quemado, ni tampoco confundido con el estrés laboral, lo que lleva a hacer ver que el acosado es un incompetente y/o improductivo.
Las consecuencias negativas del mobbing en trabajadores sanitarios se traducen en altas tasas de ansiedad, estrés, depresión etc… Hay que pensar que todas estas situaciones en no pocas ocasiones derivan en consumo de sustancias tales

como medicamentos psicotrópicos, con importantes efectos secundarios para el desempeño profesional del trabajador y su ámbito familiar y social.
La recuperación definitiva de la víctima suele demorarse años, y en el peor de los casos no se recupera nunca la capacidad de trabajo, persistiendo incluso después de la salida del trabajador afectado de su puesto. No se trata de un problema que tenga su origen en la propia concepción que el trabajador tiene normalmente de sí mismo, si no que va siendo implantando en su mente y en su estado psicológico mediante conductas de hostigamiento.
Tanto la merma en la capacidad de trabajo e interés del trabajador, como la posibilidad de que deba acogerse a una baja laboral, tienen implicaciones no sólo para el propia trabajador afectado si no también para sus compañeros y para la organización en general y el correcto desempeño de las tareas diarias. Por ello, el coste el acoso laboral no se considera exclusivamente de carácter individual sino colectivo.

5 Discusión-Conclusión

Este tipo de actuaciones y situaciones son complicadas de llevar tanto por el profesional como por los compañeros de trabajo, su propia familia etc., ya que ha perdido la autoestima y la confianza en uno mismo, lo que hace sufrir a esta persona pudiendo llegar a dar lugar a una incapacidad laboral larga, abandono del trabajo o incluso en casos extremos el suicidio. Lo que se debe realizar con mucha importancia son actuaciones en el ámbito profesional como cursos, talleres para hablar sobre estos temas, exponer casos y poder manejar mejor las situaciones de estrés, ansiedad y acoso laboral, ya que hay que prevenir todo este tipo de situaciones desagradables para el trabajador.
Tener procedimientos de alerta y preparación para que el profesional se sienta más cómodo y seguro en este sentido y aplicar técnicas preparadas para sobrellevar y afrontar estas situaciones tan desagradables y saber cuándo empieza a tener consecuencias negativas.
Este acoso laboral suele afectar a trabajadores perfectamente válidos y bien valorados, otros casos son por exceso de ingenuidad y buena fe que no saben hacer frente a situaciones donde se les manipula, por eso es tan recomendable la información y la formación de todos los trabajadores sobre estos temas.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com.

2. https://www.redacciónmedica.com.
3. https://www.medicosypacientes.com.
4. https://es.m.wikipedia.org.

Capítulo 170

EL LAVADO DE MANOS: TIPOS Y SUS 5 MOMENTOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

SILVIA SUAREZ RIVERA

1 Introducción

El lavado de manos es la primera medida preventiva para evitar la propagación de enfermedades infectocontagiosas hospitalarias o nosocomiales y con ello se pretende suprimir la suciedad y la flora residente y/o transitoria que suele perdurar en la superficie cutánea de las manos del personal sanitario.

La flora residente o colonizante son microorganismos que de forma habitual se encuentran en la piel, tiene poco potencial patogénico y no se quitan tan fácilmente mediante fricción mecánica, en cambio la flora transitoria o contaminante son microorganismos que contaminan las capas más superficiales de la piel, no suelen estar habitualmente en ella y su transmisión suele hacerlo con facilidad.

La duración del lavado de manos con agua y jabón debe de ser de 15 a 20 segundos más el tiempo indispensable para el aclarado y secado de las mismas. La secuencia sería:

1. Mojar las manos con agua limpia, y a continuación echar jabón.
2. Frotar las manos con el jabón durante 15 o 20 segundos.
3. Aclarar bien las manos con agua limpia corriente.
4. Secar las manos

Según la OMS, existe un protocolo desde el 2005 con los 5 momentos para la higiene de manos:

• Antes del contacto con el paciente

• Previo a la realización de una tarea limpia/aséptica
• Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
• Tras el contacto con el paciente
• Posteriormente al contacto con el entorno del paciente.

2 Objetivos

– Definir lavado de manos.
_ Exponer los tipos de lavado de manos.
– Estudiar la secuencia para el lavado de manos.
– Citar los 5 momentos de la higiene de manos según la OMS.

3 Metodología

En la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo una minuciosa revisión de la literatura científica existente y una búsqueda exhaustiva en diferentes páginas web, empleando palabras claves relacionadas con la temática expuesta en este capítulo, y siempre contrastando la información obtenida.

4 Resultados

El propósito de la higiene de manos con agua y jabón es arrastrar la suciedad y materia orgánica que puede haber para eliminar la flora bacteriana y así evitar la transmisión o propagación de agentes infecciosos patógenos del personal a los pacientes o de unos pacientes a otros.
Según la técnica o cuidados que se vaya a realizar, el lavado de manos puede ser de varios tipos:
– Lavado de manos higiénico o habitual, su objetivo es disminuir la contaminación de las manos eliminando la suciedad para evitar la transmisión de microorganismos. Se debe realizar al empezar y terminar la jornada de trabajo, siempre que las manos estén sucias o cuando lo indiquen los protocolos de aislamiento del hospital.

– Lavado de manos antiséptico: Su objetivo es reducir o destruir los microorganismos transeúntes. Se debe de realizar en cada turno con excepción de las zonas de alto riego como son los quirófanos, antes de la realización de procedimientos invasivos, manipulación de pacientes inmunodeprimidos o pacientes en aislamiento.

– Lavado de manos quirúrgico: Su misión es disminuir la contaminación de las manos, evitar la propagación y reducir la flora resistente cuando se realizan cuidados que requieran condiciones especiales de asepsia. Se llevará a cabo un lavado vigoroso y exhaustivo añadiendo el uso de cepillo y jabón antiséptico antes de toda intervención quirúrgica.

– Lavado de manos por fricción: el objetivo es facilitar el procedimiento del lavado de manos utilizando sustancias de base alcohólica mediante fricción y se podrá realizar en sustitución del lavado de manos habitual siempre que veamos que las manos están visiblemente limpias, ya que, es más sencillo, efectivo y rápido: la duración estimada hasta su total absorción sería entre 20-30 segundos, Según la OMS, para una adecuada eliminación de microorganismos las soluciones hidroalcohólicas son más eficientes que el lavado de manos con agua y jabón y más rápido. La concentración del alcohol debe ser superior al 80%.

5 Discusión-Conclusión

Con un simple lavado de manos se pretende remover la suciedad y materia orgánica que se pudiera tener para garantizar la eliminación de la flora microbiana transitoria o residente; por eso se considera como el método más simple y efectivo que ayuda a minimizar la trasmisión, propagación o proliferación de infecciones hospitalarias.
Dependiendo de la asistencia, técnica o práctica que se vaya a realizar haremos el tipo de lavado correspondiente. Una vez lavadas las manos con agua y jabón se utilizará solución hidroalcohólica.
Debemos tener en cuenta los 5 “momentos” que promueve la OMS para evitar la propagación o expansión de las infecciones nosocomiales en el ámbito sanitario.

6 Bibliografía

1. https://www.elsevier.com/
2. https://es.wikipedia.org/
3. https://seguridaddelpaciente.es/

Capítulo 171

EL COCINERO Y LAS CARACTERISTICAS DE LAS DIETAS QUE SE REALIZAN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

JUANA MARI FUEGO GIL

1 Introducción

Los cocineros que trabajan en el entorno sanitario deben de tener conocimientos específicos para el correcto desarrollo de sus funciones. Esto es debido a que los consumidores de los alimentos que vamos a procesar se encuentran ingresados en el hospital por diversas causas y factores, por lo que su estado de salud se encuentra delicado y debe de recibir el tratamiento correspondiente.
A lo largo de los años se ha descubierto que la dieta puede ayudar en el proceso de recuperación de los enfermos, junto con el tratamiento farmacológico. La dieta en la mayoría de los casos es personalizada y adaptada a los problemas de salud que se padecen, y siempre debe de ir prescrita por un médico especialista.
Los cocineros deben de conocer cuáles son las diferentes dietas que se sirven dentro de los hospitales y cuáles son las características principales de cada una de ellas.
Una característica que debemos de tener en cuenta es que a la hora de preparar los alimentos evitaremos utilizar los utensilios para la preparación de las comidas, para que no exista contaminación cruzada. Esto puede desencadenar en que la comida se contamine, y finalmente la consuma los pacientes, por ello siempre debemos de extremar las precauciones.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las principales dietas que se elaboran y se administran dentro de los hospitales, así como las características principales de cada una de ellas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más relevantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.
También se ha consultado la literatura científica sanitaria existente en referencia con las dietas que se administran a los pacientes dentro del entorno sanitario.

4 Resultados

En los hospitales se encuentran pacientes ingresados con diversas patologías, y uno de los tratamientos complementarios que se les administra es la dieta alimentaria. Aunque esto no siempre es así, hay pacientes que no la necesitan porque no presentan ningún tipo de déficit nutricional, en este caso estaríamos hablando de dietas basales, en este tipo de dieta se tendrá en cuenta que cumpla con los valores nutricionales óptimos y también se tendrán en cuenta los gustos del paciente.
En el caso de que el paciente necesite una dieta especial para complementar el tratamiento farmacológico, se le administrará una dieta terapéutica.
.Dieta líquida: Esta dieta es de progresión. Está indicada para los pacientes que no necesitan estimulación intestinal o en aquellos casos, que se esté iniciando la dieta oral por algún tipo de restricción.
.Dieta sin residuos: Esta dieta se elabora con alimentos muy bajos en fibra, grasa y lactosa. Una de las recomendaciones es para la exploración del colon, ya que se requiere que el intestino grueso se limpie.
. Dieta fácil masticación: Esta dieta consiste en administrar a los pacientes alimentos que les requiera un mínimo esfuerzo para masticar.
.Dieta 1500 kcal: Esta dieta se suele solicitar para aquellos pacientes que tengan problemas de diabetes. Consiste en mantener una dieta equilibrada y consumir esa cantidad de calorías en cada ingesta.
.Dieta de protección renal: se restringe la ingesta de sodio, carnes rojas, grasas saturadas.

.Dieta de protección hepática: Esta dieta consiste en administrar alimentos que ayuden a fortalecer y proteger el hígado. Se favorecerá la ingesta de verduras y frutas, se limitará el consumo de sal.
Debemos de tener en cuenta que las dietas que se administran a los pacientes están desarrolladas por un nutricionista y pautadas por un médico especialista.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo que desempeña el cocinero dentro de las cocinas hospitalarias requiere de un cierto conocimiento respecto a las comidas y dietas que se administran a los pacientes.
Estas dietas son especiales y suelen formar parte del tratamiento farmacológico. Los cocineros deberán de conocer las diferentes características de las dietas que se realizan dentro del hospital, para saber elaborar cada una de ellas y saber cuál es el procedimiento de elaboración.
Las dietas que se administran dentro del hospital, están diseñadas por nutricionistas y pautadas por el médico especialista correspondiente.
En el caso de que el paciente no necesite una dieta específica, le haremos partícipe de la misma preguntando cuáles son sus gustos y teniéndolos en cuenta, dentro de la medida de lo posible.

6 Bibliografía

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552015000200005
https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/dietas-hospitalarias-definicion-y-tipos-fundamentales
https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002441.htm

Capítulo 172

EL ESTRÉS LABORAL

ISABEL LOTO MANSILLA

COVADONGA FEITO GARCIA

MERCEDES GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

MANUELA FERNÁNDEZ LÓPEZ

NOEL FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El estrés laboral es una nueva enfermedad en el mundo laboral, es importante tenerla en cuenta para los servicios de prevención de riesgos laborales y es de obligado cumplimiento evaluarlos y tratar de minimizar sus efectos en el personal ya sea de ámbito público como privado.

Puede afectar tanto a la salud física como psíquica del trabajador/a y esto al final afecta a toda la organización del trabajo porque puede deteriorar el ambiente entre los trabajadores/as hace que este tema sea importante a la hora de programar la actividad empresarial.

Los servicios de prevención de riesgos laborales en las empresas están obligados por la ley que se promulgó por los efectos nocivos que tiene sobre la salud y es un foco importante a la hora de evaluar el absentismo laboral, ya que es la principal de causa de las incapacidades temporales y algunas veces pueden llegar a incapacidad permanente.

El estrés se produce porque hay un desequilibrio entre lo que el empresario pretende y lo que el trabajador puede responder ya sea un operario de una cadena de producción o el ejecutivo de la empresa que está en los puestos de dirección y tiene una mayor responsabilidad sobre todo el proceso productivo.

2 Objetivos

Identificar los posibles riesgos por estrés en la empresa.

Proponer cambios para tratar de minimizarlos desde los servicios de prevención de riesgos laborales.

3 Metodología

La metodología se estructura en una revisión de la literatura delimitada al tema expuesto. Se lleva a cabo una búsqueda sistemática en diferentes buscadores o bases de datos como Google Académico, Scielo o Dialnet y en artículos se hace según los suscriptores con palabras ”estrés” o ”laboral”, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Lo primero que se debe de contemplar en este tema es que debe de ser controlado en su origen y esto debe de ser por medio de los servicios de prevención de riesgos laborales y estos deben de indicar cambios en los modos de diseño de los puestos de trabajo, la forma en que se organizan, también es importante las intervenciones para proteger al trabajador como programas de desarrollo de habilidades, formación (algunas veces el trabajador es reacio a la formación continua), programas de asistencia al empleado, pero todo esto no controla el origen del riesgo como obliga la ley El estrés tiene consecuencias negativas sobre nuestra salud:

Física: como pueden ser trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, dermatológicos, musculo- esqueléticos y diversas alteraciones en el sistema inmune entre otras.

Psíquica: entre otras podemos considerar la ansiedad, la fatiga, una tristeza que no se relaciona con ninguna causa externa ni interna.

Por lo que para prevenir todo esto debemos de tener en cuenta que el trabajo debe de ser de acuerdo a las habilidades y recursos, los trabajadores deben de solucionar los problemas usando sus habilidades, es importante que las funciones, tareas y responsabilidades de cada uno se deben de encomendar correctamente para evitar ambigüedad de órdenes.

Es importante también cuando en la plantilla de la empresa hay personas con discapacidad intelectual, pues esto si no está bien definida las tareas de cada empleado de acuerdo a sus habilidades genera mucho estrés entre todos los empleados y además puede dar lugar a que las personas con discapacidad intelectual no puedan desarrollar todas sus habilidades y pueden surgir roces entre los y las trabajadoras porque no saben muy bien cómo gestionar estas situaciones

5 Discusión-Conclusión

El estrés laboral está presente hoy en día porque cada vez las relaciones entre compañeros son de competición constante y no respetar ni los espacios de los demás ni las necesidades del compañero y esto nos genera miedo a no llegar a nuestro objetivo y siempre hacer el trabajo perfecto para ser los mejores.

El estrés es cada vez un problema más grave en nuestra sociedad y esto nos afecta tanto personalmente como físicamente y socialmente, habrá que intentar tomar medidas en posible para evitar estas situaciones y los servicios de Prevención de Riesgos Laborales de las empresas tanto públicas como privadas deben de tenerlo en cuenta en sus planes de prevención.

6 Bibliografía

https://www.insst.es/estres-laboral
https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/estres-laboral
https://madridsalud.es/el-estres-laboral-y-su-prevencion/
https://empresas.infoempleo.com/hrtrends/medir-el-estres-laboral-de...

Capítulo 173

SÍNDROME DE BURNOUT O SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

YOLANDA GARCÍA GÓMEZ

MARÍA JOSE GARCÍA SANTOS

BEGOÑA GANZO PALACIOS

ISABEL SEVILLA CONTO

LUCÍA VIJANDE VALENCIA

1 Introducción

El síndrome Burnout laboral, también conocido como síndrome del trabajador quemado caracterizado por un agotamiento mental, entre otras patologías. Se manifiesta en personas con un estado de estrés causado por factores emocionales en el trabajo debidos a una implicación excesiva; además el trabajador percibe que hay una diferencia entre sus ideas e intenciones frente a la realidad laboral. Todo esto acaba provocando un agotamiento físico y mental que, en el tiempo puede llegar a ver afectada la autoestima y/o a alterar la personalidad del trabajador. Este problema va surgiendo progresivamente y es muy importante conocer sus causas para poder prevenirlo y atajarlo cuanto antes para evitar males mayores.

La OMS considera el Burnout o síndrome del desgaste profesional como un problema vinculado con el trabajo. Además, en el año 2000 lo declara como factor de riesgo laboral afectando a la salud mental del trabajador, a su calidad de vida y a la integridad de la misma.

Este síndrome es resultante de un estrés prolongado en el puesto de trabajo y no contempla ningún otro estrés que no esté vinculado al ámbito laboral.

Este organismo, OMS, catalogó en enero de 2022 al síndrome Burnout dentro de (CIE-11), su Clasificación internacional de Enfermedades, por el cual los países miembros deben considerar tal síndrome como un padecimiento laboral.

2 Objetivos

Informar sobre el síndrome Burnout o síndrome de desgaste profesional, dando a conocer sus causas, sus síntomas y su tratamiento.

3 Metodología

En la búsqueda de información para este capítulo se han utilizado buscadores como Google y Google académico. Se han hecho revisiones bibliográficas y recabado información en Scielo, Medicina y salud pública e INSST y cuídate plus. Se han utilizado palabras clave como Síndrome Burnout, síndrome trabajador quemado o desgaste profesional.

4 Resultados

El síndrome Burnout está catalogado por la OMS desde enero de 2022 como un padecimiento del ámbito laboral y como tal se debe de tratar. Estudios demuestran que el personal sanitario es uno de los más afectados.

Este síndrome fue investigado, estudiado y puesto a prueba por el psiquiatra Herbert J. Freudenberger a partir de 1974. Su investigación estaba centrada en compañeros de trabajo los cuales veía que, día a día, iban perdiendo su motivación y la empatía con los pacientes aportando cada vez mayor desgaste emocional y agotamiento. Desde entonces la mayoría de los estudios a cerca del síndrome Burnout está relacionado y vinculado al personal sanitario en mayor medida. Esto se debe, en muchas ocasiones, a sus largas jornadas de trabajo, carga de trabajo

excesiva, estrés emocional, malas relaciones en el entorno laboral y ausencia de apoyo o valoración.

Los posibles síntomas que se relacionan con este síndrome pueden ser:
. No sentirse realizado en el puesto de trabajo o sentirse ineficaz.
. Falta de energía y agotamiento.
. No sentirse comprometido con el puesto de trabajo ni con el resto de compañeros.

Esta sintomatología puede degenerar en patologías físicas tales como:
. Jaquecas o migrañas.
. Problemas intestinales como gastritis, diarreas o estreñimientos, colon irritable.
. Disminución del sistema inmune.
. Aumento de la presión arterial provocando taquicardias u otras enfermedades cardiacas.
. Presión en dientes y mandíbulas (bruxismo).
. Insomnio.
. Problemas en la piel y pérdida de cabello.

También puede degenerar en patologías psíquicas como:
. Disminución de la memoria.
. Ansiedad.
. Dificultad para concentrarse.
. Preocupaciones, miedos, irritabilidad.
. Distracciones que puede provocar accidentes.

El tratamiento que requiere este síndrome va ligado de una buena prevención para conseguir cambiar los pensamientos y sentimientos de las personas que lo padecen. Habría que valorar los siguientes aspectos:
. Mejorar la autoestima
. Hacer frente al estrés. Utilizar técnicas de respiración y relajación.
. Practicar hábitos saludables como una buena alimentación, evitar el sedentarismo, el tabaco, drogas o alcohol.
. Buscar un equilibrio entre el trabajo, las relaciones familiares y de amigos, ocio y bienestar.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome Burnout o síndrome del trabajador quemado es una patología muy ligada al sector sanitario y contemplada por la OMS como enfermedad laboral. Es un proceso que va surgiendo y creciendo progresivamente y por ello se deben tomar medidas de prevención para intentar atajar este problema desde el inicio, poder comprenderlo y tratarlo lo antes posible. De esta forma se conseguiría un menor absentismo por parte del trabajador, mayor producción en la gestión y ejecución del trabajo y mayor beneficio.

Se ha de tener en cuenta que este síndrome no tiene una solución pautada como tal, sino que depende mucho de la actitud del propio trabajador. Con ayuda de un médico y con mucha voluntad propia se puede conseguir atajar este problema.

6 Bibliografía

1. Sabrío Morales, L – Hidalgo Murillo, L.F. [Internet] .[Consultado 30 noviembre 2022]. Disponible: Scielo. Síndrome de Burnout. Marzo 2015.
2. Insst. [Internet]. [Consultado 30 noviembre 2022]. Disponible: Instituto al día. Síndrome de desgaste profesional (burnout)14/01/2022
3. Torres, Y. [Internet]. [Consultado 30 noviembre 2022]. Disponible: Medicina y salud pública.07/01/2022.
4. Sánchez -Monge, M. [Internet].[Consultado 30 noviembre 2022]. Disponible: Cuídate plus. Síndrome de Burnout.

Capítulo 174

PRESTACIONES Y SERVICIOS PARA LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA PRESENTES EN LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y LA RELACIÓN CON EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

ROCÍO CANTÓN GARCÍA

1 Introducción

La ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia es la norma que regula los servicios y prestaciones a los que tiene acceso una persona en situación de dependencia.

En ella también podemos encontrar los principios básicos en los que se fundamenta la ley, como puede ser el principio de universalidad y de carácter público, esto significa que cualquier persona en situación de dependencia debe de tener acceso. Además esas ayudas deben de ser subvencionadas por el Estado o por las Comunidades Autónomas.

Cualquier persona dependiente tiene unos derechos recogidos en la ley, entre los cuales se encuentran: poder acceder a los servicios existentes en situación de igualdad, sea cual sea el lugar del estado español en el que resida. Previo a poder acceder a los servicios y prestaciones específicas de esta ley, también deberá recibir la información necesaria, en relación a su situación de dependencia. Evidentemente todos los datos registrados por la entidad pública deberán tener un carácter confidencial.

Asimismo esta persona también cuenta con unos deberes, como son, informar sobre su situación y sobre los cambios que se produzcan. Utilizar las prestaciones para la finalidad con las que se fueron entregadas y dar información sobre las ayudas que reciban.

2 Objetivos

-Informar sobre aspectos importantes de ley de dependencia.
-Explicar los servicios a los que tiene derecho una persona en situación de dependencia.
-Conocer el procedimiento desde el trabajador social del centro de salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente al respecto. Se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas que abordan el tema, seleccionando aquellas que son mas pertinentes, como pueden ser la ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en situación de dependencia.

4 Resultados

Los servicios que están regulados en el artículo 15 de la ley principal de dependencia, con carácter estatal, son los siguientes: a) Los servicios de prevención y promoción de la autonomía personal. Es un servicio cuyo propósito es la prevención de esas situaciones de dependencia, fomentando actividades para favorecer la autonomía y la independencia de las personas. Las comunidades Autónomas se encargarán de crear planes con estos objetivos siendo el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia el encargado de establecer los criterios que deben cumplir esos planes. b) Servicio de Teleasistencia.

Es un servicio utilizado para ofrecer a las personas dependientes ambientes de seguridad, mediante sistemas electrónicos. También se utiliza para mitigar las situaciones de soledad o poder actuar en momentos de emergencia. c) Servicio de Ayuda a domicilio, pudiendo dividirse según la finalidad de los mismos. Entre ellos se encuentran, los servicios para cubrir de las necesidades del hogar y los cuidados personales. Este servicio se lleva a cabo en el domicilio de la persona dependiente, generalmente por entidades autorizadas para ello. d) Servicio de Centro de Día y de Noche: Divididos en función de la edad, es decir, hay unos servicios dirigidos a personas mayores de 65 años y otros a menores de 65 años. También es importante destacar que algunos de los centros de día son de carácter diurno y otros de carácter nocturno: son servicios que ofrecen ayuda total a la persona dependiente para fomentar o mantener el mejor nivel de autonomía, incluyendo rehabilitación, servicios asistenciales, prevención… e) Servicio de Atención Residencial: es un servicio en el que la persona acude a un centro residencial ya sea de forma permanente o temporal. En el mismo se atienden las necesidades básicas de la persona para que queden cubiertas, siempre dependiendo del grado de dependencia que la persona tenga.

También tienen acceso a prestaciones que serán reguladas por las autonomías en función del grado de dependencia que la persona posea y siempre que no puedan acceder a un servicio.

5 Discusión-Conclusión

Para el acceso a todos estos servicios la persona dependiente debe acudir a los servicios sociales de su zona, para ser informada de los servicios o prestaciones a los que tiene acceso. Sin embargo primero de todo, la persona debe tener reconocido alguno de los tres grados existentes de dependencia. A continuación vamos a explicar cada uno de ellos: a) Grado I. Dependencia moderada: necesita la ayuda de forma puntual una vez al día para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria. b) Grado II. Dependencia severa: La persona no requiere un apoyo continuado, sino que necesita ese apoyo en unas dos ocasiones (al día) en las actividades de la vida diaria. c) Grado III. Gran dependencia: la persona requiere ese apoyo continuo para todas las actividades de la vida diaria.

Cuando la persona dependiente acude a la trabajadora social del servicio de salud de su comunidad, este profesional tiene la función de informar sobre los pasos a seguir para poder acceder a los servicios ofrecidos por la ley de dependencia, además de facilitar la documentación a entregar en los servicios sociales que le

correspondan, así como informar sobre el resto de documentación que han de presentar en el registro.

6 Bibliografía

1. BOE [internet][citado 28 noviembre 2022]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990
2. Ley Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia [internet][citado 28 noviembre 2022]. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf
3. Reconocimiento de la situación de dependencia [internet][citado 28 noviembre 2022]. Disponible en: https://sede.asturias.es/-/dboid-626900005545735407573