

Problemas Sociales y de Actualidad

XXXX LECCIONES EN SALUD SOCIAL Y AMBIENTAL



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

XXXX Lecciones en Salud Social y Ambiental.



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

XXXX Lecciones en Salud Social y Ambiental.

Fecha de publicación: 21 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: 978-84-19560-13-1

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	FIBROSIS QUÍSTICA: PRUEBAS DE IMAGEN Y HALLAZGOS EN TCAR EN PEDIATRÍA BEATRIZ DOMÍNGUEZ LAGRANJA	3
2	EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS JOSEFA CAMPILLO HERREROS, NOELIA VALENCIANO CUEVAS, MARIA ÁNGELES NAVARRO TORNERO, RAQUEL CORTES YESTE Y LAURA JOVEN CASTON	9
3	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DESCRIBE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE JOSEFA CAMPILLO HERREROS, RAQUEL CORTES YESTE, NOELIA VALENCIANO CUEVAS, LAURA JOVEN CASTON Y MARIA ÁNGELES NAVARRO TORNERO	13
4	EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y EL SONDAJE VESICAL JOSEFA CAMPILLO HERREROS, NOELIA VALENCIANO CUEVAS, RAQUEL CORTES YESTE, LAURA JOVEN CASTON Y MARIA ÁNGELES NAVARRO TORNERO	17
5	RIESGO DE AGRESIONES DERIVADAS DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO SUSANA ÁLVAREZ GARCÍA	21
6	SÍNDROME DE BURNOUT SUSANA ÁLVAREZ GARCÍA	27

7	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS TIPOS DE MARCAPASOS CARDÍACOS WILDER QUISPE CEBRIAN, EVA GARCIA VELLISCA, ANA MARTINEZ AGUILAR, DAVID CUERDA CLEMENTE Y LAURA PEREZ RIVERO	31
8	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA CATÁSTROFE. TRIAJE WILDER QUISPE CEBRIAN, EVA GARCIA VELLISCA, ANA MARTINEZ AGUILAR, DAVID CUERDA CLEMENTE Y LAURA PEREZ RIVERO	35
9	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA OBTENCIÓN DE MUESTRAS DE SANGRE VENOSA, CAPILAR Y ARTERIAL WILDER QUISPE CEBRIAN, EVA GARCIA VELLISCA, ANA MARTINEZ AGUILAR, LAURA PEREZ RIVERO Y DAVID CUERDA CLEMENTE	39
10	ACTUALIZACIÓN SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y SUS CONSECUENCIAS CARLOS MARTÍNEZ GONZÁLEZ	43
11	PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL POR PARTE DE LA ENFERMERÍA SOLEDAD BUENO RAMIREZ Y PATRICIA PAREJA MIRALLES	47
12	ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE TERMINAL EN EL HOSPITAL SILVIA BRAVO MARTIN, BEATRIZ OEO DELGADO, NEREA DÍAZ ANGULO, ISMAEL MENA MUÑOZ Y ALICIA PINEDA ALORS	53
13	ENFERMERÍA RESPECTO A MODIFICAR CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA SILVIA BRAVO MARTIN, BEATRIZ OEO DELGADO, NEREA DÍAZ ANGULO, ISMAEL MENA MUÑOZ Y ALICIA PINEDA ALORS	57
14	EDEMA AGUDO DEL PULMÓN CUIDADOS DE ENFERMERÍA SILVIA BRAVO MARTIN, BEATRIZ OEO DELGADO, NEREA DÍAZ ANGULO, ISMAEL MENA MUÑOZ Y ALICIA PINEDA ALORS	63

15	RELACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON EL FACULTATIVO MÉDICO MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ, PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL, NEREA JUÁREZ MUÑOZ, ALICIA FLORES CASARRUBIOS Y MARÍA USERO MOZOS	67
16	LA ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA ACTUAL POR COVID-19 MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ, PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL, NEREA JUÁREZ MUÑOZ, ALICIA FLORES CASARRUBIOS Y MARÍA USERO MOZOS	71
17	ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON CISTITIS NATALIA MARTINEZ HUERTAS, ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO, ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES, ROCIO LOMAS MENDAZA Y MARTA MUÑOZ RUIZ	75
18	ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA. CAMINO A LA EXCELENCIA EN LOS CUIDADOS NATALIA MARTINEZ HUERTAS, ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO, ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES, ROCIO LOMAS MENDAZA Y MARTA MUÑOZ RUIZ	79
19	ENFERMERÍA Y EL MANEJO DOMICILIARIO DE LA SONDA PEG NATALIA MARTINEZ HUERTAS, ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO, ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES, ROCIO LOMAS MENDAZA Y MARTA MUÑOZ RUIZ	85
20	INVESTIGACIÓN Y CONOCIMIENTO, ASÍ COMO EL ABORDAJE POR ENFERMERÍA EN HIPERTERMIA MALIGNA (MH) ELENA SÁNCHEZ CORROCHANO	91
21	ASESORAMIENTO SOBRE DISRUPTORES ENDOCRINOS EN CONSULTA DE ENFERMERÍA ANA MARÍA GONZÁLEZ ZAPICO	97
22	TOXOPLASMOSIS: DIFERENTES MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTOS POSIBLES Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES LUCÍA GARCÍA PÉREZ	101

23 ENFERMERÍA Y LAS RECOMENDACIONES SOBRE EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE	
MARIA ÁNGELES GONZÁLEZ DE LA ROSA, MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO, MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ, BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO Y CARLOS PALACIO MORALES	107
24 ENFERMERÍA EN LA MONITORIZACIÓN DEL ÍNDICE BIESPECTRAL	
MARIA ÁNGELES GONZÁLEZ DE LA ROSA, MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO, MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ, BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO Y CARLOS PALACIO MORALES	111
25 ENFERMERÍA Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	
MARIA ÁNGELES GONZÁLEZ DE LA ROSA, MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO, MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ, BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO Y CARLOS PALACIO MORALES	115
26 HIGIENE DE MANOS: EL GRAN OLVIDADO	
JUNE ETXEBERRIA ERAUSKIN	119
27 ENFERMERÍA ANTE UN BROTE DE ESCABIOSIS	
MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ, PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL, NEREA JUÁREZ MUÑOZ, ALICIA FLORES CASARRUBIOS Y MARÍA USERO MOZOS	125
28 AFECCIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO: LA SILICOSIS	
MARIA GONZÁLEZ CHICO, LETICIA ACERO FERNANDEZ Y BEATRIZ LLORENTE DOMÍNGUEZ	129
29 ATENCIÓN PLENA “MINDFULNESS”	
ALVARO DEL VAL PELAEZ, ALEXA MARTINEZ GONZALEZ Y ALICIA CRESPO ALONSO	133
30 DIABETES, TIPOS Y CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)	
SARA MERINO MONTAÑÉS	137

31 ALIMENTACION Y NUTRICIÓN FUNCIONES DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) MARÍA NIEVES MUÑOZ RABADÁN, LAIA TORRES JIMÉNEZ, FRANCISCO GARCÍA SÁNCHEZ, MIGUEL ANGEL MUÑOZ RABADÁN Y ANGELA MARTINEZ LOPEZ	141
32 EL ESTRÉS PARA UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE LOS MAYORES MARÍA NIEVES MUÑOZ RABADÁN, LAIA TORRES JIMÉNEZ, FRANCISCO GARCÍA SÁNCHEZ, MIGUEL ANGEL MUÑOZ RABADÁN Y ANGELA MARTINEZ LOPEZ	145
33 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN M.CARMEN HERREROS PEÑAFIEL, ANA ISABEL SIMARRO BONIFACIO, M ^a ANGELES ALFARO AGAR, MARIA ISABEL PARDO MARTINEZ Y CARMEN CARRIÓN MARTÍNEZ	151
34 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACION ANTE LA PIREXIA DE LOS PACIENTES M.CARMEN HERREROS PEÑAFIEL, ANA ISABEL SIMARRO BONIFACIO, M ^a ANGELES ALFARO AGAR, MARIA ISABEL PARDO MARTINEZ Y CARMEN CARRIÓN MARTÍNEZ	155
35 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ORGANIZACION DEL ÁREA PREQUIRÚRGICA M.CARMEN HERREROS PEÑAFIEL, ANA ISABEL SIMARRO BONIFACIO, M ^a ANGELES ALFARO AGAR, MARIA ISABEL PARDO MARTINEZ Y CARMEN CARRIÓN MARTÍNEZ	159
36 GINGIVITIS Y PERIODONTITIS: DIFERENCIAS Y TRATAMIENTO. PREVENCIÓN SUSANA MARTÍNEZ CALDERÓN	163
37 OSCURO MALTRATO INFANTIL ANDRÉS AMAGO ARIAS	169
38 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ANDRÉS AMAGO ARIAS	173

39	LA EMPATIA EN LA SANIDAD MARIA LUISA FERNANDEZ MARTINEZ	177
40	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA PREVENCIÓN DE RIESGOS BIOLÓGICOS ANA EMA CAMACHO	181
41	TIPOS DE DESHECHOS EN EL ENTORNO SANITARIO Y SU CORRECTA DISTRIBUCIÓN MARIA ELENA NIETO LOBETO	185
42	LA IMPORTANCIA DE CUIDAR LA PIEL DURANTE EL CÁNCER BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ	189
43	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER CLAUDIA GONZÁLEZ GARCIA Y JAZMIN GARCIA SANDOVAL	193
44	EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO EN TIEMPOS DE COVID ZAIDA LOPEZ FERNANDEZ	201
45	EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO DE DÍA ANDREA FERNÁNDEZ YÁÑEZ	205
46	INFARTOS AGUDOS DE MIOCARDIO EN LA ACTUALIDAD EN JÓVENES MENORES DE 30 AÑOS MIREYA TEJÓN VELASCO	209
47	EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA JUNTO AL PACIENTE CON DEMENCIA SENIL MONTSERRAT RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ Y ANA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA	213
48	TRASTORNO MUSCULOESQUELÉTICO EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANDREA MAYORDOMO LIZANO	219
49	EL SÍNDROME DE LA FATIGA CRÓNICA MARÍA TERESA MENÉNDEZ DIAZ	223

50	QUEMADURAS PARA TCAES NATALIA GONZÁLEZ SUÁREZ	227
51	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS LUCÍA POMAR MARTINEZ	231
52	USO DEL LACTARIO DORINDA SUÁREZ GUTIÉRREZ	235
53	EMOCIONES, JUVENTUD Y NOMOFOBIA. UNA REVISION SISTEMÁTICA LUIS MANUEL DE LA ROZA GRANDA	239
54	CUIDADOS A PACIENTE TERMINAL CELIA GARCÍA GARCÍA	243
55	ASISTENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE ETILISMO MARIA LUISA LÓPEZ GONZÁLEZ	247
56	REALIZACION DE LA TÉCNICA DEL ASEO EN BANDEJA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA NATALIA GONZALEZ PACHO	251
57	QUEMADURAS. TIPOS Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EVA GARCÍA GONZÁLEZ	255
58	CAMBIO CLIMATICO Y LAS CONSECUENCIAS PARA LA SALUD HUMANA CARLOTA BAUTISTA MARTÍNEZ	259
59	EL EMBARAZO ADOLESCENTE Y TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA BEATRIZ PACHECO ZAMARREÑO	263
60	ENFERMEDAD DE PARKINSON IRENE PONZ MARTÍNEZ	267

61	PERSONAL DE FISIOTERAPEUTA EXPONE CASO CLÍNICO SOBRE EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN NEURALGIA POSHERPÉTICA VIRGINIA VELASCO ISUSI	271
62	ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS DE FISIOTERAPIA EN PERSONAS MAYORES CON SÍNDROME POST-CAÍDA TATIANA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ	275
63	ESCALÓN TERAPÉUTICO EN EL MANTENIMIENTO Y RESCATE DEL ASMA MARTA DEL ROSAL LÓPEZ	279
64	EL ESTRÉS EN EL PERSONAL SANITARIO. RIESGOS Y POSIBLES DAÑOS MIRIAM LASTRA RAMOS	283
65	LA IMPORTANCIA DE LA CORRECTA ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO MIRIAM LASTRA RAMOS	287
66	EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y SUS FUNCIONES, ÁREAS Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN EL LABORATORIO ROSA MARÍA JIMÉNEZ MORENO, JOSE DAVID ALVAREZ GARCIA, BLANCA VERÓNICA GONZÁLEZ MATA, ELENA PABLO ESTEBAN Y DAVID GONZALEZ DIAZ	291
67	TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL CONTEO DE GLÓBULOS BLANCOS ROSA MARÍA JIMÉNEZ MORENO, JOSE DAVID ALVAREZ GARCIA, BLANCA VERÓNICA GONZÁLEZ MATA, ELENA PABLO ESTEBAN Y DAVID GONZALEZ DIAZ	295
68	TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA EVALUACIÓN PARA LA HEPATITIS C ROSA MARÍA JIMÉNEZ MORENO, JOSE DAVID ALVAREZ GARCIA, BLANCA VERÓNICA GONZÁLEZ MATA, ELENA PABLO ESTEBAN Y DAVID GONZALEZ DIAZ	299

69	LUMBALGIA: FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL QUE AFECTA A LA MAYOR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO LORENA ABREVAYA GONZÁLEZ Y LUCIA VIDAL PEREZ	303
70	EL VIRUS DEL ÉBOLA SARA FERNANDEZ MARTINEZ	307
71	EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMÁGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA ARTERIOGRAFÍA MARTA PEDREGAL ÁLVAREZ	311
72	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO VERÓNICA SÁNCHEZ LASTRA	315
73	DETECCIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN EL LABORATORIO CLÍNICO ANA BELÉN POCEIRO DE LA FUENTE Y IRENE VEGA LLAMAZALES	323
74	PROTECCIÓN DE DATOS EN UN SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO VANESSA GARCIA GAYOSO	327
75	PROTECCION CONTRA LA RADIACION IONIZANTE Y SEÑALIZACION EN UN SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO VANESSA GARCIA GAYOSO	331
76	REPERCUSIONES PSICOSOCIALES DEL CÁNCER INFANTIL ROSA GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ	335
77	ESTUDIO DE LA MORFOLOGÍA NEURONAL EN PROCESO DE NEUROGÉNESIS MEDIANTE TÉCNICAS DE TINCIÓN: NISSL Y HEMATOXILINA-EOSINA AIDA MORALEJO	339
78	CRITERIOS DE UTILIZACIÓN DE LOS FÁRMACOS DURANTE EL EMBARAZO CARMEN MARÍA GARCÍA BARREDO	343

79	LAS INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS, UNA DE LAS EPIDEMIAS DEL SIGLO EN EL QUE VIVIMOS ADRIANA RUBIO MENÉNDEZ	347
80	EL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD, UN ATENUANTE ANTE LA LLEGADA DEL COVID-19 Y SUS VARIANTES ADRIANA RUBIO MENÉNDEZ	351
81	FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD MENTAL MILUDA MOHAMED AHMED, FÁTIMA SOHORA ABDESELAM AHMED Y MINA ALI ABDESELAM	355
82	INVESTIGACIÓN Y EXPOSICIÓN DEL CELADOR SOBRE MÉTODOS PREVENTIVOS DE AISLAMIENTO JESUS LOPEZ REJON, RAUL GARCIA CALVO, JOSE MARIA CALVO ZAPATA, ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA Y CONSOLACION DOMINGUEZ LOAISA	359
83	PERIODOS DE HOSTILIDAD POR LOS QUE TRANSITA EL PACIENTE MENTAL. INVESTIGACIÓN POR EL CELADOR JOSE MARIA CALVO ZAPATA, RAUL GARCIA CALVO, JESUS LOPEZ REJON, ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA Y CONSOLACION DOMINGUEZ LOAISA	365
84	CELADOR EXPOSICIÓN E INVESTIGACIÓN EN MANEJO Y ELIMINACIÓN DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA, RAUL GARCIA CALVO, JESUS LOPEZ REJON, JOSE MARIA CALVO ZAPATA Y CONSOLACION DOMINGUEZ LOAISA	369
85	INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS ÁLVARO MARTÍNEZ SÁNCHEZ	373
86	ALIMENTACIÓN TERAPEÚTICA: ENFERMEDADES ENDOCRINAS MARÍA JOSÉ FAL MIYAR	377
87	EL CELADOR DESTINADO EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL BEATRIZ MENÉNDEZ PÉREZ	381

88	CONFLICTOS LABORALES RUBÉN GARCIA PEREZ	385
89	ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y SOLICITUD DEL GRADO DE DEPENDENCIA DESDE EL TRABAJO SOCIAL SERGIO YBARRA DIEZ	389
90	MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LAS PATOLOGÍAS DE LA VOZ EN LAS PERSONAS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL ANA ISABEL ANIA GONZÁLEZ	393
91	RESIDUOS SANITARIOS REBECA LOBO DEL ESTAL Y DANIEL FERNANDEZ ALVAREZ	399
92	RECICLAJE DE MATERIAL ELÉCTRICO Y ELECTRÓNICO EN EL ÁMBITO SANITARIO DAVID SASTRE RAMOS	403
93	PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN TRABAJOS DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO ISRAEL LINARES BAO	407
94	EL ACOSO LABORAL. CÓMO PREVENIRLO ISRAEL LINARES BAO	413
95	DESPLAZAMIENTOS PREVENTIVOS, SEGUROS Y RESPONSABLES ISRAEL LINARES BAO	417
96	INTERVENCIÓN DEL PERSONAL EDUCATIVO CON PERSONAS AFECTADAS POR DISCAPACIDADES MOTORAS ROBERTO BENITO FERNANDEZ	421
97	LA CONFIDENCIALIDAD Y EL COMPROMISO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SANIDAD VANESA MARTINEZ VEGA Y NOELIA OTERO BARTOLOMÉ	425

98	DESGASTE PROFESIONAL EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL.	
	LUCIA MIRANDA MESA, MARÍA ANGELES ALONSO AGUIRRE, LUCIA FERNÁNDEZ MATILLA, LAURA GONZÁLEZ ALONSO Y MARTA APARICIO ROLDÁN	429
99	CRONOGRAMAS LABORALES IRREGULARES Y RIESGOS PARA LA SALUD DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL.	
	ANA BELÉN MARTÍNEZ PÉREZ, ENRIQUE GARCÍA MENÉNDEZ, MARÍA CONCEPCIÓN PENEDO DÍAZ, ARÁNZAZU GONZÁLEZ ZAPICO Y MARIA DEL CARMEN MARTÍNEZ BAYÓN	439
100	MEDIDAS PREVENTIVAS FRENTE AL ACOSO LABORAL	
	SHEILA VALLINA MONTES Y KIOMA RAMOS MONTES	445
101	TRABAJO EN EQUIPO DEL PERSONAL NO SANITARIO	
	SHEILA VALLINA MONTES Y KIOMA RAMOS MONTES	449
102	TERAPIA GÉNICA POSIBILIDADES Y LÍMITES DE LA ÉTICA	
	ÁLVARO MARTÍNEZ SÁNCHEZ	453
103	SISTEMA DE VENTILACION EN EL AMBITO SANITARIO	
	SERGIO ALONSO ARIAS	457
104	EL CELADOR EN LOS HOSPITALES Y SU FUNCIONAMIENTO Y ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE TERMINAL	
	ROSEMERY WONG RUIZ, GIOCONDA ESPERANZA VALENZUELA SALVATIERRA, DELPHINA NAVARRO JUAREZ, MARÍA VICTORIA MARÍN GONZÁLEZ Y JESSENIA MARIBEL CHIPANTIZA TENORIO	461
105	EL CELADOR EN PLANTA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SUS FUNCIONES	
	ROSEMERY WONG RUIZ, GIOCONDA ESPERANZA VALENZUELA SALVATIERRA, DELPHINA NAVARRO JUAREZ, MARÍA VICTORIA MARÍN GONZÁLEZ Y JESSENIA MARIBEL CHIPANTIZA TENORIO	465
106	PANDEMIAS : VIH	
	CARLOTA LUCÍA DE LA BLANCA FERNANDEZ	469

107 CORONAVIRUS : COVID-19	
CARLOTA LUCÍA DE LA BLANCA FERNANDEZ	475
108 LA PANDEMIA DE LA GRIPE ESPAÑOLA	
CARLOTA LUCÍA DE LA BLANCA FERNANDEZ	481
109 LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS	
VANESA MARTINEZ VEGA Y NOELIA OTERO BARTOLOMÉ	487
110 LA GESTIÓN QUEJAS Y SUGERENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO SANITARIO	
MARÍA MARA MARTINO FIDALGO	491
111 REACCIÓN DE LOS TEJIDOS A LA ACCIÓN DE ÁCIDOS, LEJÍAS, OXIDANTES, TEMPERATURA Y ACCIÓN MECÁNICA EN LA LAVANDERÍA HOSPITALARIA	
DELIA LORENTE GARCIA	495
112 EL TRABAJO EN EQUIPO	
ANA GUADALUPE NORIEGA CORDERO	499
113 LA HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL QUE TRABAJA EN CENTROS SANITARIOS	
HENAR MATA RAMOS	503
114 ERGONOMÍA PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO	
SUSANA BLANCO FERNÁNDEZ Y CLARA GARCÍA MENÉNDEZ	507
115 PRINCIPALES RIESGOS A LOS QUE SE ENFRENTA EL PERSONAL DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA	
DELIA LORENTE GARCIA	511
116 EL CELADOR Y EL TRASLADO DE PACIENTES INTRAHOSPITALARIO	
ROSEMERY WONG RUIZ, GIOCONDA ESPERANZA VALENZUELA SALVATIERRA, DELPHINA NAVARRO JUAREZ, MARÍA VICTORIA MARÍN GONZÁLEZ Y JESSENIA MARIBEL CHIPANTIZA TENORIO	515

117 LA ERGONOMÍA EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO SILVIA FERNÁNDEZ GARCIA	521
118 SÍNDROME DEL BURNOUT O DEL TRABAJADOR QUEMADO PATRICIA GARCIA FERNANDEZ	525
119 RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO DEL PERSONAL NO SANITARIO (CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO) LORENA MARTINEZ CHAOS	529
120 DAÑOS A LA SALUD RELACIONADOS CON EL TRABAJO DEL PERSONAL NO SANITARIO (CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS) LORENA MARTINEZ CHAOS	533
121 CÓMO AFECTA EL SÍNDROME DE BOURNOUT A LA PROFESION DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO DIANA BRAVO COSIO	537
122 EL SISTEMA SANITARIO DANIEL FERNANDEZ ALVAREZ Y REBECA LOBO DEL ESTAL	541
123 EL MOBBING EN LOS TRABAJADORES SOCIOSANITARIOS (CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS) DIEGO RICO LÓPEZ	545
124 TRABAJO SOCIAL Y MOBBING DIANA BRAVO COSIO	549
125 ESTERILIZACION DE MATERIAL QUIRURGICO EN HOSPITALES SERGIO RODRÍGUEZ VIGIL	553
126 ACOSO LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO JESÚS MANUEL SUAREZ ALVAREZ	557
127 CONSECUENCIAS EMOCIONALES PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO ANTE LA MUERTE MARIA YOLANDA ALONSO SORIA	561

128	MASCARILLAS CONTRA AGENTES BIOLÓGICOS SARA MATILLA IGLESIAS, LORENA ABREVAYA GONZÁLEZ Y LUCIA VIDAL PEREZ	565
129	LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL MARÍA ROSA LÓPEZ GÓMEZ	569
130	EL USO DE MASCARILLA PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO A CAUSA DEL COVID-19 ALBA TRAPIELLO RODRIGUEZ Y MARIA MERCEDES REY FERNANDEZ	573
131	LA FECTACION DEL COVID -19 EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO ALBA TRAPIELLO RODRIGUEZ Y MARIA MERCEDES REY FERNANDEZ	579
132	EL GRAN VALOR DE UN CORRECTO LAVADO DE MANOS EN EL TRABAJO PAULA FERNANDEZ MENENDEZ Y SONIA COLLAR RODRIGUEZ	583
133	PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS MARIA LUISA PALACIOS LOPEZ	587
134	EL USO OBLIGATORIO DE LA MASCARILLA Y MEDIDAS HIGIÉNICAS. MARÍA ROSA LÓPEZ GÓMEZ	591
135	LA PLANIFICACION FAMILIAR ELENA MARTINEZALONSO	595
136	LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACION SEXUAL ELENA MARTINEZALONSO	599
137	EL CAMBIO CLIMÁTICO Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD MARIA LUISA PALACIOS LOPEZ	603
138	PERMISOS DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LA ADMINISTRACIÓN RAQUEL GONZÁLEZ MARTÍNEZ	607

139 ACOSO POR RAZÓN DE SEXO
RAQUEL GONZÁLEZ MARTÍNEZ

611

Capítulo 1

FIBROSIS QUÍSTICA: PRUEBAS DE IMAGEN Y HALLAZGOS EN TCAR EN PEDIATRÍA

BEATRIZ DOMÍNGUEZ LAGRANJA

1 Introducción

La fibrosis quística es una enfermedad sistémica debida a una mutación autosómica recesiva del gen CFTR. Es más prevalente en la raza blanca y se considera un trastorno multisistémico crónico, puesto que puede afectar a diferentes órganos/sistemas cursando con afectación hepatobiliar, pancreática, del tubo digestivo, craneocervical, osteomuscular. Pero la afectación más destacada es el pulmonar, puesto que es el principal motivo de la morbi-mortalidad asociada. Nos centraremos por ello en las características clínicas y en las pruebas de diagnóstico, fundamentalmente en las diferentes pruebas de imagen y hallazgos radiológicos de la afectación pulmonar de esta patología. La afectación pulmonar puede valorarse mediante parámetros funcionales mediante la realización de espirometría, y mediante parámetros morfológicos de daño en los pulmones mediante el uso de la radiología simple y de la tomografía computarizada, siendo esta última la que presenta mayor exactitud respecto a la radiografía convencional, sin olvidar, por el contrario, la exposición a una mayor radiación, y sobre la que se aplican escalas como la de Bhalla para cuantificar el grado y la extensión del daño orgánico sobre el pulmón. Conocer los hallazgos más habituales y las escalas de puntuación de la afectación pulmonar permiten estimar la gravedad y posible evolución, por tanto, el pronóstico de los pacientes afectados.

2 Objetivos

Hacer una breve revisión y repaso de la fibrosis quística, fundamentalmente, de las pruebas de imagen asociadas a su diagnóstico y seguimiento, destacando el papel de la TC y la escala más utilizada para la cuantificación del daño pulmonar.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión de la literatura en relación con los objetivos planteados, mediante la implementación y uso de bases de datos científicas como, por ejemplo, Pubmed o Cochrane, también buscadores académicos tipo Google Scholar, incluyendo artículos de revista, revisiones sistemáticas, libros, casos clínicos y documentos.

4 Resultados

La fibrosis quística es conocida como un trastorno multisistémico crónico debido a una mutación autosómica recesiva en el gen CFTR, más frecuente o prevalente en la raza blanca. Es un trastorno que puede afectar diferentes zonas del organismo, como la hepatobiliar, el sistema digestivo, el páncreas, la craneocervical o la osteomuscular. Sin embargo, destaca la afectación del sistema respiratorio, en particular, la afectación pulmonar por ser la principal causa asociada a la morbi-mortalidad de esta enfermedad.

La afectación pulmonar se basa en la retención y formación de tapones mucosos que asocia infecciones de repetición, fundamentalmente por *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* y *Haemophilus influenzae*. Este contexto produce una respuesta inflamatoria crónica que induce una debilitación parietal y dilatación bronquial asociada, con aparición de bronquiectasias, las cuales son lesiones permanentes que pueden acabar causando una insuficiencia crónica e hipertensión pulmonar. La angiogénesis e hipertrofia arterial bronquial puede manifestarse en forma de hemoptisis.

La valoración de la afectación pulmonar se lleva a cabo mediante parámetros funcionales y morfológicos de daño pulmonar. Los parámetros funcionales se valoran mediante espirometría (valora la FEV1), que aparece alterada en fases más avanzadas por lo que presenta baja sensibilidad en estadios más iniciales, y además, está limitada porque requiere la cooperación del paciente. Los parámetros morfológicos de daño se valoran mediante pruebas de imagen como la radiografía convencional y la TC.

La radiografía de tórax convencional se recomienda para control anual según el European consensus of CF standards of care, aunque es poco sensible a los cambios tempranos y sus hallazgos aparecen en fases avanzadas. Los hallazgos típicos son la hiperinsuflación pulmonar, las bronquiectasias, las atelectasias, el engrosamiento hiliar vascular, e incluso, las consolidaciones. Existen diferentes escalas, entre ellas la Brasfield o la Chrispin-Norman.

La tomografía computarizada (TC) presenta una mayor exactitud en la detección y el seguimiento del daño pulmonar provocado por la fibrosis quística, frente a la espirometría o la radiografía convencional. Así pues, mediante la TC se pueden detectar cambios patológicos que son clínicamente relevantes en fases precoces. Se recomienda con periodicidad de 6-18 meses y la valoración mediante el uso de índices cuantitativos, destacando el score de Bhalla. Es importante tener presente que la TC utiliza mayor dosis de radiación ionizante por lo que habrá que llevar un control de la dosis acumulativa e implementar estrategias de disminución de la dosis de radiación mediante la utilización de protección radiológica, un número limitado de cortes finos en la adquisición, para posteriormente implementar sistemas de reconstrucción iterativa. Un ejemplo de protocolo de baja dosis que podemos utilizar es una adquisición secuencial con grosor de corte/intervalo de 1/10 mm, con un algoritmo de reconstrucción pulmonar, con adquisiciones espiratorias añadidas en decúbito supino.

Los hallazgos más habituales en TC son el atrapamiento aéreo, las bronquiectasias (cilíndricas, quísticas) de predominio en lóbulos superiores, las impactaciones mucosas, las atelectasias o consolidaciones. También podemos encontrar hallazgos relaciones con las complicaciones mencionadas, por ejemplo, mictoma o signos de bronquiolitis con “árbol en brote” en relación con infecciones bacterianas.

La clasificación o score de Bhalla aplicado a la TC es el más utilizado. Fue propuesto en 1991 para la cuantificación del grado y la extensión del daño pulmonar. Tiene como ventajas que es reproducible, preciso y tiene relevancia clínica. El sistema de puntuación se basa en un máximo de 25 puntos considerado como normalidad, del cual se va restando según los hallazgos clasificados en 9 bloques y cada uno de ellos escalados de 0-3 por gravedad:

- Bronquiectasias.
- Engrosamiento peribronquial.
- Extensión de las bronquiectasias (según segmentos afectados).
- Extensión de los tapones mucosos (según segmentos afectados).
- Enfisema (según segmentos afectados).
- Saculaciones/abscesos (según segmentos afectados).

- Generaciones bronquiales implicadas.
- Número de bullas.
- Atelectasias/consolidaciones (ausentes, subsegmentarias, segmentarias o lobares).

5 Discusión-Conclusión

La afectación pulmonar de la fibrosis quística, pese a ser una enfermedad multisistémica crónica, es la primera causa de morbilidad, por lo que su valoración está asociada a la severidad y pronóstico de esta enfermedad. Su valoración se basa en el análisis de parámetros funcionales y de parámetros morfológicos de daño pulmonar. Si bien, la espirometría valora la afectación funcional, no suele presentar alteraciones en estadios precoces. De forma similar, la radiografía de tórax puede valorar parámetros de daño morfológico, pero las alteraciones aparecen en estadios más avanzados. Por tanto, la TC de tórax es la prueba que aporta mayor exactitud en la detección y seguimiento del daño pulmonar, mediante la aplicación de scores como el de Bhalla que es preciso y tiene relevancia clínica. Finalmente, como esta patología afecta principalmente a pacientes en edad pediátrica debemos tener en cuenta la implementación de protocolos de baja dosis en los estudios de TC, controlando las dosis acumulativas, dada la radiación ionizante asociada a esta prueba.

6 Bibliografía

1. Albi G, Rayón-Aledo JC, Caballero P, Rosado P, García-Esparza E. Cystic fibrosis in images: the Bhalla scoring system for computed tomography in paediatric patients. *Radiología*. 2012 May-Jun;54 (3):260-8.
2. Murphy KP, Maher MM, O'Connor OJ. Imaging of Cystic Fibrosis and Pediatric Bronchiectasis. *AJR Am J Roentgenol*. 2016 Mar;206(3):448-54.
3. DeJong PA, Nakano Y, Lequin MH, Woods R, Pare PD, Tiddens HA. Progressive damage on high-resolution computed tomography despite stable lung function in CF. *Eur Respir J* 2004;23:93-97.
4. Brody AS, Klein JS, Molina PL, Quan J, Bean JA, Wilmott RW. High-resolution computed tomography in young patients with cystic fibrosis: distribution of abnormalities and correlation with pulmonary function tests. *JPediatr* 2004;145:32-38.
5. Garcia-Peña P, Boixadera H, Barber I, Toran N, Lucaya J, Enriquez G.
6. Thoracic findings of systemic diseases at high-resolution CT in children.

7. RadioGraphics. 2011 Mar-Apr; 31 (2):465-82.
8. Haberman D, Martinez A, Froullet C, Beresñak A, Gurfinkel E, Osses JM. Fibrosis Quística: Hallazgos más frecuentes en Tomografía Computada en pacientes en estadio final. Rev Arg Med Resp 2008; 8: 107-114.

Capítulo 2

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

JOSEFA CAMPILLO HERREROS

NOELIA VALENCIANO CUEVAS

MARIA ÁNGELES NAVARRO TORNERO

RAQUEL CORTES YESTE

LAURA JOVEN CASTON

1 Introducción

En España no es hasta 1980, cuando comienza el movimiento hospice, impulsado por profesionales sanitarios que pretendían dar unos cuidados distintos a los pacientes con enfermedades terminales.

Los cuidados paliativos los podemos definir como “El enfoque que mejora la calidad de vida del paciente y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”.

Esta definición se completa con una serie de principios básicos sobre los cuidados paliativos, y son:

- No intentar acelerar ni retrasar la muerte.

- Proporcionar alivio del dolor y de los demás síntomas.
- Afirmar la vida, considerando la muerte como un proceso natural.
- Utilizar una aproximación de equipo para cubrir las necesidades de los pacientes y sus familias.
- Integrar aspectos espirituales y psicológicos en el cuidado de los pacientes.
- Ofrecer un sistema de soporte que ayude a los pacientes a vivir tan activamente hasta su muerte.
- Que puedan ser aplicados de forma precoz en el curso de la enfermedad, junto con otros tratamientos para prolongar la vida, como pueden ser la quimioterapia o la radioterapia.
- Ofrecer un sistema de soporte a las familias que les permita adaptarse al proceso de la enfermedad de los pacientes y después el duelo.
- Mejorar la calidad de vida y poder influenciar positivamente al paciente en el curso de la enfermedad.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer el significado y la evolución de los cuidados paliativos, así como una atención de la enfermera integral en las unidades de hospitalización.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El profesional de enfermería ha de ser capaz de mostrar comprensión, seguridad y calma, especialmente teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos los pacientes se muestran ya cansados de los ingresos hospitalarios, tratamientos y exploraciones, lo que hace que experimenten ansiedad, miedo y angustia.

Las principales intervenciones de enfermería que deben llevarse a cabo en las unidades de hospitalización de agudos, dirigidas al paciente terminal son:

- Registro y monitorización de los cuidados del personal de enfermería.

- Explorar al paciente para detectar posibles signos y síntomas tanto físicos, psicológicos o sociales.
- Prestar apoyo psicoemocional tanto al paciente como a la familia.
- Elaborar en colaboración con el resto del equipo el plan de actuación.
- Seguimiento del paciente.
- Educación a la familia.
- Informar sobre el tratamiento y la evolución del proceso.
- Registro de la evolución del proceso físico, emocional, familiar y social.
- Actualización continuada con el fin de incrementar los conocimientos y el interés sobre los cuidados paliativos.
- Actuar sobre las posibles urgencias.
- Valorar la conveniencia o necesidad de atención paliativa domiciliaria si el paciente lo demandase.
- Formar a futuros profesionales.
- Desarrollo de actividades de investigación.

Los cuidados de enfermería deberán ir dirigidos a aumentar y mantener la calidad de la vida del paciente y la familia, en la medida de lo posible.

Para llevar a cabo estos cuidados con el mayor nivel de calidad, será necesario la monitorización de los mismos, así como un continuo y meticuloso registro. Especialmente en los últimos días de la vida, en los que los síntomas que presenta el paciente son múltiples y multifactoriales a la vez que variables, conllevando además un gran impacto emocional, espiritual y social sobre el que se deberá prestar atención específica.

5 Discusión-Conclusión

En cuidados paliativos se plantean de forma teórica los medios humanos y recursos necesarios, e incluso estimaciones sobre el número de pacientes que pueden precisar estos cuidados especializados. Según las estimaciones de la última Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, estos deben llegar al 50-60 % de las personas que fallecen.

Desde el punto de vista de la enfermería, y también según la bibliografía, la escasa formación pregrado en relación a esta materia, así como la ausencia de titulación que constituya los cuidados paliativos de enfermería en una especialidad enfermera reconocida, genera importantes carencias a la hora de prestar unos cuidados paliativos de calidad.

6 Bibliografía

1. Centeno C, Arnillas P. Historia y desarrollo de los cuidados paliativos. En: Marcos Gómez Sancho (ed). Cuidados Paliativos e Intervención Psicosocial en enfermos de Cáncer. Las Palmas: ICEPS; 1988. p.235-248. www.scielo.org.

Capítulo 3

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DESCRIBE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

JOSEFA CAMPILLO HERREROS

RAQUEL CORTES YESTE

NOELIA VALENCIANO CUEVAS

LAURA JOVEN CASTON

MARIA ÁNGELES NAVARRO TORNERO

1 Introducción

La Espondilitis Anquilosante es una enfermedad que se caracteriza por ser inflamatoria y crónica y además afecta mas o menos a un 0,25 % de la población mundial, este prototipo de enfermedades pertenece al grupo que denominamos espondilartrosis, se trata de una enfermedad crónica que afecta a la columna vertebral y las articulaciones sacroiliacas. Aunque la Espondilitis Anquilosante se caracteriza por tener dolor e inflamación de la columna, es una enfermedad que puede llegar afectar a diferentes órganos del cuerpo.

Es una enfermedad que es grave ya que puede causar una discapacidad funcional y una fusión axial.

Aunque no existe una causa por la que sufrir la Espondilitis Anquilosante, se sabe que el factor genético juega un papel fundamental en ella.

Por otro lado, el sistema inmune participa de alguna manera en el desarrollo de esta enfermedad, ya que existen diversas proteínas que son asociadas a varios síntomas de la Espondilitis Anquilosante, como es el Factor de Necrosis Tumoral alfa.

La espondilitis anquilosante, se diagnostica mediante el estudio en el laboratorio, radiológicos y métodos específicos.

A menudo se asocia esta enfermedad mayormente a los hombres, pero estudios demuestran que también se da en mujeres.

Su tratamiento va dirigido al alivio del dolor y preservación de la movilidad en las articulaciones.

2 Objetivos

Hacer una descripción de la Espondilitis Anquilosante, resaltando el papel de enfermería en los cuidados de estos pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Actualmente, la espondilitis crónica se limita a las personas que heredan el factor genético llamado HLA B27, aunque existen casos aislados de pacientes que no cuentan con este marcador.

Entre los síntomas más comunes podemos encontrar:

- Dolor y rigidez en la columna.
- Fibrosis pulmonar
- Fiebre.
- Pérdida de apetito.
- Inflamación de los ojos como la uveítis y la iritis.
- Malestar general.
- Pérdida de peso.
- Dolores en las articulares.

- Osteoporosis.
 - Colitis ulcerosa.
 - Puede presentarse inflamación en los ojos y en el intestino. Aunque de forma más esporádica se puede dar la inflamación en los pulmones y en el corazón.
- Para establecer un diagnóstico seguro de la espondilitis anquilosante, el médico puede requerir pruebas como:
- Historia clínica.
 - Análisis de sangre, para tener información del proceso inflamatorio que tiene el paciente.
 - Test de Schöber, el cual consiste en colocar las manos encima y debajo de la columna lumbar.
 - La exploración física.
 - La expansión torácica.
 - Radiología. Al principio de la enfermedad las imágenes son normales, pero conforme avanza se observa que aparecen erosiones en los bordes óseos adyacentes a la articulación.
 - TAC o Resonancia Magnética, con el objetivo de demostrar si existe una compresión nerviosa o no.
 - Análisis del líquido articular.
 - Gammagrafía ósea, permite detectar la inflamación que pueda haber en las articulaciones sacroiliacas.
 - Por último hay un método diagnóstico que sería mediante un test llamado BAS-DAI y su objetivo es saber el índice de actividad de la Espondilitis Anquilosante.
- Respecto al factor psicológico que tienes esta enfermedad, esta produce una ansiedad y depresión como refleja el caso de este paciente.
- Se ha comprobado que la mayoría de los sujetos con Espondilitis Anquilosante, aunque encuentro importante resaltar que este hecho no es una condición indispensable para desarrollar la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

El pronóstico últimamente ha mejorado, pues cada vez se consigue un diagnóstico más rápido y además se dispone de más medicamentos que cada vez son más efectivos para frenar los procesos inflamatorios.

Sin embargo, la enfermedad sigue sin tener una cura pues todavía no se conocen el agente o agentes que la causan.

Por último cabe mencionar, que mediante los cuidados a domicilio facilitados por el personal de enfermería, ha mejorado totalmente la calidad de vida del paciente.

Esto se ha conseguido a través de la cura de ambas úlceras y potenciando la implicación de la familia con el paciente, para intentar paliar el estado depresivo en el que está el paciente por el estado avanzado de su enfermedad y la consiguiente lesión en la médula.

6 Bibliografía

1. Vastesaegera N, Vander Cruyssen B, Mendoza JM, Masmitjà JG, Montejo PZ, González RA, Estévez EC. Actividad elevada ASDAS versus elevación de BASDAI en pacientes con espondilitis anquilosante como criterio de selección para el tratamiento con anti TNF-alfa. Reumatología clínica. 2014.
2. González Rodríguez M, de Jesús Guerra Soto A, Corona Sánchez EG, Rocha Muñoz AD, Díaz González EV, González López L. Espondilitis anquilosante. Conceptos generales. 2013; 8(3), 106-113.

Capítulo 4

EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y EL SONDAJE VESICAL

JOSEFA CAMPILLO HERREROS

NOELIA VALENCIANO CUEVAS

RAQUEL CORTES YESTE

LAURA JOVEN CASTON

MARIA ÁNGELES NAVARRO TORNERO

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica aséptica que consiste en la extracción de orina de la vejiga y se realiza con la inserción de un catéter o sonda a través de la uretra. Esta técnica está indicada en situaciones como retención urinaria, intervención quirúrgica, control diuresis, tratamiento terapéutico, recogida de muestra estéril, para introducir medicación y exploración vesical o uretral.

Esta técnica del sondaje vesical está contraindicada en pacientes con traumatismos uretrales, prostatitis aguda, lesiones uretrales o vesicales o en incontinencia urinaria.

Uno de los problemas que provocan una retención urinaria es el daño neurológico, ya que se ven afectados los nervios que controlan la micción y por eso el hecho de necesitar un sondaje vesical.

Para realizar un sondaje a un paciente debe ser vigilado o realizado por un urólogo experto para que guíe la técnica.

Para favorecer a estos pacientes y disminuir el número de visitas al hospital para realizar esta técnica, hay que enseñarles a realizarla adecuadamente, al propio paciente si es independiente o a su cuidador principal.

El sondaje que se realizará en el domicilio está enfocado en pacientes que necesitan en un momento determinado un sondaje intermitente para poder evacuar la vejiga y así evitar una retención urinaria.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es describir el procedimiento para poner el sondaje vesical y estudiar el papel de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

El sondaje vesical puede ser de dos tipos:

Sondaje intermitente: es la introducción momentánea de la sonda por la uretra para vaciar la vejiga, después debe ser retirada.

Sondaje permanente: es la sonda se queda introducida durante un tiempo determinado.

Para realizar la técnica de la sonda vesical la enfermera sigue estos pasos:

1. El material físico será:

- Fase no estéril, guantes no estériles, cuña, toalla, clorhexidina 0.2 %, agua y jabón.

- Fase estéril: guantes estériles, paño estéril, lubricante urológico, sonda estéril adecuada para el sondaje que vamos a realizar y sistema colector.

2. Fase no estéril: el paciente debe estar en una zona de intimidad y con un ambiente tranquilo y relajado. Colocaremos al paciente, el enfermero se lavara de manos y se colocara los guantes no estériles. Una vez preparados se procederá a limpiar los genitales rigurosamente.

3. Fase estéril: se colocará el campo estéril, utilizando el paño estéril y echaremos en el paño todo el material estéril que vamos a utilizar. Nos pondremos los guantes estériles y procederemos a sujetar el pene en caso del hombre, en posición vertical y retraeremos el prepucio junto a una tracción, introduciremos el lubricante urológico y con una respiración lenta y suave por parte del paciente introduciremos la sonda vesical hasta que salga orina. En el caso de que sea mujer, separaremos labios mayores y localizaremos uretra e introduciremos de la misma manera la sonda. Una vez que haya terminado de evacuar toda la orina, retiraremos con cuidado la sonda y limpiaremos la zona.

El sondaje que se realizará en el domicilio es para pacientes que necesiten en un momento determinado un sondaje intermitente para poder evacuar la vejiga y así evitar la retención urinaria.

Hay sondas de distintos tipos de calibres y de varios números de luces.

Por último existen varios tipos de sondas vesicales:

- Las de látex que tiene una duración de hasta 45 días.
- Las de silicona con duración hasta 90 días.
- Las de PVC que son las indicadas en estos tipos de sondajes intermitentes.

5 Discusión-Conclusión

El sondaje vesical es una técnica aséptica que consiste en la extracción de orina de la vejiga, al ser el cateterismo vesical una técnica invasiva es importante tener una guía de práctica clínica donde es un referente para ejecutar cuidados e intervenciones de Enfermería de calidad asistencial, afianzando la seguridad clínica en los diferentes niveles de atención sanitaria.

Con un estudio de catéteres vesicales se puede abarcar conocimientos de concepto, clasificación, indicaciones, técnicas de inserción, extracción, cuidados e intervenciones de Enfermería en todas las etapas.

Para ello como profesionales de enfermería debemos asegurarnos de dar una adecuada formación y resolver cualquier tipo de duda que pueda surgir.

6 Bibliografía

1. Jiménez Mayorga I, Soto Sánchez M, Vergara Carrasco L, Cordero Morales J, Rubio Hidalgo L, Coll Carreño R et al. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.php> www.scielo.org.

Capítulo 5

RIESGO DE AGRESIONES DERIVADAS DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO

SUSANA ÁLVAREZ GARCÍA

1 Introducción

Debido a que los profesionales de la salud pueden tener diferentes situaciones individuales relacionadas con agresiones por parte de los pacientes por causa de las distintas situaciones personales de cada uno, corren un mayor riesgo de comportamiento violento o agresivo cuando interactúan directamente con los usuarios. La violencia en el lugar de trabajo puede causar lesiones, daños psicológicos y pérdidas financieras. Las personas que han experimentado violencia física tienen tres veces más probabilidades de sufrir depresión y el doble de probabilidades de experimentar estrés.

Los ataques también tienen un impacto negativo en la eficiencia del sistema de salud. Un ambiente de trabajo inseguro perjudica la calidad de la atención brindada. Se ha demostrado un vínculo claro entre la violencia, la tardanza y la pérdida de productividad.

Actualmente, no existe una definición universalmente aceptada del concepto de violencia en el lugar de trabajo. La Organización Mundial de la Salud define la violencia en el lugar de trabajo como “cualquier incidente en el que alguien es abusado, amenazado o atacado en relación con su trabajo, incluido durante los desplazamientos entre el hogar y el trabajo, que amenaza directa o indirectamente su vida, seguridad o salud” (Organización Mundial de la Salud, 2002).

La definición incluye tanto el abuso verbal como amenazas, comentarios molestos, gritos, gestos, palabras despectivas, insultos, coacción y humillación, así como el abuso físico.

En la Unión Europea, el sector de la salud ocupa el primer lugar en violencia y acoso (EU-OSHA, 2014). En España, el 5 % de los trabajadores de la salud dijeron haber sido agredidos físicamente en el trabajo en el último año (INSHT, 2017).

2 Objetivos

- Fomentar la prevención de posibles situaciones de conflicto y violencia en el trabajo.
- Mejorar la comprensión de la agresión, sus causas, factores asociados y consecuencias, incluidos los aspectos relacionados con el género, para orientar y mejorar la eficacia de las medidas preventivas.

3 Metodología

Para recabar información sobre el riesgo de agresión en el ámbito laboral se utilizaron bases de datos de interés y trascendencia en ciencias de la salud, como Cuiden, Lilacs, Pubmed, etc.

Se tiene en cuenta:

El artículo 40, apartado 2, de la Constitución Española establece que la sociedad es uno de los principios básicos de la política social y económica para garantizar la seguridad y la salud en el trabajo.

La violencia en el trabajo debe ser considerada como un riesgo laboral. Es la Ley N° 8 de noviembre 31/1995 sobre prevención de riesgos laborales, el marco legal que respalda las obligaciones y actividades de salud pública en la prevención de las agresiones a las que un trabajador puede estar sometido en su lugar de trabajo. En la Unión Europea, la Directiva 89/391/CEE sobre protección de la seguridad y salud en el trabajo determina la obligación de las empresas de velar por la seguridad y salud de las personas en todos los aspectos relacionados con el trabajo de acuerdo con los estándares institucionales europeos para la protección de la seguridad y salud en el trabajo (EU-OSHA, 2002).

El artículo 14.2 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, establece que los empresarios deben garantizar la seguridad y salud de las personas a las que sirven en todos los aspectos del trabajo.

4 Resultados

Según el Registro de agresiones, el número de ataques denunciados va en considerable aumento. Este incremento está siendo causado por la mayor denuncia de las agresiones verbales. Para mejorar estas cifras se debe:

- Comunicar y difundir el compromiso de tolerancia cero ante las agresiones al personal sanitario. Desarrollar campañas de información y sensibilización para un entorno de trabajo libre de violencia para profesionales y usuarios.
- Evaluar el nivel de riesgo de ataques en los centros sanitarios. Cada responsable del centro revisará los diferentes centros y servicios sanitarios. El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales asesorará sobre los criterios de prioridad de los centros y servicios y proporcionará herramientas de evaluación que incluyan salvaguardas, factores de diseño y factores organizativos.
- Tener una comunicación mejorada así como un mejor registro de ataques. Se facilitará la comunicación de cualquier ataque, especialmente entre aquellos grupos o centros que tienen un menor registro de denuncias. Revisar los datos básicos del registro para incluir datos que puedan ayudar a mejorar la comprensión de la agresión y sus consecuencias, incluida la discriminación y los factores de género, y ayudar a identificar grupos, lugares y situaciones donde se necesitan mejores medidas de prevención.
- Hacer un estudio de la agresión. Hay que revisar los Protocolos de Investigación de Agresión. Todos los ataques a personas serán investigados por el Servicio de Prevención de riesgos Laborales. Se recogerá información sobre el lugar y puesto de trabajo donde tuvo lugar la agresión, así como todos los datos posibles tanto del agredido, como del agresor y de la agresión (tipo de agresión sufrida, manejo de la situación, pretexto o motivo desencadenante) y sus consecuencias para la víctima y así como para la institución.

5 Discusión-Conclusión

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo advierten del riesgo que tiene considerar la violencia como una parte inevitable del trabajo, lo que se refleja en bajas tasas de denuncia. Por lo tanto, no podemos estar seguros de que el aumento de casos observado se deba a un aumento real de la incidencia. Al menos parte de este aumento se puede atribuir a la presentación de más informes sobre agresiones de personas más sensibilizadas y mejoras en el sistema de detección. La frecuencia de los ataques personales es, probablemente el indicador que mejor refleja la situación real.

La agresión es un fenómeno global. Este comportamiento está muy extendido y no tiene nada que ver con los modelos de salud actuales, la calidad de la atención o la cultura dominante en la que ocurre.

Es necesario tomar las precauciones adecuadas a cada entorno, combinando las medidas de seguridad con actuaciones frente a factores relacionados con la organización del trabajo que puedan actuar como facilitadores o desencadenantes de ataques. Los gerentes de los centros tomarán las medidas más apropiadas con el asesoramiento del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en base a evaluaciones previas, priorizando los centros y servicios con el mayor riesgo. Se debería tener:

- Apoyo a instituciones y equipos sanitarios. Es importante mostrar apoyo a la víctima y no dejarla sola en las primeras horas después del ataque.
- Asistencia médica a la víctima, incluida la asistencia psicológica. Su entrega estará garantizada a través de la mutua correspondiente o, en caso de urgencia, por el sistema público de salud cercano.
- Seguimiento de la salud para detectar trastornos que puedan ser causados por el ataque, como estrés, ansiedad o depresión.

La prevención es fundamental para reducir la cantidad de accidentes que sufren los trabajadores de la salud cada año, y los trabajadores deben recibir capacitación en esta área.

6 Bibliografía

1. Fundación Europea. Sexta encuesta europea sobre las condiciones de trabajo: informe general. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017. Disponible en : www.eurofound.europa.eu.
2. Defensor del Pueblo. Urgencias hospitalarias en los sistemas nacionales de salud: derechos y garantías de los pacientes. Estudio conjunto del Defensor del Pueblo. Madrid: Defensor del Pueblo, 2015. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es>.
3. Organización Mundial de la Salud. Violencia, 2017 citado el 1 de Febrero 2017. Disponible en: <http://www.who.int/topics/violence/es/>.
4. Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo 2000. Tercera encuesta europea sobre las condiciones de trabajo 2000. Luxemburgo, 2001. Disponible en <http://www.eurofound.ie/publications/EF0121.htm>.
5. Martínez León M, Queipo Burón D, Martínez León C, Torres Martín H. Aspectos médico-legales de agresiones al personal sanitario y su consideración

como delito de atentado. Revista Sideme. 2010;5:1-11. En <http://www.sideme.org/revista/num5/>.

6. Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (2019). Informe del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

7. Organización Internacional del Trabajo (2019) Eliminar violencia y acoso en el mundo del trabajo. Convenio número 190, la Recomendación número 206, y la Resolución que los acompaña. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.

8. Marinas-Sanz, R.; Martínez-Jarreta, B.; Casalod, Y. y Bolea, M. (2016). Las agresiones a profesionales sanitarios en España: análisis tras la modificación del Código Penal. Medicina Clínica. 2016; 147:35-42.

Capítulo 6

SÍNDROME DE BURNOUT

SUSANA ÁLVAREZ GARCÍA

1 Introducción

El síndrome de Burnout o "síndrome del trabajador quemado" se refiere al estrés desencadenado en el trabajo. Se manifiesta como un estado de agotamiento físico y mental que persiste en el tiempo y puede cambiar la personalidad y la autoestima de quien lo sufre. Es un proceso en el que los empleados pierden gradualmente el interés por sus funciones y tienen una reacción psicológica negativa a la realización de sus tareas diarias. Las principales manifestaciones son los siguientes síntomas:

- Fatiga mental.
- Despersonalización o comportamiento negativo hacia los usuarios y hacia los propios compañeros.
- Bajo sentido de realización personal, desmotivación y apatía.

El tratamiento para estos pacientes incluye la desvinculación del lugar de trabajo (discapacidad temporal), el uso de antidepresivos (especialmente agentes dopamínicos) y psicoterapia cognitiva conductual. Sin embargo, si no se trata, puede aumentar el riesgo de problemas mentales y físicos en el futuro.

La Organización Mundial de la Salud reconoce el síndrome de burnout como una enfermedad profesional que perjudica la salud física y mental de los empleados. Se considera una enfermedad profesional en al menos nueve países europeos, incluidos Suecia, Francia y Países Bajos. En Estados Unidos, algunos estudios muestran que el 77% de los profesionales dicen experimentar burnout.

2 Objetivos

Estudiar el síndrome de Burnout y medidas para prevenirlo.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando palabras clave como burnout, frustración, estrés y comportamiento agresivo y depresión en artículos, revistas y libros, así como en multitud de bases de datos entre las que se encuentra Google Académico, Pubmed y Scopus.

4 Resultados

El burnout se entiende como un proceso continuo en el que una persona pierde paulatinamente la energía, el optimismo y el entusiasmo que le ayuda a desarrollar trabajo.

Se describen cuatro etapas básicas: una fase de entusiasmo y euforia, seguida de una etapa estacionaria, una tercera etapa de frustración y decepción y por último, una etapa de indiferencia y apatía.

Entre los efectos del agotamiento en la salud de los empleados (Síndrome de burnout) se encuentran: los trastornos del comportamiento, la falta de control de los impulsos, los trastornos de la alimentación y el carácter agresivo.

Entre los síntomas físicos más habituales están los desórdenes gastrointestinales, los dolores de cabeza y migrañas, las enfermedades cardiovasculares y algo muy común como son los trastornos del sueño.

Dentro de los cambios o trastornos emocionales nos encontramos con un sentimiento de excesiva preocupación, ocasionando ansiedad, con una muy baja autoestima y depresión produciendo todo ello dificultades para concentrarse.

Pueden presentar síntomas de comportamiento defensivo, negándose a ver la realidad, llegando a distanciarse de los demás.

El impacto del agotamiento en las empresas produce una alta tasa de absentismo laboral y una gran insatisfacción llegando a perder la motivación.

Como factores de riesgo que pueden conducir al síndrome de Burnout se puede encontrar una sobrecarga emocional, apreciándose una gran falta de apoyo social; una carga excesiva de trabajo, lo que conlleva la falta de tiempo para realizar correctamente las funciones y una falta de control sobre las tareas a desempeñar. Se pueden seguir algunas estrategias para prevenir y manejar el agotamiento:

1. Estrategias personales de afrontamiento o lo que es lo mismo, técnicas de contención emocional: son un conjunto de técnicas mentales para frenar y reducir el malestar emocional. En este caso podemos hablar de métodos de reestructuración cognitiva para aprender a luchar contra los pensamientos negativos y transformarlos en otros más racionales; habilidades sociales diseñadas para facilitar la interacción social efectiva; técnicas de resolución de problemas para encontrar respuestas rápidas a problemas que puedan surgir y también técnicas de respiración y de relajación.

2- Estrategias de organización: equipar a los empleados con las habilidades que necesitan para hacer su trabajo antes de ingresar al mundo laboral; brindar información a los empleados sobre sus actividades laborales; crear el ambiente más adecuado y programas apropiados en la organización para motivar a los empleados al cambio y asegurar el desarrollo personal y profesional.

5 Discusión-Conclusión

No existen signos específicos que definan el desgaste psicológico en el trabajo. Se manifiesta en una serie de síntomas, algunos de los cuales incluyen: agotamiento emocional, sentimientos de fracaso e impotencia, baja autoestima, comportamiento interpersonal abusivo, disminución del deseo de autorrealización, aumento del ausentismo, aburrimiento y disminución de las relaciones con los demás, etc. Los profesionales a menudo encuentran que su trabajo requiere relaciones comunicativas constantes, directas y cercanas con quienes se benefician de su trabajo.

Es más habitual encontrar este tipo de “desgaste” entre los docentes, personal de seguridad nacional, personal sanitario, personal de atención al cliente, comerciantes varios, trabajadores sociales, y en general, todas las profesiones que implican relaciones humanas directas y continuas. También podrá incluirse el personal directivo y de servicios de instituciones u organismos públicos y privados.

Los sindicatos también tienen que participar en la prevención del burnout, en la organización del trabajo, en la identificación de factores de riesgo, etc. Las ideas de negocios dignos, conciliación familiar, etc. son claros ejemplos de cómo reducir la fatiga mental en el trabajo.

La fatiga y agotamiento se entienden como un proceso gradual de desgaste físico y emocional. Este proceso se considera una respuesta protectora a las condiciones de estrés crónico laboral al que se está sometido. El Burnout generalmente, se asocia a las personas con profesiones de ayuda.

6 Bibliografía

1. Masilla, F.; (2011). Manual de Riesgos Laborales: Teoría y Práctica, recuperado de <http://www.psicologia-online.com>.
2. Aceves, G.A. (2006). Síndrome de Burnout. Archivos de Neurociencia, 11, 4, 305-309.
3. Organización Mundial de la Salud. El Burnout es un fenómeno laboral: Clasificación Internacional de Enfermedades, Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/
4. A. Metlaine, F. Sauvet, D. Gómez-Merino, T. Boucher, M. Elbaz y J. Y. De-la-fosse, "Parámetros biológicos y de sueño en el burnout profesional: Una caracterización psicofisiológica". Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5791983/>.

Capítulo 7

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS TIPOS DE MARCAPASOS CARDÍACOS

WILDER QUISPE CEBRIAN

EVA GARCIA VELLISCA

ANA MARTINEZ AGUILAR

DAVID CUERDA CLEMENTE

LAURA PEREZ RIVERO

1 Introducción

El corazón es un órgano formado por músculo situado en el centro torácico cuya función es bombear la sangre por todo el organismo para que el resto de órganos reciban su aporte de oxígeno necesario. Este está formado por dos partes, izquierda y derecha, que a su vez se dividen en Aurícula y Ventrículo.

El aumento generalizado de la esperanza y calidad de vida han dado lugar a un aumento progresivo de la población general, consiguiendo esto, cambios sociales, económicos y de la salud actual.

Las arritmias se denomina como “irregularidad y desigualdad en las contracciones del corazón”, o un trastorno de la frecuencia cardíaca. Esta alteración se clasifican en tres:

- Bradicardia: el corazón late demasiado lento de manera regular, por debajo de 50 latidos por minuto.

- Taquicardia: el corazón late demasiado rápido de manera regular, más de 100 latidos por minuto.
- Arritmias irregulares: el corazón puede latir tanto rápido como lento y con un desorden notable.

Por esta última el marcapasos artificial definitivo demostró ser un reto, pero a la vez el tratamiento ideal para establecer un ritmo cardíaco regular y adecuado, gracias a la capacidad de este invento, recuperasen su vida plena anterior. La profesión médica se vio dotada así, con una ayuda técnica que ha llegado a ser una de las más útiles de nuestro tiempo.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo son explicar los diferentes tipos de marcapasos cardíacos que encontramos en la actualidad y conocer el papel de la enfermera en su colocación.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Resulta de especial importancia que los profesionales de Enfermería conozcan cómo actuar ante un paciente portador de marcapasos.

La colocación de un marcapasos supone el tratamiento ideal para su mejora. Existen diferentes tipos de marcapasos clasificados en:

1. Marcapasos temporales:

- Marcapasos transcutáneos o externos: los electrodos se colocan sobre la piel. Este tipo de marcapasos se utiliza, normalmente, en emergencias extrahospitalarias o emergencias hospitalarias cuando no se ha conseguido un acceso venoso central o está contraindicado.
- Marcapasos transvenosos o endocavitarios: los electrodos se colocan a través de una vena central hasta alojar el electrodo hasta la aurícula derecha, consiguiendo un marcapasos auricular.

- Marcapasos transesofágicos: se coloca un electrodo a través de la boca o nariz accediendo hasta la región esofágica más próxima a la aurícula derecha y otro en la región precordial. Solo se aplica como técnica diagnóstica de arritmias cardíacas.

- Marcapasos epicárdicos: son el tipo de marcapasos de elección en niños.

2. Marcapasos definitivos:

- Marcapasos endocárdicos: el electrodo se inserta mediante acceso quirúrgico en el endocardio.

- Marcapasos según la estimulación de los electrodos: unicamerales, bicamerales, tricamerales y sin cables.

- Marcapasos unicamerales: Realizan únicamente su función en la aurícula o ventrículo. Son los dispositivos encontrados en el mercado más sencillos.

- Marcapasos bicamerales: realizan su función sobre aurícula y ventrículo. Constan de un generador y uno o dos electrodos, posibilitando la estimulación secuencial de ambas cámaras cardíacas o la detección auricular o ventricular en caso de bloqueo.

- Marcapasos tricamerales: realizan su función sobre aurícula derecha y ambos ventrículos. Constan de tres electrodos, ofreciendo la capacidad de estimular la aurícula y ambos ventrículos.

- Marcapasos sin cables: Los marcapasos sin cables están compuestos por una batería pequeña y chips de ordenador sellados en una pequeña caja.

5 Discusión-Conclusión

Cuando el paciente va a ser intervenido, Enfermería tiene la responsabilidad de cuidar y educar al paciente. Hoy en día se confirma que la enseñanza tiene un gran valor, puesto que contribuye a una mejor recuperación y rehabilitación del paciente.

Los marcapasos han sufrido múltiples avances, pasando de dispositivos de gran tamaño extra corpóreo a generadores más pequeños alojados, llegando a tener la opción de marcapasos sin cables. Nuestro objetivo debe ser maximizar todo lo posible la longevidad del marcapasos sin arriesgar el bienestar del paciente.

El seguimiento de este tipo de pacientes debe ser regular y de por vida, por parte de los médicos cardiólogos.

6 Bibliografía

1. Bosch Suria R. Historia (y prehistoria) (y protohistoria) del marcapasos. 1a. Barcelona. Editorial Médica Jims S.L; 2019.

2. Medtronic [Internet]. Madrid: España. 2020; [citado 2021 enero 30]. Disponible en: <https://www.medtronic.com/es-es/tu-salud/tratamientos-y-terapias/bradicardia/vivircon.html>.

Capítulo 8

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA CATÁSTROFE. TRIAJE

WILDER QUISPE CEBRIAN

EVA GARCIA VELLISCA

ANA MARTINEZ AGUILAR

DAVID CUERDA CLEMENTE

LAURA PEREZ RIVERO

1 Introducción

Los hospitales tienen unos planes de emergencia que están desactualizados. Es importante actualizar los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el manejo de víctimas en desastres con el fin de mejorar todas las actuaciones en el futuro si hubiese una catástrofe, además estos integrantes deben de conocer muy bien el rol.

El personal de enfermería desarrollo 4 funciones principalmente que son: asistencial, docente, investigadora y administrativa.

Con la aparición de los desastres naturales se añadió el gran impacto psicológico causado por estos.

Los desastres pueden ser: naturales, tecnológicos o causados por el hombre.

Los términos catástrofe y desastre tienden a utilizarse como sinónimos, aunque el término catástrofe es mucho más antiguo.

Podemos definir catástrofe como:

- Desastre como situación que afecta a un colectivo.
- Presencia de los daños de diferente naturaleza.
- Necesidad de ayuda externa.
- Naturaleza múltiple de las causas del desastre.

El control de cualquier imprevisto se basa en hacer lo correcto y de una manera que sea rápida y segura tanto para las personas integradas en la catástrofe como los que ayudan.

Para la salud pública, los desastres se evalúan por el impacto en las personas.

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 cuando surge una catástrofe.

2 Objetivos

Conocer las funciones que tiene el personal de enfermería ante un desastre o una catástrofe.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El gran aumento de los desastres climatológicos se debe al cambio climático, hay un aumento de la mortalidad debido a las temperaturas extremas.

Los accidentes tecnológicos fueron relacionados con el transporte. Andalucía y Canarias fueron los que tuvieron más desastres tecnológicos, ya que es donde llegan la mayoría de los transportes marítimos.

Un desastre es “una disrupción grave del funcionamiento de la comunidad o sociedad que causa numerosos daños humanos, económicos o incluso medioambientales y que exceden la capacidad de hacerle frente la comunidad donde ocurre con sus recursos”.

Las actuaciones de enfermería en situaciones de desastre en los hospitales 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 y analgésicos.

1. Enfermería trabaja en estas labores ante el surgimiento de un desastre:

- Valoración previa y plan de respuesta al desastre: conocer vulnerabilidad y recursos.
- Simulacros: los planes de emergencia se deben mantener actualizados. En cada simulacro deben corregirse los errores y mejorar.
- Programas de educación sanitaria: medidas de primeros auxilios, incluyendo a los grupos vulnerables.

2. Durante el desastre la enfermería realiza estas funciones:

- Evaluación rápida de las necesidades.
- Triage prehospitario: rojo siempre es máxima urgencia, amarillo la atención puede demorarse unas horas, verde indica que hay lesiones leves y negro son los fallecidos.

La etapa tras el desastre es la que dura más tiempo, se centrará en la rehabilitación y reconstrucción y su objetivo es recuperar la normalidad de la comunidad.

La mayoría de enfermeros/as no cuentan con una formación actualizada para hacer frente a desastres, estos deberían actualizarse sobre todo a la hora de triar a las víctimas, una situación compleja y que debe estar bien inculcada.

5 Discusión-Conclusión

Enfermería desempeña una importante labor en situaciones de desastre.

Durante un desastre el personal de enfermería es la encargada de planificar, organizar, dirigir y proporcionar los cuidados de enfermería.

Queda claro que los profesionales de enfermería no disponen de la formación necesaria para hacerle frente a este problema de tal magnitud.

Los desastres pueden ser: naturales, tecnológicos o causados por el hombre.

Además, enfermería debe tener conocimientos y aptitudes especiales y muchas actitudes para trabajar en caso de desastre y además es necesario que tengan unas pautas sistemáticas de actuación en las que cada profesional sabe que debe hacer en cada momento cuando surge una catástrofe.

6 Bibliografía

1. http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/980/3/TL_PerezBecerraMaria.pdf.

2. www.scielo.org

Capítulo 9

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA OBTENCIÓN DE MUESTRAS DE SANGRE VENOSA, CAPILAR Y ARTERIAL

WILDER QUISPE CEBRIAN

EVA GARCIA VELLISCA

ANA MARTINEZ AGUILAR

LAURA PEREZ RIVERO

DAVID CUERDA CLEMENTE

1 Introducción

La extracción de sangre consiste en la extracción de una pequeña cantidad de sangre de una arteria, vena o capilar, para análisis de laboratorio.

La extracción de sangre al paciente nos permite recoger las muestras de sangre para que en un laboratorio realicen su análisis tanto de hematología, bioquímica, coagulación u microbiología.

La sangre es la muestra biológica más solicitada para el análisis por la gran cantidad de información que ofrece sobre cualquier enfermedad.

Para realizar la extracción de sangre al paciente se precisan de unas series de requisitos:

- Cada paciente debe de tener una petición de extracción de sangre, este debe de ir acompañada de un volante.
- El volante de petición de la muestra debe estar al nombre del paciente.
- El paciente debe de entregar el volante el día de la extracción a una enfermera, donde se le asignara un código para garantizar que no se pierda.
- Debe quedar registrado en el libro de registro del laboratorio: nombre paciente, fecha y hora y nombre del médico que solicita la extracción.

Los principales problemas que pueden generar en el paciente son:

- Rotura Venosa.
- Hematoma.
- Equimosis.
- Infección.

2 Objetivos

Describir las técnicas de extracción de sangre que va a usar el personal de enfermería según se trate de sangre venosa, arterial o capilar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed y Scielo.

4 Resultados

El sistema de punción es por catéter por vía vascular. Los pasos para realizar las extracciones son:

Para la extracción de sangre vía venosa hay que:

1. Lavarse las manos y ponerse guantes.
2. Escoger el sitio de la venopunción.
3. Unos 7-10 cm por encima del sitio escogido, colocar una banda de goma compresiva para hacer más visible la vena.

4. Higienizar la zona del pinchazo con algodón empapado en alcohol o un anti-séptico apto para piel sana.
 5. El personal de Enfermería es el que lleva a cabo la venopunción.
 6. Identificar correctamente con etiqueta los tubos.
 7. Retirar el material empleado, colocándolo en el contenedor que corresponda.
- El personal de enfermería ante todo debe estar bien preparado y formado para conseguir que el paciente no se ponga en situación de riesgo, además de evitar un daño o una complicación más grave.

Los pasos para la extracción de sangre vía capilar son:

1. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
2. Preparar la lanceta y el lector de bioquímica o los tubos capilares necesarios si los análisis han de ser más completos.
3. Elegir la zona donde se va a hacer la punción y desinfectar la zona y secar la piel.
4. Realizar la punción. La primera gota de sangre se limpia con una torunda estéril.
5. Recoger la muestra de sangre con la tira o con el tubo.
6. Volcar con suavidad el tubo, cerrado para que la sangre se impregne y se mezcle con el líquido aditivo.
7. Desechar la lanceta e identificar los tubos.
8. Comprimir con una torunda estéril la zona de la punción hasta que no salga sangre.

Para la extracción de sangre arterial hay que:

1. Tranquilizar al paciente e informarle de que la prueba puede ser dolorosa y que tiene a su disposición la aplicación local de anestesia. Este puede sentir un calambre o sensación de pulso.
2. Lavarse las manos y colocarse los guantes.
3. Desinfectar la zona del pinchazo con una gasa o algodón con alcohol. La sangre se extrae utilizando una aguja muy pequeña.
4. Una vez efectuada la punción, presionar el punto del pinchazo de 5 a 10 min. y cubrir la zona con una venda.
5. Enviar la muestra identificada al laboratorio.
6. Quitarse los guantes y lavarse las manos.

5 Discusión-Conclusión

Hemos explicado como el personal de enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario cuáles son las técnicas de extracción de sangre.

La extracción de sangre consiste en la extracción de una pequeña cantidad de sangre de una arteria, vena o capilar, para análisis de laboratorio.

Conocemos que una de las funciones del personal de enfermería es realizar punciones intravenosas para obtener las muestras de plasma sanguíneo para un posterior análisis en el laboratorio y los protocolos para la extracción de sangre vía venosa y sangre capilar y sangre arterial, la cual servirá para determinar los gases presentes en este tipo de plasma sanguíneo.

Es importante el conocimiento y la correcta formación del personal de enfermería respecto a los procedimientos de extracción sanguínea.

6 Bibliografía

1. <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711092.pdf>Muestra capilar - DrTango, Inc. (25 de Abril de 2021).
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003427>.

Capítulo 10

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y SUS CONSECUENCIAS

CARLOS MARTÍNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Como profesionales sanitarios, nuestra labor, deber y vocación es la de promoción, cuidado y tratamiento de la salud de la población humana en general. Pero, a veces, no somos conscientes de que también podemos estar al otro lado, como usuarios del sistema, ya que no somos inmunes y padecemos igualmente patologías tanto físicas como mentales, siendo estas últimas, las mas difíciles de apreciar y de diagnosticar, al no ser conscientes de forma habitual.

Una patología de Salud Mental que afecta a los profesionales sanitarios es el Síndrome de Burnout, también llamado Síndrome de sobrecarga del cuidador o Síndrome de desgaste profesional.

El Síndrome de Burnout se define como la respuesta de un trabajador cuando percibe la diferencia existente entre sus propios ideales y la realidad de su vida laboral, y este suele aparecer en profesiones de ayuda y de frecuente interacción social.

Este Síndrome se considera una respuesta inadecuada ante el estrés crónico en el entorno laboral, identificado por sentimientos y conductas negativas hacia el resto de personas, así como un agotamiento emocional. Como parte definitoria, no puede existir si no está relacionado con el entorno laboral, por lo que

situaciones de estrés que no sean causa directa laboral, no tienen cabida en este apartado.

2 Objetivos

Esquematizar el conocimiento sobre esta patología emergente en el entorno sanitario, y evidenciar formas de prevenirla, diagnosticarla precozmente y realizar un tratamiento adecuado, evitando el malestar que origine tanto en profesionales como usuarios, así como periodos de Incapacidad Temporal.

3 Metodología

Revisión sistemática de las últimas publicaciones científicas en buscadores: Dialn, Ime, Cinhal, Medline, Pubmed y revistas con acceso abierto DOAJ. Se usaron los descriptores: Burnout, quemado, estrés y laboral. Se eligieron los criterios de: estudios de medicina del trabajo y psicología, de acceso completo, no comerciales y en español o inglés. Y se obtuvieron 283 resultados de los que se seleccionaron 6.

4 Resultados

Los autores destacan que el Síndrome de Burnout no es definitorio de estrés laboral, sino que es una forma anormal de responder ante el mismo. No tiene validez fuera del contexto laboral, y siempre precisa presentar cansancio emocional, frialdad afectiva y disminución de la eficacia laboral.

Diversos autores lo definen como un proceso gradual y no como un estado estático, ya que es un proceso de respuesta defensiva ante una situación de estrés laboral crónico, que se ve modificado con el tiempo y el cambio de condiciones. Destacan que las personas idealistas, con ideas utópicas sobre su profesión tienen mayor riesgo de sufrir este síndrome con mayor facilidad.

Al ser un proceso gradual, la mayoría de los autores describen cuatro fases progresivas:

- Entusiasmos.
- Estancamiento.
- Frustración.

- Apatía; caracterizándose por una pérdida de energía, optimismo e ilusión por su trabajo de forma gradual y decreciente.

Así mismo, va provocando, de forma gradual y ascendente:

- Trastornos de conducta (impulsos, agresividad, trastornos alimentarios).
- Trastornos emocionales (depresión, ansiedad, desconcentración).
- Trastornos conductuales (negación, cinismo, frialdad afectiva).
- Trastornos físicos (alteraciones digestivas, cefaleas, alteraciones del sueño).

Todas estas consecuencias de la evolución progresiva del Síndrome de Burnout provocan una peor calidad del servicio ofertado a los usuarios, incluso comportamientos contrarios a los códigos de conducta actuales. También es motivo de ausencias laborales, incapacidades temporales e incluso renuncias.

En definitiva, es un proceso gradual, que puede ser identificado en sus etapas mas iniciales, y que es fácilmente reversible si se soluciona de forma precoz, e incluso se puede prevenir en el futuro. Para ello es necesario reducir el malestar emocional, con diversas formas de autocontrol emocional, tales como entrenar habilidades sociales, resolución de problemas, e incluso técnicas de relajación y/o mindfulness.

Por otra parte (incluso puede ser la mas importante, al ser una prevención a nivel colectivo), la organización laboral debería interesarse por prevenir estas situaciones, realizando acogida de personal y explicando objetivos y habilidades necesarias, programas de evaluación y mejor profesional, así como desarrollo organizacional integral, donde los trabajadores se encuentren tanto motivados por una parte, como con acceso a soporte emocional, por los servicios de Prevención de Riesgos Laborales, por la otra.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Burnout es un proceso perjudicial tanto para el profesional como para su empleador, así como para los usuarios a los que preste servicio dicho profesional. No es una situación al azar, sino que se puede prevenir con una organización y programas adecuados, y con un coste-beneficio muy importante.

Los profesionales sanitarios, estamos muy expuestos, debido a nuestra vocación al cuidado, a poder desencadenar las etapas iniciales del Burnout, y es un trabajo conjunto, tanto propio, mejorando la Inteligencia Emocional propia, como de la organización, promoviendo un entorno de trabajo sano y seguro, con detección

precoz de signos de alarma, el poder minimizarlo y evitar todos los perjuicios que con ello se derivan. Para algunos trabajadores puede llegar a resultar tan traumático, que llegan a renunciar a su profesión, siendo las implicaciones personales, sociales y laborales muy importantes e intensas en estos procesos.

El primer paso, la base fundamental, es conocer nuestros límites (y los que podemos ofrecer a los usuarios), y ser realistas con los objetivos a marcar. Solo conociéndonos a nosotros mismos, seremos capaces de cuidar a otros. También hay que insistir, en una política positiva por parte de la empresa, en prevención colectiva primaria de problemas de estrés en el entorno laboral.

6 Bibliografía

1. Maslach, C., Jackson, S.E. (1981) The measurement of the experienced burnout. *Journal of Occupational behaviour*. 2; 99–113.
2. Maslach, C., Jackson, S.E. (1983) *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- 3.- Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. (2001) Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. 52; 397-422.
4. Martín Daza, F. (2005) El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral. Nota técnica de Prevención 319. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
5. Salanova, M., Schaufeli, W.B., Llorens, S., et all. (2000) Desde el "BurnOut" al "engagement": ¿una nueva persepectiva?. *Revista de psicología del Trabajo y las Organizaciones*. 16 (2); 117-134.
6. Schaufeli, W.B., Enzmann, D. (1998) *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.

Capítulo 11

PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL POR PARTE DE LA ENFERMERÍA

SOLEDAD BUENO RAMIREZ

PATRICIA PAREJA MIRALLES

1 Introducción

La obesidad es considerada una pandemia nutricional del siglo XXI. En las chicas prevalece el sobrepeso mientras que en los chicos la obesidad. Según la OMS se considera como una acumulación anormal o excesiva de grasa, pudiendo ser esta perjudicial para la salud. Se puede calcular a través del índice de masa corporal (IMC). Relaciona el peso y la talla al cuadrado. Es un problema propio de países desarrollados pero que actualmente aumenta en los países de menor ingreso. Es de causa multifactorial, existiendo un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las gastadas.

Principalmente lo que ha ocurrido es un aumento del consumo de alimentos hipercalóricos, ricos en grasa y azúcares junto con una disminución en la actividad física, relacionado con una vida más sedentaria. Los niños cada vez pasan más tiempo en actividades que no impliquen el movimiento y la práctica de alguna actividad física.

La alimentación en los primeros años de vida es de gran importancia. Llevar unos correctos hábitos de vida previene el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, trastornos del aparato locomotor, obesidad, cáncer y síndromes metabólicos como la diabetes. Los niños obesos tienen más probabilidad de discapacidad en la edad adulta. Sin olvidar que esto puede tener efectos psicológicos.

El riesgo de padecerlas crece con el aumento del IMC.

Los padres de los bebés de seis a doce meses de edad reciben una fuerte presión a través de la industria dedicada a la fabricación de alimentos para niño, creando unas expectativas poco reales en cuanto a la calidad y cantidad de comida, dando lugar a comportamientos negativos en el desarrollo de los buenos hábitos. De esta forma como consecuencia se desencadena sobrepeso y obesidad en los más pequeños. La lactancia materna actúa como protector de la obesidad infantil. Su manera de prevención es disminuir la velocidad de ganancia de peso en los primeros años de vida.

Los niños con sobrepeso y obesidad muestran una menor masa muscular excepto en los casos de fuerza isométrica manual. Lo que se podría utilizar como aliciente para la práctica de deporte que en la que prevalezca esta acción muscular. En esta última década ha aumentado la cantidad de escolares que incluyen en el deporte los entrenamientos de la fuerza y según la evidencia científica este tipo de ejercicio es beneficioso para la salud.

Una parte importante es la manera que afecta esta patología a nivel psicológico. Hay estudios que han demostrado que la condición de sobrepeso y obesidad está relacionada con bajos niveles de autoestima y la percepción de felicidad. Además, las relaciones interpersonales suelen verse involucradas incidiendo de manera directa sobre el desarrollo de la salud emocional, mental y social.

Los infantes están continuamente expuestos alimentos ricos en grasa y azúcares y pobres en micronutrientes.

El hecho que la publicidad dirigida a los infantes en temas de alimentación está llena de productos insanos de poco valor nutricional es un factor a tener en cuenta. La regularización de esta fuerte estrategia comercial es un punto de inicio en esta etapa de cambio.

El papel de la enfermería se encuentra en una posición estratégica para abordar el cuidado de la alimentación y la promoción del deporte en edades jóvenes. Crear un programa de enfermería detallado sobre el problema permitiría la participación de los familiares, escuela y demás espacios educativos.

Es importante conocer como abordan los profesionales en la materia esta enfermedad, como resuelven y manejan las recomendaciones de nutrición, así como saber qué dificultades se encuentran en la práctica del día a día y como facilitar en manejo de la patología.

La adaptación a las nuevas tecnologías, a la nueva forma de recepción y transmisión del mensaje sería una nueva estrategia para llegar a la población. Utilizando dispositivos electrónicos, así como aplicaciones o redes sociales incidiendo siempre en la responsabilidad individual como método de cambio.

2 Objetivos

Dar a conocer a partir de un caso clínico qué es la obesidad, cuáles son sus causas, cómo repercute está en los primeros años de vida y cuál es el papel de la enfermería en la prevención y promoción de los buenos hábitos.

3 Caso clínico

Varón de 6 años de edad recién cumplidos que acude un día a la consulta de Enfermería y dietética para el control de peso y dieta. Tras analizar durante unas semanas sus hábitos alimenticios se detecta que el niño tiene la costumbre de no desayuna antes de ir al colegio, la madre nos comenta que la primera comida la realiza a las diez y media de la mañana cuando sale al patio en el colegio, no realiza ningún tipo de actividad física excepto las impuestas en las clases de educación física del colegio, se va a dormir a las once y media de la noche todos los días, hace sus deberes, pasa toda la tarde jugando a los videojuegos en casa y por cuestiones económicas no realiza ningún tipo de actividad extraescolar. Las comidas en casa las hace rápidamente y delante de la televisión.

En la entrevista, la madre nos informa que nunca quiere salir a ningún sitio con sus hermanos, familiares y amigos y prefiere quedarse en casa. Al hablar con la madre observamos que el tema del peso de su hijo no lo ve como un problema ya que algunos miembros de su familia sufren sobrepeso.

El niño pesa 28.5 kg y su percentil de peso es del 97%. Su estatura es de 114 cm, teniendo un percentil de talla del 50 %. Su Índice de Masa Corporal es de 21.92 y su percentil de índice de masa corporal (IMC) es del 97 %.

Según los datos antropométricos podemos apreciar que el niño sufre sobrepeso. Para prevenir esta situación elaboramos un plan de actuación con la finalidad de normalizar el peso según edad y talla del niño.

El plan de actuación que hemos llevado a cabo se ha basado en la edad del niño, ya que si llevamos a cabo unos regímenes estrictos podrían provocar alteraciones en su crecimiento. La dieta pautaada será equilibrada e incluirá todo tipo de alimentos saludables. Las recomendaciones que se deciden para intentar reducir el peso y prevenir la obesidad del niño son:

- El niño deberá tomar en el desayuno lácteos, cereales y frutas, evitando la bollería industrial.
- Evitar comer entre horas y realizar cinco comidas al día.
- Fomentar el consumo de pescados y legumbres.
- Acompañar los platos principales con verduras.

- Evitar los fritos, estofados y comidas basura.
- Emplear la plancha y el vapor a la hora de cocinar.
- Realizar ejercicio físico.

4 Discusión-Conclusión

Ante las necesidades identificadas, se ha llegado a distintas conclusiones cuyo objetivo principal es crear un ambiente favorable para la etapa de cambio. Uno de estos objetivos es promover a nivel sanitario como enfermera intervenciones que fomenten la salud de los lactantes, niños y adolescentes y que estas variaciones se sigan manteniendo en una vida futura con el objetivo de evitar problemas posteriores en la adultez. Estos cambios serían principalmente: variar la forma de alimentación, la promoción de la lactancia materna exclusiva siempre que sea posible, la práctica de ejercicio físico y la buena relación interpersonal entre paciente y enfermera.

Como personal sanitario cualificado es deber planificar y ejecutar intervenciones enfermeras en el entorno familiar sobre la alimentación, y revisar con los tutores los alimentos ofrecidos. Implementar un programa de actividad física en el que esté incluida la fuerza y los ejercicios aeróbicos. Promocionar una buena higiene del sueño. Promocionar la lactancia materna como medida de prevención de la obesidad y correcta alimentación de los más pequeños. Tener siempre en cuenta los factores psicosociales de los niños y educar en una buena salud mental. Las actividades propuestas deben asegurar un correcto aprendizaje.

Se ha evidenciado que a través de un programa dirigido a la asistencia de enfermería potencia las intervenciones guiadas a las necesidades de este grupo de edad, fortaleciendo el vínculo entre profesionales-paciente.

Los profesionales de enfermería deben participar activamente desde el inicio a la adherencia a los buenos hábitos y para ello es fundamental la determinación del entorno del niño, identificando los factores de riesgo. Es necesario llevar a cabo intervenciones educativas antes del proceso de cambio, durante y después de este. El equipo sanitario debe recibir una formación adecuada para ejercer de forma correcta su papel. Es interesante hacer uso de las nuevas tecnologías para aumentar la difusión y calidad del mensaje además de ser una herramienta de fácil acceso y uso.

5 Bibliografía

1. Obesidad Infantil [Internet]. Mayo Clinic. Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2022 [cited 2022Dec6]. Encontrado en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/childhood-obesity/symptoms-causes/syc-20354827>.
2. Prevención de la obesidad infantil: Previnfad [Internet]. Inicio. Encontrado en: <https://previnfad.aepap.org/monografia/obesidad>.
3. Obesidad infantil. la importancia de la prevención npunto [Internet]. Encontrado en: <https://www.npunto.es/revista/17/obesidad-infantil-la-importancia-de-la-prevencion>.

Capítulo 12

ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE TERMINAL EN EL HOSPITAL

SILVIA BRAVO MARTIN

BEATRIZ OEO DELGADO

NEREA DÍAZ ANGULO

ISMAEL MENA MUÑOZ

ALICIA PINEDA ALORS

1 Introducción

El personal sanitario está constantemente enfrentado a la realidad de la muerte de otras personas, que suele ser dolorosa y muy difícil. Pero estos profesionales son capaces de encontrar una actitud en base a sus responsabilidades inherentes, caracterizada por ser tranquila y equilibrada. En consecuencia, estas actitudes tienen un impacto positivo o negativo en el proceso final de los pacientes terminales y sus respectivas familias. Es decir, hay retroalimentación entre el proceso final y las actitudes del personal de enfermería, que es el que mayormente está en los hospitales, a pie de cama en la última etapa de los pacientes terminales. Por tanto, como actitud de un profesional de enfermería ante esta realidad cotidiana, necesitamos tratarlos de la forma más positiva y correcta posible, para contribuir a mejorar la calidad de vida de estos enfermos terminales que estén a nuestro cargo. Lo más importante en cuanto al cuidado del paciente terminal es ayudarles a morir bien, con el máximo confort y con dignidad.

Por las características de su trabajo, el personal de enfermería tiene un contacto prolongado con el dolor, la humanidad y la muerte. El enfermo mental espera obtener la ayuda necesaria para soportar y afrontar de la mejor manera posible la última etapa de la vida y los cuidados necesarios para mantenerlos en la máxima comodidad durante esos tiempos difíciles. Pero hay que tener en cuenta que aceptar la muerte del paciente va en contra del fin esencial de las profesiones sanitarias que es mantener la salud y la vida por encima de todo.

2 Objetivos

Describir e indicar el rol que tiene la unidad de enfermería ante los enfermos terminales de los diferentes centros hospitalarios y sus cuidados

3 Metodología

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

4 Resultados

Todos los profesionales de la salud participan en el tratamiento de la curación de los pacientes, pero cuando se habla del paciente terminal, es necesario alcanzar la máxima perfección del cuidado. Por lo tanto, los profesionales de enfermería tienen la obligación de tener los conocimientos adecuados y actualizados y de no olvidar la dimensión espiritual de las personas. Ya que trabajar con esta dimensión espiritual hace que los pacientes terminales sientan que el personal sanitario se preocupa por ellos y en sí mismo es terapéutico.

El personal de enfermería debe tratar al paciente con hospitalidad, presencia y compasión, dando esperanza, y que se sientan arropados, que no piensen que están solos. No hablamos de dar falsa esperanza, esto sería contraproducente, sería mentirle. Estos pacientes saben que su final está cerca, es necesario en las reuniones posteriores utilizar herramientas para promover una comunicación terapéutica que destaque la empatía, escucha activa, permitir preguntas abiertas, mostrar autenticidad y coherencia.

Las enfermeras en su ámbito profesional buscan ser fuertes para apoyar a los pacientes y familiares en momentos de vulnerabilidad. Además las enfermeras consideran que no es profesional mostrar sus emociones, intentan usar estrategias para mantener una relación lejana. Es una lucha en la que las enfermeras siempre se sienten perdedoras, porque si muestran sus emociones y se encuentran en el medio humano se sienten malas profesionales, pero si no lo hacen se sienten malas personas.

El entorno hospitalario se considera como desfavorable respecto al derecho humano por falta de entornos acondicionados para pacientes y familiares, por la existencia de reglas estrictas y recursos para la prestación de servicios enfocados al alargamiento de la fase terminal como rutina sin tener en cuenta los principios morales.

5 Discusión-Conclusión

Es importante la manera en la que se realizan los cuidados de Enfermería en la última etapa del paciente terminal, no solo por ellos, sino porque esos cuidados permanecen en la mente de los familiares que continúan viviendo.

En el sistema de salud, la etapa crónica o terminal se vuelve cada vez más importante. Para la enfermera, la existencia de pacientes terminales es un desafío porque los pacientes y sus familias tienen necesidades muy diferentes durante todo el curso de la enfermedad y concretamente en el momento de la muerte.

Los hospitales de áreas generales tienen suficiente conocimiento sobre qué son y qué cubren los cuidados a los pacientes terminales porque están relacionados con pacientes a los que están acostumbrados a tratar y de esta manera se brinda una atención excepcional.

6 Bibliografía

1. Míguez Burgos A, Muñoz Simarro D. Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enferm Global*. 2009;16:1-5.
2. Pérez- García E. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2016;5(2):41-41.
3. Lopera- Betancur MA. Cuidado del paciente moribundo: una confrontación entre mostrar sentimientos y desempeño profesional . *Aquichan*. 2017;17(3): 284-291.

Capítulo 13

ENFERMERÍA RESPECTO A MODIFICAR CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

SILVIA BRAVO MARTIN

BEATRIZ OEO DELGADO

NEREA DÍAZ ANGULO

ISMAEL MENA MUÑOZ

ALICIA PINEDA ALORS

1 Introducción

La anorexia adolescente se considera un trastorno psiquiátrico que se centra en la alimentación y la imagen corporal. Su etiología puede ser genética, biológica y factores sociales. Se caracteriza por conductas nocivas como el ejercicio excesivo, la restricción calórica y el uso de laxantes y diuréticos. Además, los afectados temen aumentar de peso, ya que presentan distorsiones de la imagen corporal que pueden generar rechazo ante las situaciones de peligro presentes en todas las medidas anteriores. Esta condición puede conducir a trastornos emocionales como la ansiedad y la presión.

La anorexia nerviosa es una de las principales enfermedades:

Conducta alimentaria caracterizada por una pérdida significativa voluntarios influyentes. Se desconoce la causa, pero varios factores juegan un papel en su desarrollo. Su incidencia está aumentando, especialmente en su adolescencia. Su diagnóstico complejo, sus síntomas...

Teniendo en cuenta las clínicas, las complicaciones y el papel de la enfermería imprescindible para su desarrollo y tratamiento.

Según el DMS-5 (Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición), la anorexia pertenece a un grupo de trastornos mentales conocidos como trastornos alimentarios. Para ser diagnosticado de acuerdo con este manual de diagnóstico, se deben observar los siguientes aspectos durante al menos 3 meses: cambios en la percepción del peso, sobreestimación del peso o negación de condiciones de riesgo.

2 Objetivos

- Describir los factores que influyen en el cambio de la conducta alimentaria en adolescentes.
- Exponer los cuidados de enfermería reportados por la literatura que influyen en el cambio de conducta alimentaria en adolescentes, en etapa inicial de anorexia nerviosa.

3 Metodología

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

4 Resultados

Después de una revisión de la literatura, los factores que influyen en los cambios en el comportamiento alimentario de los adolescentes y la lactancia influyen en los cambios en el comportamiento alimentario de los adolescentes durante las primeras etapas de los trastornos del espectro.

Factores que influyen en los cambios en el comportamiento alimentario:
Elementos familiares.

La dimensión familiar está directamente relacionada con la anorexia por antecedentes de trastornos alimentarios y transmisión de padres a hijos de problemas relacionados con la alimentación, la forma física y el peso, por lo que en este caso los factores de riesgo asociados a la obesidad materna tienen mayor probabilidad de restringir su dieta. Para los padres, tenga en cuenta que el principal factor de riesgo es la insatisfacción corporal. Finalmente, los conflictos intrafamiliares, las familias extensas o desestructuradas, los conflictos familiares y las peleas afectan negativamente la dieta de los adolescentes.

Factor personal.

La exposición a experiencias infantiles negativas, incluido el abuso familiar, el abandono y la disfunción, conduce a problemas de salud física y mental a largo plazo. Además, el estrés postraumático puede ser otra razón por la cual los adolescentes sienten hambre, comen en exceso y vomitan. Todas estas son adaptaciones.

Durante la pubertad, se interrumpe el proceso de crecimiento y desarrollo, lo que lleva a la insatisfacción con las medidas corporales y al deseo de perder peso.

El riesgo de anorexia nerviosa aumenta con el perfeccionismo, el pensamiento rígido, el pensamiento dicotómico, el trastorno obsesivo-compulsivo, la baja autoestima, la depresión, la pérdida del autocontrol y la negativa a mantener el peso normal para la edad y la estatura. Algunas personas temen aumentar de peso incluso dentro del rango normal.

Los adolescentes presentan problemas de: periodos de estrés intenso (separación de los padres, abandono materno, muerte o divorcio, etc.), estructura de la infancia, dificultades afectivas, capacidad de expresión de sentimientos y emociones. Falta de sentimientos de odio, culpa, ansiedad, alcoholismo y de fumar. Los adictos al juego tienen más probabilidades de tener problemas de obesidad y más probabilidades de tener problemas de obesidad, pero esto no es cierto y se basa en prácticas asociadas con la anorexia nerviosa. El uso dietético se asocia con trastornos alimentarios que conducen a pensamientos obsesivos sobre la comida, el peso, la apariencia, situaciones que finalmente afectan la salud. Factor social.

Al recibir y publicar modelos, los medios vulnerables, a menudo asociados con ideales de belleza, se vuelven menos importantes que los modelos establecidos. Estos son modelos destinados a representar al hombre y la mujer perfectos, a menudo atrayendo la atención del público e imitándolos. Estos patrones se presentan en textiles, cosméticos, medios y más. Encarna el valor estético del cuerpo y la delgadez como éxito social. La presión de grupo puede fomentar el deseo de ser delgada, especialmente para las mujeres jóvenes. Factor biológico.

La anorexia es más común en las mujeres. Se manifiesta por disminución del

metabolismo basal, disminución de los niveles de neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, y disfunción de los circuitos límbicos cortos implicados en el apetito.

Todavía no sabemos qué genes están implicados, pero puede haber alteraciones genéticas que aumenten el riesgo de anorexia. Algunas personas pueden tener una predisposición genética al perfeccionismo, la sensibilidad y la persistencia, rasgos asociados con la anorexia.

En las primeras etapas de la anorexia nerviosa adolescente, las enfermeras y el equipo médico (pediatra, psicólogo, psiquiatra) juegan un papel muy importante en la atención. Los macrobióticos regulan el comportamiento alimentario:

En los pacientes anoréxicos tempranos, el establecimiento de una relación enfermera-paciente se caracteriza por sentimientos como la solidaridad, la igualdad, la apertura, la honestidad, la confianza, la seguridad, la integridad y el respeto.

5 Discusión-Conclusión

Terminamos este capítulo enfocándonos en que el equipo de enfermería juega un papel muy importante en los casos de anorexia, tanto del paciente como de la familia.

Es un equipo donde enfocan la terapia multidisciplinar, que es ideal para el cuidado del paciente y su familia.

Enfermería Proporcionar apoyo emocional y es vital monitorear el progreso del paciente. Los profesionales de enfermería deben ser dar consciencia de que la atención temprana de los adolescentes con anorexia nerviosa es muy importante, del mismo modo, el entorno social y familiar puede afectar positiva o negativamente a la recuperación de los adolescentes con anorexia y, por tanto, deben considerarse importantes redes de apoyo.

Es importante la investigación y actualizar periódicamente los modelos de atención, esto aumenta la confianza en sus acciones y asegura que cada función que realizan esté basada en evidencia y con gran profesionalidad.

6 Bibliografía

1. Alegre Gallego N. Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Anorexia Nerviosa. [Tesis en Internet]. España: Universidad de Cantabria; 2015 [consultado 8 de marzo de 2019].Asistencia Continuada en Atención Primaria. 2016.

2. Barón Castro S, Restrepo Caballero L. Percepciones de los patrones de crianza y del vínculo afectivo de una adolescente en proceso de recuperación de Anorexia 44

Nerviosa. . Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2015

Capítulo 14

EDEMA AGUDO DEL PULMÓN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

SILVIA BRAVO MARTIN

BEATRIZ OEO DELGADO

NEREA DÍAZ ANGULO

ISMAEL MENA MUÑOZ

ALICIA PINEDA ALORS

1 Introducción

Esta condición es una emergencia inmediata para el paciente. Aunque un corazón normal parece funcionar como una sola bomba, el ventrículo izquierdo en realidad tiene una estructura funcional y anatómica diferente a la del ventrículo derecho.

En un estado patológico, la mitad del corazón puede estar dañada, pero el otro lado sigue funcionando durante algún tiempo debido al evidente deterioro del lado izquierdo. El edema pulmonar agudo, o insuficiencia ventricular izquierda aguda, es una manifestación clínica que resulta de la etapa terminal de la congestión pulmonar, el bloqueo repentino de la cámara izquierda del corazón, que causa dificultad respiratoria grave.

La debilidad del ventrículo izquierdo es el resultado de (infarto de miocardio, arritmias graves que alteran el gasto del ventrículo izquierdo, hipertensión, enfermedad de las válvulas mitral y aórtica, arteriosclerosis coronaria, miocarditis

aguda) y varias enfermedades cardíacas congénitas en niños. Es probable que las haya. Otras posibles causas de edema son afecciones no cardíacas: (nefritis aguda)

, infecciones, isquemia cerebral, lesión cerebral, tumores, hemorragia cerebral, encefalitis, insuficiencia renal aguda y crónica, aspiración rápida de líquido y aire del espacio pleural, envenenamiento por clordeazepóxido y trogenia).

Nos referimos únicamente a la etiología del edema agudo de pulmón de origen cardíaco.

La disnea paroxística nocturna se debe a un fuerte aumento de la congestión pulmonar. Esta obstrucción ocurre cuando el lecho vascular pulmonar recibe más sangre del ventrículo derecho de la que el ventrículo izquierdo puede extraer de los pulmones.

Los principales factores son la presión hidrostática de los capilares pulmonares y su mayor permeabilidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar como identificar los signos y síntomas que aparecen en el edema agudo del pulmón.

Objetivos secundarios:

- Exponer los cuidados que debe tener en cuentas el personal de enfermería antes esta urgencia aguda.
- Conocer tratamiento y explicar la necesidad de autocontrol, para disminuir la ansiedad manifiesta en estos casos y fomentar en todo momento sentimientos de confianza y seguridad empleando estrategias de adaptación para enfrentarse a situaciones de estrés.

3 Metodología

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

4 Resultados

El edema pulmonar agudo ocurre con mayor frecuencia por la noche y no tiene una advertencia repentina. Los pacientes pueden comenzar a despertarse con molestias severas, tos seca, levantarse en la cama, sudoración profusa y opresión en el pecho, lo que puede estar precedido por ansiedad, inquietud y dificultad para respirar repentina, dificultad para respirar y tos con o sin flema. Estos síntomas pueden empeorar y en cuestión de minutos el paciente puede estar en crisis. Los pacientes pueden experimentar síntomas como té gris, aumento del pánico en el paciente, venas hinchadas en el cuello, aumento de la ansiedad y agitación, etc. pueden experimentar peores síntomas de neumonía, que pueden llevar a los pacientes con abundante flema, tos sanguinolenta, espuma y posiblemente una tos persistente y constante. Aparentemente se ahoga en sus propias secreciones, disnea severa, frecuencia respiratoria de 35 a 40 respiraciones por minuto, dolor en la parte posterior del hombro que se irradia a los omoplatos, el paciente tiene una placa de metal de plomo y está sentado en la cama. Estaba pálido, con cianosis central, puede comprometer todos los músculos respiratorios en la lucha contra el riesgo de asfixia y lograr la respiración de Cheyne-Stokes. La muerte por edema pulmonar agudo se puede evitar con un tratamiento rápido. Diagnóstico diferencial para excluir:

Asma bronquial: Dificultad para exhalar, caracterizada por silbidos y silbidos con flema nacarada. - Embolia pulmonar: También comienza de forma repentina, pero es dolorosa y provoca hemoptisis.

- Neumotórax espontáneo: más doloroso, las pruebas de laboratorio son exclusivas. Se deben tomar las siguientes medidas generales de cuidado:

Actividad Física: Si las condiciones lo permiten, anime al paciente a acostarse en una posición semi-recostada. Terapia de oxígeno

Monitorización cardíaca: Valorar la presencia de arritmias

Monitoreo hemodinámico

En el caso de edema pulmonar agudo, tan pronto como se identifique, se debe alentar al paciente a que se comporte adecuadamente en la cama y se siente con las piernas hacia abajo (posición del 90%) si el estado del paciente lo permite.

Esto facilitará la ventilación. Evite comprimir el abdomen con el diafragma. Se reduce el retorno venoso al corazón. Ofrezca apoyo emocional y explique que el autocontrol es necesario para reducir la ansiedad.

Mantiene una buena ventilación e iluminación interior para reducir la congestión y la ansiedad.

La morfina tomada según prescripción produce efectos farmacológicos de

sedación y dilatación venosa periférica, reduciendo así el reflujo venoso y la ansiedad. Administrar oxígeno y realizar un ECG.

Ayuda a reducir las secreciones bronquiales al estimular la descarga de secreciones para mantener permeables las vías respiratorias y promover la ventilación de acuerdo con los mecanismos fisiológicos de la tos. Aplicar monitorización cardíaca.

Medir regularmente el volumen de orina. Tenga preparado un carro de cardioplejía.

Proporcionar educación sanitaria sobre el proceso de la enfermedad y sus desencadenantes.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo y es que como se puede observar que el edema agudo de pulmón es una enfermedad muy común y sus síntomas no se ignoran. Es importante que las enfermeras estén bien capacitadas para brindar a estos pacientes la atención que necesitan. La EAP es una emergencia y el diagnóstico y tratamiento oportunos son esenciales. Asimismo, los cuidados de enfermería a los pacientes con EAP son fundamentales. Las enfermeras evalúan cada diagnóstico e intervención para agilizar posibles tratamientos y evitar la muerte del paciente. Durante la lactancia, se implementa una jerarquía de prioridades que aborda principalmente las necesidades de oxígeno.

6 Bibliografía

1. Smith, Enfermería médico quirúrgica ,Ed. Thompson and Thomson, 1998.
2. Negrin Villavicencio, J.A.(colectivo de autores). Texto para la especialidad de enfermería en cuidados intensivos. TII .Ed. Pueblo y Educación-1990.
3. Brunner, L.S y D.S .Suddarth: Manual de enfermería médico Quirúrgica.
4. Tomo II.Ed.MC Graw-Hill, Mexico,DF, 1.

Capítulo 15

RELACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON EL FACULTATIVO MÉDICO

MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ

PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL

NEREA JUÁREZ MUÑOZ

ALICIA FLORES CASARRUBIOS

MARÍA USERO MOZOS

1 Introducción

El apartado de introducción de este trabajo nos va a servir para poner de manifiesto que a lo largo de este estudio vamos a tratar la importancia que tiene el personal de enfermería respecto a la labor asignada acerca de ser una de las categorías profesionales que está en contacto directo con los médicos de los hospitales y que además en muchos de los momentos es este personal de enfermería en el que el médico se apoya para continuar con el desarrollo de sus funciones. Vamos a visualizar en este estudio cómo es la labor de relación con el facultativo médico y los enfermeros y también qué funciones les delegan los médicos al personal de enfermería en relación con el seguimiento del paciente. Con todo ello veremos la importancia del personal de enfermería en los hospitales, así como qué funciones concretas realizan en relación a su protocolo de actuación y de

la necesidad del servicio que le haya asignado el facultativo médico en ese momento.

Vamos a mencionar una serie de tareas generales por parte de los enfermeros que nos van a servir a modo de ejemplo para exponer la relevancia de la relación entre personal de enfermería y las propias funciones de los médicos facultativos.

2 Objetivos

En este trabajo hemos recogido varios objetivos que hemos querido reflejar a continuación:

- Analizar determinados aspectos relacionados con algunas de las características que debe de presentar el personal de enfermería en relación con el facultativo médico.
- Valorar desde la perspectiva del trabajo en conjunto de estos dos profesionales sanitarios que funciones son relevantes para explicar la relación de los médicos con los enfermeros.

3 Metodología

La parte metodológica de nuestro estudio está orientada en torno a conocer, a través de la investigación y la bibliografía adjunta, el papel del personal de enfermería en la sanidad pública. Para ello hemos usado varias bases de datos que han sido distintas para poder recoger la mayor información posible. Hemos usado Google Scholar o plataformas como DIALNET que se encargan de que muchos de los documentos estén clasificados y ordenados de manera que nos facilite el trabajo de investigación.

4 Resultados

En este apartado de resultados vamos a exponer, por un lado, las relaciones que existen entre los médicos y los enfermeros en función de las propias necesidades del paciente. Visualizaremos también qué funciones concretas les van a delegar los facultativos médicos a los enfermeros para que estos últimos continúen con la labor de los médicos en cuanto al seguimiento de los pacientes, esto puede ser la atención general que necesitan los mismos. Relacionado con estas cuestiones que estamos mencionando debemos de poner de manifiesto que el personal médico debido a la labor fundamental que cumplen en los hospitales, necesita de otras

categorías profesionales que les ayuden en sus tareas. El personal de enfermería es una categoría profesional que realiza uno de los apoyos más directos hacia los médicos. Los médicos les delegan tareas como realizar el seguimiento del paciente, tanto en tratamientos médicos como en otras cuestiones que le sean necesarias para seguir valorando al paciente en las siguientes visitas. Esto ocurre porque el personal de enfermería es una de las categorías profesionales que se encuentra más en contacto directo con el paciente y durante más tiempo. El personal médico acudirá a visitar al paciente de manera periódica, normalmente suele ser una vez al día. Es por ello que los médicos necesitan que los enfermeros realicen un seguimiento constante, así como de supervisión. El personal de enfermería desempeña unas funciones importantes para los médicos. De las funciones concretas que realizan y que están en relación con los médicos, además del seguimiento a los pacientes es la de suministrarle el tratamiento que el médico le haya prescrito con los tiempos y pautas que haya determinado. Al igual que encargarse de que el paciente se realice las pruebas médicas pertinentes y que el médico ha marcado.

5 Discusión-Conclusión

Este apartado de discusión nos va a servir para exponer varias conclusiones siendo la primera que determinamos la relacionada con la importancia que tiene para el personal médico las labores que desempeñan los enfermeros, ya que los mismos en muchos casos continúan con la labor del personal facultativo. También llegamos a la conclusión de que las tareas concretas que hemos enumerado en este estudio nos hacen pensar que dichas funciones son imprescindibles que se lleven a cabo de manera correcta. Es por ello que el personal de enfermería necesita estar suficientemente bien informado en dichas cuestiones y tener una buena coordinación con los médicos. Es por tanto el personal de enfermería una categoría importante en relación con los médicos, ya que por el protocolo que tienen asignado, sus funciones se convierten en imprescindibles para el seguimiento del paciente.

6 Bibliografía

Sara Darias Curvo S, Campo Osaba MA. Enfermería Comunitaria (Tomos 1 y 2). Paradigma 2019.

Capítulo 16

LA ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA ACTUAL POR COVID-19

MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ

PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL

NEREA JUÁREZ MUÑOZ

ALICIA FLORES CASARRUBIOS

MARÍA USERO MOZOS

1 Introducción

Vamos a hablar de la enfermedad Covid-19 que está causada por el tipo de coronavirus denominado como SARS-CoV-2. La primera vez que se notificó un caso a la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue el 31 de diciembre del año 2019 al detectarse un grupo de casos de neumonía vírica en Wuhan, China. Desde ese momento, el mundo se está enfrentando a una de las mayores pandemias de los últimos 100 años, la cual ha afectado tanto a la vida social, la vida política, la economía pero fundamentalmente a la salud, ya que durante las diversas oleadas de casos se han dado situaciones de colapso de los sistemas sanitarios.

La OMS estima que la enfermería representan casi el 50 % de la fuerza laboral de la salud. Durante esta crisis sanitaria, la enfermería ha estado presente de forma notoria, pues su contribución ha sido vital para hacer frente a la pandemia, estando en primera línea y brindando atención y cuidados 24 horas como elemento clave para su contención. Pero la magnitud de las personas afectadas y la alta carga

laboral ha hecho que la presión aumente, con lo que conlleva un aumento del estrés físico y emocional de todo el personal.

2 Objetivos

- Revisar la situación de enfermería durante la crisis sanitaria producida por el Covid-19.
- Valorar el estado psicológico del equipo de enfermería durante la pandemia producida por el Covid-19.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación se realizó una revisión de la evidencia científica existente en las bases de datos de Google Académico, Scielo, PabMed y Elsevier. Se planteó una pregunta de búsqueda y se hizo una selección de artículos, para poder obtener los datos de interés y de relevancia para este estudio. Además, se creó la combinación de descriptores: enfermería y Covid-19, rol enfermería y pandemia.

4 Resultados

Al tratarse de un tema de actualidad, cuando se utilizaron los descriptores y la pregunta de búsqueda, se obtuvieron un total de 20 estudios, de los cuales tan solo 5 fueron relevantes para la investigación.

En este trabajo se ha estudiado de forma global el rol de enfermería y sus consecuencias durante la pandemia producida por la Covid-19. Hay una gran heterogeneidad de los temas que trata cada artículo, pero los más significativos y en los que este estudio se va a centrar son: la salud mental y el estrés en el personal de enfermería, las lesiones producidas por el uso de EPI y el déficit de formación del personal de enfermería.

El tema de salud mental lo tratan los 5 estudios elegidos, por debido a la alta demanda de cuidados y la alta carga laboral, junto con la escasez de recursos se ha visto afectado. El personal de enfermería de la UCI frente al de otras planta, se ha visto con más estrés, puesto que es donde principalmente los cuidados de enfermería eran más demandantes.

La disponibilidad insuficiente de equipos de protección ha hecho que enfermería se viera obligada a reutilizarlos, perdiendo así su eficacia de protección dando

lugar a la aparición de úlceras por presión. Un ejemplo es el foam de las mascarillas, que de un uso prolongado se pierde la eficacia produciendo úlceras en el tabique nasal.

Ya por último, el continuo movimientos de personal por necesidades del servicio ha hecho mella en los cuidados, pues en la UCI los cuidados necesitan un aprendizaje previo. Durante las etapas de mayor carga y mayor volumen de pacientes, el enseñar a los compañeros que llegaban nuevos a la planta se ha visto obstaculizado. La importancia de las especialidades en enfermería se ha dejado ver en esta crisis humanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Este estudio ha permitido reconocer el impacto que ha tenido en el rol del profesional de enfermería la actual crisis sanitaria, mostrando un sistema de salud débil donde la fuerza laboral es insuficiente por el déficit de formación de profesionales de enfermería. La mejora de la calidad de atención en salud se consigue con el fortalecimiento de la formación, donde los gobiernos juegan un papel importante, pues son los que deberían invertir en mejorar la educación en enfermería para conseguir aumentar los logros en los cuidados. Además, se le da importancia a la actualización constante del equipo de enfermería en cuanto a las nuevas directrices, resoluciones y normas técnicas, puesto que la situación ha requerido aumentar los conocimientos en muy poco tiempo por el sistema de contratación, ya que no se respeta la experiencia y especialidad del personal de enfermería, ya que se realizan rotaciones frecuentes en el puesto de trabajo. (2)(5) (6)

Durante toda la pandemia, los trabajadores han lidiado directamente con los efectos secundarios del uso de EPI, esencial para la prevención de la exposición ocupacional. Ha habido un aumento de enfermedades de la piel como la dermatitis y dermatosis, debido a la higienización y antisepsia frecuente de las manos y el uso de dobles guantes. A ello se suma las lesiones provocadas por la presión de los dispositivos de protección, como han sido las mascarillas respiratorias y las gafas de protección. Es necesario valorar las recomendaciones de los estomaterapeutas para prevenir estas lesiones, con el uso de espuma de poliuretano y silicona entre otras muchas medidas.

La pandemia ha supuesto alrededor de 6,3 millones de muertes en toda la población mundial. La enfermería ha estado en constante contacto con un ambiente de muerte y sufrimiento. Estar presente en la muerte de un paciente fue un factor desencadenante del aumento del estrés laboral. Además, las características de este trabajo durante este periodo han sido de presión, miedo, agotamiento,

aislamiento y trauma emocional continuo. No se puede dejar pasar por alto la importancia de identificar oportunamente algún problema entre el equipo de enfermería para que pueda abordarse de inmediato y llegue a perjudicar a la salud mental personal.

6 Bibliografía

1. Información básica sobre la Covid-19. Organización Mundial de la Salud. 2021. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questionsand-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>.
2. San Martín Rodríguez L, García Vivar C, Escalada Hernández P, Soto Ruiz N. Las enfermeras tras la pandemia por Cov-19: ¿ahora qué?. *Enfermería Clínica*. [Internet]. 2021; 32: 1-3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/esrevista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862121002588>.
3. Fuentes Bermúdez GP. Enfermería y Covid-19: reconocimiento de la profesión en tiempos de adversidad. *Revista Colombiana de Enfermería*. [Internet]. 2020; 19(1): 1-4. Disponible en: <https://orcid.org/0000-003-3994-9822>.
4. La importancia de la enfermera en época de COVID-19. Fundació Corachan. 2020. [Internet]. Disponible en: https://www.corachan.com/es/blog/la-importancia-de-la-enfermera-en-epoca-de-covid-19_77751
5. López Vega, MJ. Situación de Enfermería en tiempos de Covid-19: Una mirada panorámica. *Journal of American Health*. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/50/106>.
6. Loyola da Silva Thais C, de Medeiros Pinheiro Fernandes AK, Brito do O'Silva C, de Mesquita Xavier Suênia S, Bezerra de Macedo EA. El impacto de la pandemia en el rol de la enfermería: una revisión narrativa de la literatura. *Enferm. global*. [Internet]. 2021; 20(63): 502-543. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000300016&lng=es.

Capítulo 17

ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON CISTITIS

NATALIA MARTINEZ HUERTAS

ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO

ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES

ROCIO LOMAS MENDAZA

MARTA MUÑOZ RUIZ

1 Introducción

La cistitis es una enfermedad del sistema urinario, que afecta a la mucosa de la vejiga. Tiene mayor predisposición a padecer dicha enfermedad las mujeres, puesto que la uretra está muy próxima a la vagina, siendo esta proximidad la causante de la inflamación de la mucosa debido a infecciones bacterianas. La sintomatología que puede desarrollar son molestias y dolor, llegando incluso a afectación renal. También la cistitis puede ser desencadenada por agentes externos, como por ejemplo reacciones a aerosoles, geles e incluso por determinados medicamentos; pero son el menor de los casos. Otro factor de riesgo a mencionar sería como una complicación de otras enfermedades ya existentes.

Hemos de destacar que el conocimiento de los principales síntomas es de gran importancia para poder reconocer la enfermedad; pudiendo destacar molestias, dolor e incluso la necesidad constante de orinar.

En el hombre la frecuencia es menor en comparación con la mujer.

Los factores de riesgo que hay que tener en cuenta para el desarrollo de la cistitis son: demográficos (pobreza, ambiente nosocomial, embarazo), urológicos (instrumentación como sondas, cálculos, obstrucciones), médicos (diabetes, inmunosupresión) y de comportamiento (vida sexual activa en mujeres, anticonceptivos de tipo barrera). Esto hace que la proliferación de gérmenes sea mayor. Para frenar dicha infección es de suma importancia seguir un tratamiento específico y adecuado, siendo este la administración de antibióticos.

2 Objetivos

Describir e indicar los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el personal de enfermería en relación con las cistitis.

3 Metodología

Se ha utilizado como metodología la revisión bibliográfica, basándonos en documentación científica de diferentes bases de datos como "Google Académico", "Medline", "Pubmed". Usando como palabra de búsqueda cistitis, cuidados de enfermería en infección de tracto urinario, síntomas y signos de la cistitis.

4 Resultados

Como agente causal más frecuente que aparece en la cistitis es el *E. coli*. Este germen está relacionado con los factores de riesgo, los cuales pueden ser evitados. El reconocimiento de los signos y síntomas que aparecen en la cistitis es de gran importancia, caben destacar entre las manifestaciones de esta patología: Polaquiuria (que es la necesidad de orinar muchas veces durante el día o la noche, pero en volúmenes normales o inferiores a lo normal), también la polaquiuria puede acompañándose de una sensación de necesidad urgente de orinar llamado tenesmos vesical; otra manifestación es la disuria (micción dolorosa o difícil), molestias pélvicas e incluso dolor en la zona suprapúbica, febrícula, orina con mal olor y turbia e incluso acompañada de hematuria.

El tratamiento en la cistitis es antibiótico, y la aplicación es diferente dependiendo de la edad, localización y tipo de infección, etc. A poder ser el tratamiento se hará de forma selectiva tras su diagnóstico mediante cultivo de orina y antibiograma para así poder elegir el mejor de aquellos a los que el germen es sensible.

Deberemos lo más rápido posible tratar las complicaciones si las hubiera al igual que dar importancia a la prevención.

La prevención de la cistitis se puede llevar a cabo mediante una serie de pautas: la realización de un adecuado vaciamiento de la vejiga pre y post coital, la utilización de cremas antisépticas periuretrales antes de la realización del coito. Destacaremos por último que las mujeres tienden a contraer esta infección con más frecuencia que los hombres, y esto sucede porque la uretra es más corta que la de los hombres y se encuentra más cerca tanto de la vagina como del ano.

5 Discusión-Conclusión

Vamos a concluir este capítulo y es que debemos resaltar la importancia de la educación sanitaria relacionada con las enfermedades del tracto urinario y más concretamente de la cistitis y de la importante intervención personal para no llegar a esta dolencia .

Es importante la realización de un buen diagnóstico mediante análisis de orina tanto de un cultivo de la misma y el sistemático y sedimento, aplicando unos cuidados de enfermería.

El reconocimiento de los signos y síntomas que aparecen en la cistitis es de gran importancia, también queremos recalcar la importancia de cumplir rigurosamente con el tratamiento por parte del paciente.

6 Bibliografía

1. De la Rosa M, Prieto J. Microbiología en ciencias de la salud: conceptos y aplicaciones. 2ª ed. España: Elsevier; 2010.
2. NANDA. Diagnóstico de Enfermería; 2003.
3. Guido S, Eberhardt K, Klaus G, Martha MM, Eva HP. The Diagnosis of Urinary Tract Infection. Dtsch Arztebl [Internet]. 2010 [8 de May 2015]; 107 (21): 361-367. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883276/#R2>

Capítulo 18

ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA. CAMINO A LA EXCELENCIA EN LOS CUIDADOS

NATALIA MARTINEZ HUERTAS

ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO

ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES

ROCIO LOMAS MENDAIZA

MARTA MUÑOZ RUIZ

1 Introducción

La enfermería basada en la experiencia no es un concepto nuevo. Es una idea que está estrechamente relacionada con el inicio de la enfermería que conocemos actualmente. Ya Florence Nightingale comenzó analizando el entorno, recogiendo datos, aplicando nuevos cuidados y observando los resultados obtenidos, para posteriormente demostrar una disminución considerable en la mortalidad a través de métodos estadísticos.

La Práctica Basada en la Evidencia en enfermería debe ser la base de una buena práctica y la transformación del sistema sanitario hacia una excelencia en los cuidados. Es el proceso mediante el cual se toman las decisiones clínicas en base a las mejores pruebas disponibles provenientes de la investigación, de la experiencia del profesional de enfermería y apoyada en las preferencias del paciente, teniendo en cuenta los recursos disponibles para ello.

Durante la práctica de la enfermería basada en la evidencia, nos surgen problemas e incertidumbres, reales o potenciales, relacionados con la aplicación de los cuidados y la salud del usuario, los cuales debemos formular como preguntas y buscar una respuesta a través de los resultados de la investigación más reciente que, junto con las preferencias del paciente, nos servirán para la toma de decisiones.

Esto tiene como objetivo aplicar los cuidados que funcionen y eliminar los que no funcionen, y no repetir las prácticas solo por la inercia y la costumbre.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir la Práctica Basada en la Evidencia para poder integrarla en el proceso de enfermería.

Objetivos secundarios:

- Definir los facilitadores y las barreras a la hora de su implantación.
- Dar a conocer el proceso a los profesionales de enfermería previo a su implantación.

3 Metodología

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

También se ha revisado los procesos de implantación de la Práctica Basada en la Evidencia en diferentes servicios hospitalarios.

4 Resultados

La enfermería basada en la evidencia se lleva a cabo a través de la investigación; el profesional de enfermería debe estar actualizado en los avances tanto científicos como tecnológicos con el fin de mejorar la calidad asistencial para poder así dar la mejor respuesta respaldada por resultados sólidos y fiables.

Para la enfermería, investigar supone validar y mejorar el conocimiento existente y aportar nuevos conocimientos, los cuales van a influir directa o indirectamente en la práctica del cuidado.

Además, con la investigación conseguimos mejorar un estatus profesional, no dependiendo de los conocimientos de otros profesionales, sino generando unos propios, avanzando como profesión.

El método científico es aplicado a nuestra práctica asistencial a través del PAE. (Proceso de Atención en Enfermería) que nos permite prestar los cuidados de forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática a los ciudadanos que demandan nuestros cuidados.

Para implementar la Práctica Basada en la Evidencia, debemos seguir varios pasos.

1. La formulación de una pregunta de relevancia clínica; se trata de dudas, falta de información o incertidumbre que surgen durante nuestra práctica asistencial. Es convertir la falta de información en una pregunta susceptible de ser respondida.
2. Respuesta a la pregunta clínica mediante la búsqueda de información. Identificar la bibliografía existente y disponible sobre nuestro interrogante.
3. Valoración crítica de la información y evaluación de la calidad de la evidencia encontrada a través de una lectura crítica y valorando su aplicación a nuestra pregunta.
4. Implementación de la evidencia al cuidado de nuestros pacientes; aplicamos las conclusiones a nuestra práctica, teniendo en cuenta riesgos y beneficios, así como las preferencias del paciente y sus necesidades emocionales.
5. Evaluación de la efectividad, revaluando en intervalos de tiempo para ver si los resultados son favorables o precisan de algún cambio.

El instrumento para la aplicación de estos cuidados basados en la evidencia, lo tenemos en la creación de las Guías para la Práctica Clínica, que son documentos que recogen en forma de recomendaciones todas estas evidencias derivadas de la revisión sistemática, con el objetivo de favorecer la calidad y efectividad de los cuidados prestados al paciente, valorando los riesgos y los beneficios de las posibles alternativas, dada la gran y avanzada información que contienen, ayudan a los profesionales en la toma de decisiones en situaciones de cuidados específicos, incluyendo todos los aspectos y valores relevantes en cuanto a la decisión (edad, pronóstico, costes, valores del paciente, etc).

5 Discusión-Conclusión

Implementar la Práctica Basada en la Evidencia no es una tarea fácil de alcanzar.

Es preciso emplear tiempo y recursos, tanto humanos como económicos, para conseguir, a través de actitudes, obtención de conocimientos, habilidades y cultura necesarios, aplicar esta práctica en nuestro trabajo diario.

Aunque no se trata de un concepto nuevo, la implementación de la Práctica Basada en la Evidencia sigue siendo un reto para enfermería. Quizás el mayor obstáculo sea comprender la importancia de los hallazgos basados en la evidencia para su aplicación en los cuidados al paciente. La resistencia al cambio está presente; algunas enfermeras siguen siendo reticentes a la hora entender el beneficio que tanto para el paciente como para la profesión pueden suponer estos cambios.

Por otro lado, existe una limitada formación investigadora en enfermería, falta concienciar sobre la importancia de investigar y ello hace que muchas enfermeras sientan miedo a la hora de emprender un estudio de investigación.

La sobrecarga de trabajo diaria también es un escollo para participar en la implantación de la Práctica Basada en la Evidencia. La enfermera siente que no hay tiempo para dar respuesta a nuevas preguntas y se limita a la inercia en la realización de los cuidados.

Para fortalecer y animar a los profesionales de enfermería, debe existir la figura de enfermería líder que ofrezca una comprensión clara de lo que significa trabajar con la evidencia, orientando y promoviendo, aceptando sugerencias, aportando o solicitando recursos, creando un ambiente propicio para el aprendizaje y creando herramientas o plantillas escritas que ayuden a la toma de decisiones.

La enfermería basada en la evidencia debe convertirse en una forma de trabajo, cuyo objetivo final sea ofrecer la mejor asistencia al paciente a través de la excelencia de los cuidados. Y esto solo puede hacerse si, después de responder y evaluar preguntas, se producen cambios en la práctica diaria.

6 Bibliografía

1. Ochoa Marín, Sandra Catalina. "A propósito de la enfermería basada en la evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación." *Investigación y educación en enfermería* 23.2 (2005): 138-146.
2. Isern, María Teresa Icart. "Aplicación de la enfermería basada en la evidencia: de la pregunta a la búsqueda bibliográfica." *Enfermería clínica* 11.1 (2001): 23-28.
3. Grove, Susan K., and Jennifer R. Gray. *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier Health Sciences, 2019.
4. Gálvez Toro, Alberto. *Enfermería Basada en la Evidencia. Cómo incorporar la Investigación a la Práctica de los Cuidados*. Granada: Fundación Index, 2001

[ProTesis]. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/proT/pt20011>.

5. C Eterovic Díaz, J Stiepovich Bertoni. Ciencia y enfermería - 2010. scielo.cl.

6. Rodríguez Campo, V. A., and Paravic Klijn. "Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado." *Enfermería Global* 10.24 (2011): 0-0.

80

7. Rodríguez Campo V.A., Paravic Klijn T.M.. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enferm. glob.* [Internet]. 2011 Oct [citado 2022 Nov 26]; 10(24).

Capítulo 19

ENFERMERÍA Y EL MANEJO DOMICILIARIO DE LA SONDA PEG

NATALIA MARTINEZ HUERTAS

ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO

ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES

ROCIO LOMAS MENDAZA

MARTA MUÑOZ RUIZ

1 Introducción

La gastrostomía endoscópica percutánea, más conocida como sonda PEG, es un procedimiento que consiste en la colocación mediante una endoscopia, de una sonda o tubo flexible en el estómago, a través de la pared abdominal.

La principal utilidad de este dispositivo es la alimentación en pacientes con importante disfagia (dificultad para la deglución), debida sobre todo a problemas mecánicos y/o neurológicos (enfermedad de Parkinson, demencias, tumores de cabeza y cuello, accidentes cerebrovasculares), que impiden la alimentación de forma voluntaria, siempre y cuando se conserve la funcionalidad del aparato digestivo, y se precise la nutrición por sonda durante un periodo de tiempo prolongado.

Hasta la aparición de esta técnica, lo habitual era que el aporte nutricional se realizaría a través de una sonda nasogástrica, un procedimiento más molesto y con más complicaciones a largo plazo.

La sonda de gastrostomía consiste en un tubo de plástico de fino calibre (habitualmente de poliuretano o de silicona no colapsable), que consta de dos puertos: uno gástrico hacia el estómago, para alimentación, y otro de medicación, para administración de fármacos. También tiene una pinza que sujeta la sonda y que previene el goteo si hay una apertura accidental de la misma. El extremo interior fijado a la pared del estómago es flexible y puede tener hasta 3 o 4 pestañas o un disco de silicona; la sujeción externa de la sonda se hace a través de un soporte externo fijado con abrazaderas.

2 Objetivos

Explicar los cuidados por parte de enfermería al paciente portador de sonda PEG, manejo de la misma y prevención de posibles complicaciones.

3 Metodología

Se trata de una búsqueda sistemática, donde se describen cómo actuar antes trastornos del estado de ánimo. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed, Google Académico, en guías y revistas sanitarias. Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en libros y artículos, en las principales bases de datos Medline Plus, Elsevier, PubMed, Google Académico, en guías y revistas sanitarias; seleccionando artículos científicos, en español.

4 Resultados

El paso previo a cualquier manipulación o uso de la sonda PEG es el lavado de las manos, para prevenir la contaminación de la misma y la transmisión de microorganismos.

A continuación se preparará el material necesario para la alimentación:

- Fórmula nutricional (a temperatura ambiente).
- Jeringa de 50 cc si la administración se va a realizar en bolo (lo más habitual) equipo de administración por gravedad.
- Vaso medidor.
- Vaso con agua mineral.

La persona portadora de la sonda de gastrostomía se colocará en posición de sentado o semisentado, la cual deberá mantener entre 30 y 60 minutos tras la

administración de la nutrición. Se comprobará que la sonda está en posición correcta, observando la graduación de la misma en centímetros. Antes de introducir la nutrición a través de la sonda, habrá que comprobar la presencia de residuo en el estómago; para ello se conectará la jeringa a la sonda y se aspiró lentamente. Si este residuo supera los 100 ml, se esperará aproximadamente una hora para el inicio de la alimentación. La cantidad aspirada debe introducirse en la sonda y limpiar esta con unos 50 ml de agua.

Siempre hay que verificar que la sonda esté permeable previamente a la alimentación, introduciendo unos 50 ml de agua con la jeringa. Si se nota resistencia, puede que la sonda esté obstruida con restos de medicamentos o de alimentación; en este caso puede introducirse agua tibia para reblandecerlos. Tras introducir la nutrición correspondiente a la toma, se lavará la sonda con unos 50 ml de agua. En el caso de la administración por el método de gravedad, además del material descrito anteriormente y que se necesita para la administración en bolo (con jeringa), se precisará de un equipo de infusión que se conectará a la bolsa con el preparado nutricional.

Se colgará la bolsa en lo alto de un gancho o soporte, y se abrirá la pinza para que la nutrición llene el equipo sin nada de aire en él; cuando esto ocurra, se cerrará la pinza y se conectará el equipo a la sonda, para posteriormente regular la velocidad de administración según las indicaciones del proveedor.

Administración de medicación:

- No mezclar nunca los medicamentos con la alimentación
- Limpiar la sonda irrigando unos 30 ml de agua con una jeringa antes y después de la administración de medicación.
- La administración de medicamentos debe hacerse preferentemente de forma líquida o torturándolos hasta obtener un polvo fino que pueda diluirse en unos ml de agua.
- Si alguna presentación de fármacos no permitiera triturarlos, gestionar el cambio a una que sí lo permita.
- Los fármacos han de administrarse tras ser preparados para ello.
- Se administra cada medicamento por separado, primero las presentaciones líquidas y luego las más densas; se lavará la sonda con unos 5 ml de agua tras la administración de cada uno.

Cuidados de la sonda PEG:

- Limpiar diariamente y de forma minuciosa la parte externa de la sonda PEG y el soporte externo, así como la conexión adaptadora, con agua tibia y jabón neutro; aclarar y secar con unas gasas. El soporte externo ha de quedar situado sobre la piel pero sin ejercer presión.

- Limpiar la piel alrededor de la sonda, procurando eliminar alguna costra si la tuviera, y secar con gasas.
- Es recomendable colocar una gasa alrededor de la zona de inserción de la sonda, debiendo cambiarla diariamente o cuando se ensucia y/o se humedece.
- No utilizar ungüentos ni pomadas.
- Limpiar la parte interna de la conexión periódicamente con agua y un bastoncillo de algodón.
- Girar diariamente la sonda al menos una vuelta, para que no quede adherida a la piel ni la parte interna de la misma pegada a la pared del estómago.
- Cerrar el tapón de la sonda cuando no se use.
- Comprobar cada dos semanas el balón de la sonda, en el caso de que lo tuviera. Para realizar esta tarea, controlar el agua del balón esperándolo con una jeringa, y verificando que es el correcto (la cantidad está indicada en el extremo proximal), volver a inflarlo.

Cuidados de la boca:

- Es importante mantener una buena higiene de la cavidad oral, en personas portadoras de sonda PEG.
- Debe cepillarse los dientes y la lengua con cepillo y dentífrico y lavarse la boca al menos dos veces al día; después enjuagar con agua y con un colutorio antiséptico bucal.
- No debe tragar el agua.
- Si no pudiera por sí mismo ha de ayudarle un familiar y/o cuidador en la realización de esta tarea.

Cuándo consultar a un profesional sanitario:

- Queda con hambre tras la alimentación.
- Presenta diarrea y/o estreñimiento.
- Aparición de náuseas y/o vómitos.
- Presenta el abdomen duro o hinchado tras la alimentación.
- Aparición de dolor o cambios en el estado general.
- Salida de líquido o secreción alrededor de la sonda.
- Enrojecimiento o irritación de la piel alrededor de la sonda.
- Salida accidental de la sonda; en este caso no intentar reintroducir.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación a través de una sonda de gastrostomía (PEG), es una técnica cada vez más empleada en personas con determinados problemas que les impiden alimentarse de manera normal, y que presentan una expectativa de vida a largo

plazo. Aunque no está exenta de posibles complicaciones, presenta menos problemas estéticos y psicológicos, además de evitar lesiones en la nariz o el esófago. La formación en su manejo al propio paciente portador de la misma, repercute de manera positiva en su salud tanto física como psicológica, ya que facilita su autonomía y no le impide seguir haciendo sus actividades habituales, tales como asearse y salir a la calle. En esta formación es imprescindible el papel de la enfermería.

Por ello el personal enfermero debe trabajar para favorecer la independencia y la autonomía de las personas portadoras de este dispositivo, ayudándole a superar sus limitaciones, vencer sus miedos e inseguridades y mejorando su autoestima, pues todo ello influirá de forma decisiva en la calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Planas M, Wanden-Berghe C, De la Cuerda M. Guía de Nutrición enteral domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2nd edición. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [cited 2016 Oct 13].
2. Recomendaciones de enfermería después de la gastrostomía percutánea. Unidad de Endoscopias – Servicio de Digestivo- Hospital de Fuenlabrada (Madrid).
3. Procedimiento de cuidados de la gastrostomía endoscópica percutánea. Procedimientos de enfermería: cuidados de sondas. Xunta de Galicia. Actualización de 2019.
4. Protocolo de enfermería. Administración de Nutrición Enteral. Fundación Hospital de Jove (2014).
5. Pereira Cunill J. L., García Luna P. P.. Gastrostomía endoscópica percutánea. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2010 Oct ; 102(10): 609-609.
6. Sánchez Santiago T. Protocolo para el Cambio Sonda Peg y sus Cuidados en Atención Primaria Universidad de Valladolid;

Capítulo 20

INVESTIGACIÓN Y CONOCIMIENTO, ASÍ COMO EL ABORDAJE POR ENFERMERÍA EN HIPERTERMIA MALIGNA (MH)

ELENA SÁNCHEZ CORROCHANO

1 Introducción

Hipertermia Maligna (MH) es considerada como un síndrome hipermetabólico de procedencia hereditaria que llega a acontecer en un paciente enfermo y genéticamente predispuesto y por supuesto susceptible, todo se puede desencadenar a través y mediante de una exposición a un fármaco gatillante, como pueden ser el isoflurano, sevoflurano, halotanos, entre otros componentes medicamentosos usados en las anestесias; anestésicos inhalatorios halogenados o relajantes musculares despolarizantes como succinilcolina.

Es admitida como una enfermedad, la cual no la ves venir, ya que ni se nota ningún síntoma ni se aprecia absolutamente ningún signo previo, que haga denotar que algo va a suceder en nuestro organismo que no está bien, es repentina, inesperada y potencialmente letal si no es descubierta a tiempo y tratada convenientemente y con emergencia, lo que obliga a todo profesional sanitario a tener que conocer el manejo de estos enfermos para abordar la enfermedad de manera segura y eficaz.

La hipertermia Maligna es una patología que, a pesar de tener un fuerte desencadenante genético, no se debe confundir con la Hipertermia a secas derivada de por un suceso de emergencia, ya puede estar precipitada por condicionantes

y elementos ambientales tras exponerse a elevadas temperaturas como la insolación, o inclusive por el ejercicio físico o a partir de una infección. Aunque el incremento de temperatura se encuentre entre los signos que diagnostican esta patología, se considera un síntoma adicional, pues tan solo afecta al 29 % de los enfermos que la padecen.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer el trabajo de enfermería ante dicha patología en situaciones de emergencias.

Objetivos secundarios:

- Definir signos y sintomatología de la hipertermia maligna.
- Describir las complicaciones coligadas a dicha patología.
- Aplicar cuidados de enfermería ante situaciones de extrema emergencia.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica, con evidencia científica disponible en las siguientes bases de datos: Pubmed y Lilacs, además de otras fuentes documentales como: Elsevier, Google académico y Scielo. Se trabaja con las siguientes palabras clave: hipertermia maligna, manejo de la hipertermia maligna, fiebre postoperatoria.

La estrategia de búsqueda ha sido llevada a cabo en la revisión narrativa para obtener los artículos utilizados en el trabajo, tras establecer una serie de límites mediante criterios de inclusión y exclusión.

4 Resultados

Su diagnóstico se fija y establece a través de la clínica, sirviendo como un gran apoyo los exámenes y resultados de laboratorio:

- Acidosis respiratoria: PaCO₂ mayor de 60 mmHg a pesar de la ventilación adecuada y congruente.
- Manifestaciones cardiacas: Taquicardia ventricular o sinusal, fibrilación ventricular que no se correlacione a ninguna otra causa.
- Acidosis metabólica: pH menor de 7,25.
- Rigidez muscular: Generaliza, espasmos del músculo masetero.

- Destrucción muscular: debido a la subida de mioglobina en suero y/u orina, potasio mayor 6 mEq/l

- Elevación de la temperatura: T^a desde los 40,6°C en Elevación rápida.

Hipertermia Maligna sintomatología:

- Taquicardia: Brota de modo inminente a la crisis. Se debe descartar por supuesto que no es subsidiario a otra complicación.

- Arritmias: Indican la gravedad y compromiso del cuadro. Si bien su evolución es muy lenta, puede inducir hasta una fibrilación ventricular e inclusive en los peores casos en paro cardíaco.

- Inestabilidad y desequilibrio hemodinámico: Subsiguiente al deterioro y menoscabo del miocárdico.

- Contracturas musculares: Gran incremento de diámetro de áreas musculares contraídas y/o relajadas. Esto se trueca en una contracción coetánea de músculos los flexores y extensores correspondientes que bloquean las articulaciones.

- Elevación temperatura corporal central: un grado cada escasos minutos adquiriendo llegar inclusive hasta los 46° C. Es un signo tardío, pero de una elevación muy rápida.

- Taquipnea: intento del organismo por compensarse así eliminar exceso de dióxido de carbono (CO₂), resultado del hipermetabolismo celular.

Si el paciente tuviera ventilación mecánica, se manifiesta elevación de su temperatura corporal.

- Sudoración exponencial e importante palidez.

- Acidosis respiratoria y metabólica: Iniciando acidosis respiratoria signo del incremento de PaCO₂. Dado que concurre cuantiosa demanda de oxígeno (O₂) las cuales no son satisfechas, produciendo ácido del cual resulta la acidosis metabólica lo que lleva a hipoxia tisular. tratar sobre los niveles de ácido láctico mejora formidablemente el pronóstico del paciente afecto.

- Cianosis periférica: como consecuencia de la demanda de O₂.

- Incremento de PaCO₂: una correcta hiperventilación del enfermo mejorará dichos valores.

- Alteraciones electrolíticas: potasio, Fosfato y Calcio se ven elevados debido a la destrucción celular.

- Coagulopatía: disminución del factor VIII y fibrinógeno que tiene lugar durante la crisis

Signo de diagnóstico tardío.

A pesar de que se ha avanzado e investigado mucho en cuanto a lo que engloba y al mundo de la Hipertermia Maligna, todavía quedan unas cuestiones por resolver, basadas en conocer los profesionales de enfermería se encuentran prepara-

dos para actuar frente a una crisis de Hipertermia Maligna.

El protocolo de recomendaciones en atención hacia la Hipertermia Maligna:

- Supervisión cardioscópica, así como de todas y cada una de las constantes vitales presión venosa central (PVC) y monitorización modo no invasivo continuo, cada 15 minutos durante 1-2 horas. colchón térmico en mesa quirúrgica.
- Disponibilidad del Kit de dantrolene de sodio, el cual actúa en el interior de la célula muscular, ya que actúa como relajante muscular, logrando frenar la descontrolada contracción muscular esquelética.

Acciones ante un episodio de Hipertermia Maligna:

- Pedir ayuda.
- Dejar y detener la administración los medicamentos anestésicos que se le estén suministrando.
- Hiperventilar con oxígeno al 100 % y a altos flujos.
- Iniciar tratamiento con dantroleno IV a dosis en bolos de 2.5mg/kg repitiendo las veces que sean necesarias, hasta control de sintomatología.
- Mantener dantroleno en mínimo de 24 horas una vez controlado la crisis.
- Mantener al paciente enfermo bajo cuidados y en la unidad de cuidados y vigilancia intensiva durante al menos 24 horas por si existiera recaída.

5 Discusión-Conclusión

De la investigación y estudio de la hipertermia maligna por parte de profesionales de enfermería, y de sus conocimientos en la pronta actuación ante estos sucesos se nota una necesidad apremiante en la formación del gremio de enfermería, así como de los demás profesionales que realizan su trabajo en las unidades quirúrgicas.

Cabe decir que estos sucesos cada vez son menos frecuentes debido a la actualización de los medicamentos, sustancias y gases anestésicos, ya que tienen menor poder gatillante al ser más volátiles en su composición.

Decir que cualquier demora o retraso en su reconocimiento, diagnóstico y en su correcto tratamiento, la vida del paciente afecto está en un hilo, ya que si no es controlada derivará en paro cardíaco o en fallo multiorgánico.

6 Bibliografía

1. Corvetto M, González C, Delfino A, Altermatt F, Himmel E. Adquisición de habilidades en el manejo de una crisis de hipertermia maligna: simulación de

- alta fidelidad versus estudio de caso. *Investigación en educación médica*. 2015; 14(4): 38-39.
2. Honardar M, Rubio J, Bhananker S. A case of rapid progression of postoperative hyperthermia: Dantrolene or not dilemma?. *Int J Crit Illn Inj Sci*. 2016; 6(4): 203-205.
3. Katz JA, Murphy GS. Consideración anestésica para enfermedades neuromusculares. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2017; 30(3): 435-440.
4. Kolmann-Camaïora A, Elsiná E, Domínguez A, del Blanco B, Yepes MJ, Guerrero JL, García A. Protocolo clínico asistencial de manejo de la hipertermia maligna. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2016; 64(1): 32-40.
5. Lee MA, McGlinch EB, McGlinch MC, Capacchione JF. Malignant hyperthermia susceptibility and fitness for duty. *Mil Med*. 2017; 182(3): 1854-1857.
6. Mariana Mystica ST, Carvalho R. Malignant hyperthermia in the operating room: can the nursing team recognize it and intervene?. *Rev. SOBECC*. 2017; 22(2): 82-89.
7. Sousa C, Bispo D, Cunha A, Siqueira I. Intervención educativa acerca de la hipertermia maligna con profesionales de enfermería del quirófano. *Rev. Esc. Enf USP*. 2015; 49(2): 292-297.

Capítulo 21

ASESORAMIENTO SOBRE DISRUPTORES ENDOCRINOS EN CONSULTA DE ENFERMERÍA

ANA MARÍA GONZÁLEZ ZAPICO

1 Introducción

Para entender el concepto de disruptor endocrino (DE) primero debemos conocer la existencia de unas sustancias denominadas sustancias con actividad endocrina (SAE). Estas sustancias son capaces de alterar, modificar o bloquear los canales naturales a través de los cuales el sistema endocrino lleva a cabo su actividad, no teniendo por qué ser negativos estos efectos.

Hablamos de disruptores endocrinos cuando nos referimos a sustancias con actividad endocrina que si producen un efecto negativo en el organismo.

Los organismos son capaces de adaptarse a la interacción con estas sustancias, este proceso de adaptación se denomina “modulación fisiológica” o “respuesta adaptativa”. Esta adaptación se realiza en función de la propia naturaleza de la SAE: dosis, periodo de absorción, tipo de efecto y estado en el que se encuentra el organismo. Cuando el organismo no es capaz de adaptarse al nuevo escenario y la SAE es una sustancia con actividad endocrina con efecto negativo, se producen desajustes que dan lugar a diferentes efectos no deseados en el organismo, tales como trastornos cardiovasculares, diabetes, obesidad, enfermedades neurológicas (Parkinson, hiperactividad, trastornos del comportamiento), y enfermedades relacionadas con la salud reproductiva: malformaciones congénitas, infertilidad, pubertad precoz y tumores, especialmente aquellos relacionados con el sistema endocrino como cáncer de tiroides y los relacionados con la reproducción: próstata y mama.

2 Objetivos

Dar a conocer el impacto de los disruptores endocrinos en la salud, aportando información para asesorar a los pacientes en consulta de enfermería.

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 y también en páginas web oficiales.

4 Resultados

En la actualidad la exposición a disruptores endocrinos ha incrementado notablemente debido a la gran cantidad de ambientes en los que están presentes: los podemos encontrar en los alimentos, el agua, productos de higiene, textiles, aire contaminado... y un largo etcétera de posibles fuentes de contacto del ser humano con disruptores endocrinos. Algunas de estas sustancias son dioxinas, furanos, PCB, bisfenoles, alquiflenoles o benzofenonas., ftalatos o retardantes de llama bromados, pesticidas y herbicidas, metales pesados, hormonas sintéticas para el engorde del ganado o para algunos tratamientos médicos, filtros UV utilizados en protectores solares, conservantes utilizados en cosmética (cremas, champús, desodorantes...), y una larga lista de estas sustancias, haciendo que evitarlas sea una tarea de gran dificultad y que requiere de conocimiento para poder reconocer las principales fuentes de exposición, su efecto y sobre todo alternativas para poder disminuir en la medida de lo posible la exposición y reducir de esa manera las complicaciones relacionadas.

Los grupos más vulnerables al efecto de los disruptores endocrinos son aquellos relacionados con procesos de crecimiento: mujeres, embarazadas, lactancia y especialmente los niños, siendo estos últimos los más vulnerables.

Las principales fuentes de exposición son las relacionadas con la alimentación, el hogar y la ambiental.

Exposición alimentaria:

La exposición alimentaria es la principal fuente de contacto con disruptores endocrinos. Estos llegan a los alimentos a través de diferentes fuentes: fitosanitarios, envases y utensilios de cocina. Contaminantes como el mercurio a través del

pescado, los plaguicidas a través de frutas, verduras, hortalizas...

Exposición doméstica:

Productos de limpieza, jardinería, fumigación, contaminantes ambientales del aire, el polvo o en la ropa, calzado o pelo.

Exposición ambiental:

Humo de coches, motos; parques y zonas verdes fumigados, contaminación del aire.

5 Discusión-Conclusión

Alimentación, hogar y medio ambiente son las tres principales fuentes de contacto con disruptores endocrinos. Aunque su efecto puede alcanzar a cualquier individuo, existen determinados grupos más vulnerables: mujeres, embarazo, lactancia y especialmente los niños. Conociendo los principales disruptores endocrinos a los que con mayor probabilidad estamos expuestos y aquellos que mayores daños son capaces de causar, podremos evitar su exposición y para ello existen recomendaciones tales como optar por aquellos alimentos que sean de origen ecológico, evitando pesticidas, plaguicidas... en los hogares ventilando para eliminar partículas de polvo, disminuir el tiempo en contacto con aparatos electrónicos para reducir la exposición a retardantes de la llama y evitar ambientes con alta contaminación debida al tráfico o industrias.

6 Bibliografía

1. Sanitas. ¿Qué son los disruptores endocrinos? [Internet]. Sanitas. [citado en diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/enfermedades-y-trastornos/endocrinas/disruptores-endocrinos.html>.
2. Ejecutivo D, Operativa G. Sustancias con actividad endocrina [Internet]. European Food Safety Authority. [citado en diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.efsa.europa.eu/es/topics/topic/endocrine-active-substances>.
3. Los disruptores endocrinos: ¿Qué son y cómo nos afectan? - Blog [Internet]. ISGlobal. [citado en diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.isglobal.org/es/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/los-disruptores-endocrinos-que-son-y-como-nos-afectan-/6113487/0?gclid=Cj0KCQjwjbyYBhCdARIsAArC6LIRdfOsFFHnfEjThwdCZ4zl_Dm3wbPRW-BalQn3LpQwF81dheeNs54aAnByEALw_wcB.

4. Ecologistasenaccion.org. [citado en diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.ecologistasenaccion.org/wp-content/uploads/adjuntos-spip/pdf/triptico_toxicos.pdf.
5. Díez González S. Disruptores Endocrinos: ¿Qué son? ¿Dónde los podemos encontrar? Aprende a localizarlos [Internet]. Astursalud.es. [citado en diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/35439/36842/Disruptores-Consejer%C3%ADa+unificada.pdf/a333a555-808f-be37-c4d7-c8c4612f5779?t=1521711756474>.

Capítulo 22

TOXOPLASMOSIS: DIFERENTES MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTOS POSIBLES Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES

LUCÍA GARCÍA PÉREZ

1 Introducción

La toxoplasmosis es una enfermedad producida a consecuencia de una infección por el parásito “*Toxoplasma gondii*”. Este se considera un parásito intracelular el cual tiene un ciclo vital en que el hombre junto con ciertos animales como cerdos o aves actúa como un huésped intermedio siendo el gato u otros felinos el huésped definitivo.

Los pacientes afectados por toxoplasmosis pueden dividirse en cuatro grupos dependiendo de la sintomatología que presenten:

1. Sistema inmune intacto: no presentan ningún síntoma y solamente un 1% puede llegar a manifestar fiebre o fatiga. Lo más característico de este grupo es la aparición de inflamación de ganglios en la zona cervical.
2. Inmunosupresión: afecta generalmente al sistema nervioso central y produce trastornos como hemiparesia o hemiplejía.
3. Toxoplasmosis ocular: síntomas como visión borrosa o dolor ocular.
4. Toxoplasmosis congénita: consecuencia de una infección en la mujer embarazada. Puede presentarse en el nacimiento con alteraciones como un aumento hepático y renal o puede aparecer años más tarde.

Su contagio más frecuente es mediante la consumición de productos cárnicos los cuales estén infectados por quistes del parásito. Otra opción frecuente es el contacto con las heces de los gatos o mediante trasplante de órganos procedentes de gente infectada.

Durante el embarazo la probabilidad de contagio puede estar condicionada por dos factores:

- La incidencia de casos de toxoplasmosis en su población, es decir, el recorrido que tenga el parásito por el territorio.
- La susceptibilidad de la mujer para contraer la enfermedad en ese momento.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los métodos de diagnóstico del parásito “*Toxoplasma gondii*”.

Objetivos secundarios:

- Aprender los diferentes tratamientos posibles.
- Identificar los síntomas de la infección por toxoplasmosis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha procedido a una investigación exhaustiva en una revisión bibliográfica de la literatura científica ya existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática tanto de libros como de artículos incluidos en las siguientes bases de datos: Scielo, Pubmed y Google Académico.

También se ha realizado un recorrido por páginas de divulgación científica, artículos de investigación sanitaria y libros de formación sanitaria.

4 Resultados

En la mujer embarazada se pueden realizar varios tipos de pruebas para confirmar o descartar la presencia de este parásito.

- Pruebas serológicas: En este caso se realiza una detección temprana mediante el análisis de sangre de los Anticuerpos IgG e IgM anti-Tgondii.

Lo principal es realizarlo durante el primer trimestre, pero en las mujeres seronegativas lo ideal es realizarla cada mes después de realizar la primera prueba. Este tipo de pruebas también son útiles para determinar si la infección es justo cuando la mujer se queda embarazada o la infección ha sido contraída anteriormente.

Si se combinan ciertas pruebas se determina también si la infección es crónica.

- Reacción en cadena de la Polimerasa (PCR): Esta técnica permite una identificación de fragmentos genéticos a través de una amplificación de secuencias de ADN.

Gracias a los avances en la biología se ha conseguido poder detectar la presencia del parásito *Toxoplasma* en varios tipos de muestra como orina y sangre.

- Resonancia magnética del cerebro.
- Punción lumbar.
- Biopsia cerebral.

En cuanto al tratamiento podemos diferenciar varios en función de la situación inmunológica del paciente:

- En aquellas personas asintomáticas, es decir, que no presenten ningún síntoma de infección, no será necesario la aplicación de ningún tratamiento debido a que desaparecerá en varias semanas.
- Si existe una infección ocular el tratamiento sería la aplicación de antibióticos durante varias semanas.
- Si un niño recién nacido presenta la infección, el tratamiento consistirá en el uso de pirimetamina el cual se usa para las infecciones por protozoarios que junto con antibióticos y corticoides dependiendo de los síntomas cesará la infección.
- Los pacientes inmunodeprimidos deben de ser hospitalizados debido a que en este caso la infección puede llegar a afectar a varios órganos del cuerpo.
- En el caso de la mujer embarazada, se administra espiramicina durante todo el embarazo hasta el momento del parto, después de nacer, el tratamiento se extiende durante el primer año de vida del niño.

Los síntomas de la infección por toxoplasmosis pueden ser diversos:

- En el bebé.

La infección puede ser transmitida al feto aunque la mujer sea asintomática.

El bebé tiene más probabilidad de infectarse durante el tercer trimestre de embarazo. En cambio, cuanto antes se produzca la infección más graves serán las consecuencias para el bebé.

Aunque hay una alta probabilidad de que la infección provoque abortos espontáneos, los bebés que nacen suelen presentar los siguientes síntomas.

- Aumento hepático.
- Convulsiones.
- Ictericia.
- Infecciones oculares.

Generalmente los síntomas no se presentan al nacer sino que pueden llegar a manifestarse en su etapa adulta o adolescencia

- En la mujer embarazada.

La mayoría de infectadas son asintomáticas por eso es fundamental realizar la prueba de manera temprana ya que para el bebé las consecuencias son fatídicas.

En cambio, las mujeres que presentan síntomas, son similares a los de una mononucleosis infecciosa, inflamación de glándulas, fiebre, malestar, fatiga y cansancio. Estos síntomas pueden permanecer un mes.

5 Discusión-Conclusión

La toxoplasmosis aunque no es una infección que se detecte de una manera muy frecuente es una enfermedad que puede provocar una serie de consecuencias muy graves y, en ocasiones letales.

La transmisión de la infección al feto solo puede ocurrir cuando la mujer embarazada se infecta por primera vez ya sea de manera sintomática o asintomática y que se produce a través de la placenta.

En el caso de que la mujer embarazada sea asintomática, la detección de la infección solo puede realizarse mediante pruebas serológicas que detecten la presencia de IgG o IgM.

La toxoplasmosis es una enfermedad evitable y que si se administra a tiempo el tratamiento correspondiente se puede reducir el riesgo durante el embarazo y los problemas graves que pueda ocasionar en el feto.

6 Bibliografía

1. Díaz, L., Zambrano, B., Chacón, G., Rocha, A., & Díaz, S. (2010). Toxoplasmosis y embarazo. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 70(3), 190-205.

2. Sánchez Lombana, R., Couret Cabrera, M. P., Ginorio Gavito, D., Nodarse Rodríguez, A., Sánchez Ramírez, N., Soler Guibert, I., ... & Peña Abreu, R. A. (2012). Toxoplasmosis y embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(1), 99-106.
3. Rosso, F., Agudelo, A., Isaza, Á., & Montoya, J. G. (2007). Toxoplasmosis congénita: aspectos clínicos y epidemiológicos de la infección durante el embarazo. *Colombia médica*, 38(3), 316-337.
4. López-Castillo, C. A., Díaz-Ramírez, J., & Gómez-Marín, J. E. (2005). Factores de riesgo en mujeres embarazadas, infectadas por *Toxoplasma gondii* en Armenia-Colombia. *Revista de Salud Pública*, 7(2), 180-190.

Capítulo 23

ENFERMERÍA Y LAS RECOMENDACIONES SOBRE EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

MARIA ÁNGELES GONZÁLEZ DE LA ROSA

MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO

MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ

BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO

CARLOS PALACIO MORALES

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 cardíaca, 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, etc.).

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 20°C. 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. 3ª edición. Madrid: ediciones ergon; 2013. p. 61-70.
3. Díaz Gómez NM, Izquierdo Macián 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/colechosindrome-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/>

Capítulo 24

ENFERMERÍA EN LA MONITORIZACIÓN DEL ÍNDICE BIESPECTRAL

MARIA ÁNGELES GONZÁLEZ DE LA ROSA

MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO

MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ

BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO

CARLOS PALACIO MORALES

1 Introducción

En este capítulo vamos a puntualizar la labor de la monitorización de los pacientes por parte del equipo de enfermería. Lograr niveles óptimos de anestesia y analgesia es un aspecto importante del manejo de pacientes que requieren anestesia.

El índice biespectral (BIS) es un parámetro derivado del sistema.

Para una monitorización no invasiva, se colocan cuatro electrodos en la región frontotemporal del paciente y se conectan al dispositivo, para grabación.

Señales electrofisiológicas del cerebro.

El índice de doble frecuencia apareció por primera vez en 1996. Disponible a tiempo.

La operación se realiza bajo sedación, anestesia general o cuidados intensivos.

Se utiliza para medir el grado de actividad eléctrica en el cerebro.
Refleja el nivel de sedación y conciencia del paciente. apreciación feliz.
Se calcula mediante un análisis matemático de la frecuencia de la onda.
EEG. La escala, denotada por el índice biespectral, es de 0 a 100,
0 es el valor de enfriamiento máximo y 100 es el valor de enfriamiento mínimo.
sedación. Debido a que es un dispositivo no invasivo, los cuidadores pueden elegir.
Gran cuidado si sabes cómo funciona.
Además, BIS apoya el diagnóstico precoz que necesitan los pacientes.
Un mayor cuidado es como la anestesia.
BIS mejora la calidad de la atención brindada a nuestros pacientes.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Destacar el papel de las enfermeras pediátricas en atención primaria es un factor clave en la detección y tratamiento de la obesidad infantil.

Objetivos secundarios:

- Identificar 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

Muchas variables influyen en la prevalencia mundial de la obesidad infantil. Todos los países han experimentado un crecimiento demográfico cultural, económico, educativo o relacionado con la salud en los últimos años, y algunos países han encontrado un vínculo entre la obesidad infantil y la desnutrición. La

obesidad infantil es un problema de salud pública mundial, cuyas causas fundamentales son los cambios en el estilo de vida. Según la Organización Mundial de la Salud, más de 340 millones de niños y jóvenes tenían sobrepeso u obesidad en 2016. A nivel europeo, la encuesta ALADINO 2018-2022, que recoge datos sobre niños de 6 a 9 años, sitúa a los países mediterráneos en primer lugar en cuanto a sobrepeso y obesidad. Según la encuesta, más chicas (39,3 %) que chicos (38,4 %) tienen sobrepeso en España.

Un análisis de los factores demográficos, socioeconómicos y culturales que contribuyen al sobrepeso y la obesidad revela que las tasas de obesidad no solo son altas en el Sur, sino también altas en el Sur. El resto eran niños que fueron amamantados exclusivamente o solo por un corto tiempo. Pero el principal factor que demuestra el aumento de la obesidad es el estilo de vida. Esto se ve alterado principalmente por cambios en la dieta, como el aumento de la ingesta de grasas y azúcares, el consumo excesivo de alcohol, la reducción del consumo de frutas y verduras, la actividad física, el desarrollo de otras enfermedades crónicas y los nacimientos prematuros prevenibles, lo que aumenta la mortalidad.

Además de las responsabilidades de atención primaria de "promoción de la salud, prevención de enfermedades, mejora de la salud y alivio del dolor", las enfermeras pediátricas deben brindar a las familias información precisa y confiable, estar calificadas y capacitadas para detectar conductas de riesgo y realizar tareas preventivas. . Vigilar las poblaciones con mayor riesgo de obesidad infantil.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que la obesidad infantil es una enfermedad crónica, es un grave problema de salud pública en todo el mundo en la actualidad. Cabe recordar que la mayoría de los niños obesos se convertirán en adultos obesos, con un gran número de enfermedades crónicas asociadas a esto, además de muerte prematura evitable. La causa de fondo de este problema es el estilo de vida, que es en gran parte sobre lo que debemos actuar, priorizar la prevención de la obesidad y realizar investigaciones que incluyan datos antropométricos válidos y fiables, es por ello que el personal asignado para realizar esta labor debe estar formado y formado. en esta área. A través de la formación en contacto con pacientes pediátricos, los profesionales de enfermería pediátrica, además de los conocimientos sobre prevención de enfermedades y estilos de vida saludables, juegan un papel importante en el cribado, prevención y seguimiento del paciente pediátrico con sobrepeso y obesidad.

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/espdf-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/e1327>.

Capítulo 25

ENFERMERÍA Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

MARIA ÁNGELES GONZÁLEZ DE LA ROSA

MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO

MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ

BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO

CARLOS PALACIO MORALES

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, sobreexcitación 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 movilidad.

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

1. 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=S00398872014001000010#::text=Siguiendo%20con%20lo%20consideramos,y%20los%20niveles%20de%20perfeccionismo.
2. Factores psicosociales de la depresión - Scielo - http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-6557200600030000.

Capítulo 26

HIGIENE DE MANOS: EL GRAN OLVIDADO

JUNE ETXEBERRIA ERAUSKIN

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales o las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS), son aquellas que tienen relación con la atención sanitaria recibida durante un tratamiento médico y que no estaban en periodo de incubación ni presentes en el momento del contacto con la asistencia sanitaria.

El riesgo de adquirir una IRAS ha ido variando conforme han pasado los años. El aumento de la esperanza de vida, la aparición de nuevos tratamientos, los avances tecnológicos, la renovación de conocimientos, etc. han creado nuevas necesidades y unidades de asistencia sanitaria como por ejemplo los centros de día, las unidades de corta estancia o atención domiciliaria. Y todo ello han facilitado una mayor movilidad del paciente, facilitando así la transmisión de microorganismos.

Es por ello, que la higiene de manos juega un papel importante, ya que es la medida más eficaz para prevenir estas infecciones.

De hecho, la realización de una higiene de manos, cuando es preciso y de manera correcta, es considerado como el primer paso para reducir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, así como para reducir la propagación de microorganismos multirresistentes entre personas.

Sin embargo, numerosos estudios demuestran como el cumplimiento de la higiene de manos no es el adecuado a pesar de las campañas para promover la higiene de manos en el ámbito sanitario.

Con el presente capítulo, se pretende aumentar el conocimiento de los profesionales sanitarios en la higiene de manos como herramienta para conseguir una mayor calidad en la atención sanitaria, así como seguridad de los pacientes.

2 Objetivos

- Dar a conocer las recomendaciones del lavado de manos en el ámbito hospitalario.
- Describir los tipos de lavado de manos y su correcta realización.

3 Metodología

Para conseguir el objetivo de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de tipo descriptivo en algunas de las principales bases de datos disponibles: Scielo, Elsevier y Pubmed. Así mismo se han seleccionado artículos de revistas de enfermería, guías de recomendación y manuales técnicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las palabras clave utilizadas han sido: higiene de manos, infección hospitalaria y enfermedades transmisibles.

4 Resultados

El lavado de manos, se define como cualquier medida adoptada para la limpieza de manos a través de la fricción con una solución de base alcohólica o con agua y jabón, con el objetivo de reducir o inhibir el crecimiento de microorganismos y evitar la transmisión de los mismos de persona a persona.

Las manos actúan como vectores en la transmisión de microorganismos, por ello, la higiene de manos, es la medida principal para reducir la incidencia y transmisión de estos patógenos.

En las manos, se puede encontrar dos tipos de flora microbiana:

- Flora residente, residual o colonizante: son los microorganismos que se encuentran de forma habitual en la piel de las manos. Para poder eliminarlos es preciso utilizar jabones con antisépticos.
- Flora transitoria, contaminante o no colonizante: son los microorganismos que contaminan la piel de forma accidental, no siendo habitual en la piel de las manos. Tienen gran capacidad para propagarse y se eliminan con el lavado de manos habitual sin necesidad de utilizar antisépticos.

La OMS ha señalado cinco momentos en los que es esencial la higiene de las manos en la asistencia sanitaria:

1. Antes de tocar al paciente.
2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
3. Después de la exposición a líquidos o fluidos corporales.
4. Después de tocar al paciente.
5. Después de tener contacto con el entorno del paciente.

Tipos de lavado de manos: a) Lavado higiénico de manos.

Tiene como objetivo la eliminación de la suciedad, materia orgánica y flora transitoria. Para ello deberá emplearse un jabón con un pH neutro aplicado a través de un dispensador con una duración entre 40-60 segundos.

Está indicado: a) Cuando las manos estén visiblemente sucias y manchadas de sangre o cualquier fluido corporal, b) Antes de comenzar la jornada de trabajo y al finalizarla c) Antes y después del contacto directo con el paciente y su entorno d) Tras toser o sonarse la nariz e) Tras comer o fumar f) Después de usar los servicios

Este lavado será más eficaz cuando la piel no presente ningún corte, las uñas estén cortas, sin esmalte y cuando las manos y muñecas estén libres de joyas. Por ello, es importante que se cumplan una serie de pasos para poder conseguir una correcta higiene de manos y poder realizar una práctica asistencial segura.

TÉCNICA:

1. Abrir el grifo y mojarse las manos con agua evitando usar agua caliente por el riesgo de dermatitis.
2. Aplicar jabón y distribuirlo sobre la superficie de las manos.
3. Frotar las manos, palma sobre palma.
4. Frotar la palma de la mano derecha sobre el dorso de la mano izquierda y viceversa, haciendo hincapié en los espacios interdigitales.
5. Frotar las palmas de ambas manos entre sí con los dedos entrelazados.
6. Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la otra.
7. Frotar con movimientos rotatorios los pulgares con la palma de la mano opuesta.
8. Frotar la punta de las manos en la palma de la mano contraria con movimientos de rotación.
9. Enjuagarse las manos con agua.
10. Secar completamente las manos con una toalla de un solo uso.
11. Cerrar el grifo con una toalla. b) Lavado de manos con jabón antiséptico.

Tiene como objetivo la eliminación de la suciedad, la materia orgánica, flora transitoria y parte de la flora residente, consiguiendo además cierta acción antimicro-

biana residual. Para ello deberá emplearse un jabón antiséptico de base de povidona yodada jabonosa (7.5%) o Clorhexidina (4%) con una duración entre 40 y 60 segundos.

Está indicado: o Cuando las manos estén visiblemente sucias o contaminadas con materia orgánica, sangre o fluidos corporales y en caso de patología por esporas bacterianas como por ejemplo el *Clostridium difficile*. o Antes de insertar catéteres centrales, sondaje vesical u otro dispositivo invasivo. o Tras exposición a sangres o fluidos potencialmente contaminados. o Antes y después de atender a pacientes con microorganismos multirresistentes y antes de atender a pacientes inmunodeprimidos. o Para la preparación de medicación y nutriciones parenterales en campana de flujo laminar

TÉCNICA: se realizará la misma técnica del lavado de manos higiénico. c) Lavado de manos con solución de base alcohólica

Tiene como objetivo eliminar la flora transitoria y parte de la flora residente, consiguiendo además cierta acción antimicrobiana residual. Para ello deberá emplearse una solución alcohólica con una duración entre 20 y 30 segundos. La OMS recomienda que este tipo de lavado debe usarse de manera preferente para la antisepsia rutinaria de las manos.

Entre las ventajas que presenta, se encuentran: o Una eliminación de la mayoría de los gérmenes o La facilidad en su disponibilidad en las zonas de trabajo o La buena tolerancia de la piel al producto o El escaso tiempo necesario para llevarlo a cabo o La ausencia de necesidad de infraestructuras específicas para su realización

TÉCNICA:

1. Aplicar en la palma de la mano suficiente dosis de solución alcohólica.
2. Flotar las palmas, ambas manos entre sí.
3. Flotar la palma de la mano derecha con el dorso de la mano izquierda y viceversa.
4. Frotar las palmas de ambas manos entre sí con los dedos entrelazados.
5. Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la otra.
6. Frotar con movimientos rotatorios los pulgares con la palma de la mano opuesta.
7. Frotar la punta de las manos en la palma de la mano contraria con movimientos de rotación.
8. Dejar secar al aire y no aclarar. d) Lavado de manos quirúrgico.

Tiene como objetivo la eliminación de la flora transitoria y la flora residente. Para ello deberá emplearse un jabón antiséptico de base de povidona yodada jabonosa (7.5%) o Clorhexidina(4%) o una solución de antiséptico en base alcohólica con

efecto residual.

Antes de iniciar el lavado de manos, es necesario retirar anillos, relojes y pulseras. El uso de uñas artificiales está prohibido y tampoco se recomienda el uso de esmaltes, ya que aumenta el riesgo de infección.

En caso de que las manos estén visiblemente sucias, será necesario lavar las manos con agua y jabón antes de iniciar la antisepsia quirúrgica. Así mismo está indicado el uso previo de un cepillo o palillo para eliminar la suciedad de debajo de las uñas. Aunque no se recomienda el uso de cepillos para la higiene de manos, ya que las erosiones que puede causar, incrementan la posibilidad de colonización bacteriana.

TÉCNICA:

* Técnica de lavado quirúrgico con jabón antiséptico:

1. Abrir el grifo de agua (preferiblemente automático o con pedal).
2. Humedecer las manos y antebrazos.
3. Depositar el jabón antiséptico en la palma de la mano frotando las manos y antebrazos hasta conseguir espuma suficiente.
4. Flotar las palmas, ambas manos entre sí.
5. Frotar la palma de la mano derecha con el dorso de la mano izquierda y viceversa.
6. Frotar las palmas de ambas manos entre sí con los dedos entrelazados.
7. Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la otra.
8. Frotar con movimientos rotatorios los pulgares con la palma de la mano opuesta.
9. Frotar la punta de las manos en la palma de la mano contraria con movimientos de rotación.
10. Se recomienda repetir toda la secuencia en dos ocasiones, no superando los 5 minutos de duración.
11. Aclarar el jabón de manera que el agua caiga desde las manos a los codos y no tocar el grifo.
12. Secar la mano con una toalla estéril utilizando una para cada mano.

* Técnica de lavado quirúrgico con solución hidroalcohólica: antes de iniciar el procedimiento se debe asegurar que las manos estén visiblemente limpias y secas.

1. Poner 5 ml de solución en la palma de la mano izquierda utilizando el codo o un pedal. No se debe tocar con las manos el dispensador.
2. Sumergir las yemas de los dedos de la mano derecha para introducir las uñas y rascar durante 5 segundos.
3. Frotar el producto por el antebrazo izquierdo hasta el codo, asegurando de

cubrir toda la superficie corporal con movimientos circulares hasta que el producto se seque (10-15 segundos).

4. Repetir la secuencia con la mano contraria.

5. Colocar 5 ml de producto sobre la palma y realizar la higiene de manos siguiendo los pasos habituales anteriormente descritos durante 20-30 segundos.

6. No será necesario secar con toalla, se colocará directamente la bata quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

La higiene de manos, se convierte hoy en día en una de las medidas más importantes para evitar la transmisión de numerosos microorganismos responsables de múltiples infecciones adquiridas en los centros sanitarios.

Por ello, uno de los principales objetivos a conseguir como profesionales sanitarios, debe ser afianzar los conocimientos sobre la importancia de una adecuada higiene de manos para poder lograr una adecuada asistencia sanitaria.

Para ello, sería necesario promover e implantar nuevos protocolos de actuación orientados a conseguir una mayor motivación y refuerzo para los profesionales para poder así brindar un servicio asistencial más seguro, efectivo y de calidad.

6 Bibliografía

- Peregrin E, Pelegrin V. y Wamba D. Higiene de manos en el ámbito hospitalario. (2020). Revista Médica y de Enfermería Ocronos, 3 (1):61.
- Ocampo M.M y Lemus A.L. (2020). Higiene de manos en el personal de salud en un ámbito hospitalario. Una revisión de la literatura. Revista Cultura del Cuidado Enfermería, 17(1).
- OMS. Manual Técnico de referencia para higiene de manos. [Online].; 2009. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/manual_tecnico.pdf
- Fajardo O y Papaqui H. (2014). La importancia del lavado de manos por parte del personal a cargo del cuidado de los pacientes hospitalizados. Medigraphic, 13(1).
- Simón Melchor A, Simón Melchor L, Naranjo Soriano G, Gil Salvador R, Solano Castán J, Jiménez Sesma ML. (2016). Importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario. Revista de Enfermería 21, 9(1):27-34.
- Seral Muñío, E., Ramos Real, MJ., Jadraque Jiménez, P. et al. (2009). Guía para la higiene de manos en el medio sanitario. Servicio canario de la salud. Gobierno de canarias, Consejería de sanidad.

Capítulo 27

ENFERMERÍA ANTE UN BROTE DE ESCABIOSIS

MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ

PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL

NEREA JUÁREZ MUÑOZ

ALICIA FLORES CASARRUBIOS

MARÍA USERO MOZOS

1 Introducción

El presente estudio trata de actualizar los conocimientos sobre la escabiosis comúnmente llamada sarna. Según la Real Academia Española (RAE) define la sarna como “afección cutánea contagiosa provocada por un ácaro o arador, que excava túneles bajo la piel, produciendo enrojecimiento, tumefacción y un intenso prurito”. En relación con esto, La sarna o escabiosis es una ectoparasitosis, dermatosis parasitaria, ubicua y contagiosa que es producida por *Sarcoptes scabiei* cuya variedad se denomina *hominis*. De manera general, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que en la actualidad, la sarna está presente en todo el mundo, especialmente vulnerables a esta enfermedad y sus complicaciones secundarias de infestación son los grupos más vulnerables: los niños pequeños y las personas de edad de las comunidades de escasos recursos, en nuestro entorno se han presentado brotes en residencias de ancianos, en centros de

acogida, instituciones mentales en centros de desintoxicación e incluso en hospitales.

Los profesionales de enfermería desde Atención Primaria somos el primer contacto con el paciente y su entorno, en este sentido mediante la observación podemos detectar el cuadro clínico de la sarna que por norma general es muy característico, su clínica cursa con prurito y lesiones en la piel pudiendo ser de dos tipos: lesiones primarias: surcos acarinos, vesículas y nódulos. Lesiones secundarias: reacción inflamatoria y lesiones por rascado. El problema viene dado en las lesiones secundarias en pacientes inmunodeprimidos, pacientes ancianos o institucionalizados.

2 Objetivos

- Actualizar e indicar los conocimientos sobre la escabiosis por parte del equipo de enfermería de los centros hospitalarios y sus experiencias.

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

La escabiosis es una infestación en la epidermis humana causada por el ácaro *Sarcoptes Scabiei*, variedad hominis que vive todo su ciclo de vida entre 10 a 14 días.

Se transmite por contacto cercano con lo que a menudo familias enteras resultan infectadas, se estima que en tan solo 20 minutos la transferencia sería efectiva . Las lesiones se localizan frecuentemente en el dorso de las manos, pies, codos, rodillas, tobillos, genitales, cara, cuero cabelludo y piel entre las uñas. De manera general suelen ser los signos y síntomas característicos de la clínica de escabiosis la que nos haga sospechar: paciente con prurito intenso en el curso de la noche, especialmente, su erupción no tiene simetría, aparición de surcos.

Lo que está claro y se hace imprescindible es la coordinación al unísono de todo el equipo implicado para una actuación adecuada y una pronta diseminación de la enfermedad. Los profesionales de enfermería desde la Atención Primaria en un marco de trabajo interdisciplinar ayudará al médico en la verificación del diagnóstico y búsqueda de otros casos en el entorno, a través de su herramienta principal “la anamnesis” pueden prevenir y detectar un brote de escabiosis. En este sentido, se hace necesario que de forma mecánica y estricta realicemos para nuestra protección y del paciente, lavado de manos, utilizaremos guantes y bata, así como material de un solo uso. De acuerdo con lo anterior, el personal de enfermería es el responsable de los cuidados generales, así como la educación para la salud del paciente y en su entorno, en esta revisión de literatura se observa que los manuales de vigilancia epidemiológica en relación con la escabiosis siguen las mismas pautas de tratamiento asignado.

5 Discusión-Conclusión

En la interacción diaria del profesional de enfermería con el paciente será de uso obligatorio el lavado de manos y el uso de guantes.

Los profesionales de enfermería desde Atención Primaria ante un paciente con escabiosas, le informarán y explicarán que la primera medida que es el aislamiento de la persona infectada durante 24 h, adicionalmente, realizarán mediante educación de hábitos como la utilización de toallas y ropa limpia tras la ducha previa al tratamiento recibido por el médico.

En la anamnesis se le dará pautas al paciente de que, entre otras cosas, tiene que meter en bolsas de plástico toda la ropa utilizada durante tres días: la manta, sábanas, colcha, etc. Lavar toda la ropa en agua caliente a 50° y posteriormente plancharla con vapor. Deberá limpiar a fondo la casa.

6 Bibliografía

1- Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., <https://dle.rae.es/sarna/>.

2- García-Patos Briones V, Castells Rodellas A. Tratamiento de la parasitosis en dermatología.1998;1257:49-54. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/scabies/>.

3- Campillos Páez M^a. T., Causín Serrano S., Duro Mota E., Agudo Polo S., Martínez Ramírez M. O., Sánchez de la Nieta Martín J. M.. Escabiosis: revisión y actualización. Medifam.2002; 12 (7):40-54. <http://scielo.isciii.es/scielo>.

php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000700004&lng=es.

Capítulo 28

AFECCIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO: LA SILICOSIS

MARIA GONZÁLEZ CHICO

LETICIA ACERO FERNANDEZ

BEATRIZ LLORENTE DOMÍNGUEZ

1 Introducción

La silicosis se trata de una enfermedad del sistema respiratorio que puede producirse normalmente debido a una exposición prolongada al óxido de silicio o dióxido de silicio, que se encuentra en la mayoría de materiales rocosos y areniscas, que generalmente se debe al tipo de trabajo que se realiza, como es el caso de la minería, los trabajos en túneles y galerías, la fabricación de vidrio o cemento los trabajos en canteras, trabajos en la construcción, en la fabricación de abrasivos, y los trabajos en general con piedra, mármol o arenas, etc.

Esta patología produce una afectación de los pulmones, en los cuales se produce una inflamación de los bronquiolos y los alveolos, y una fibrosis en los tejidos que se encuentran entre los alveolos y los capilares, que posee como características principales que es de carácter granulomatoso, lo que quiere decir que contiene nódulos, hializante y progresiva.

Existen distintos tipos de silicosis, aunque lo más frecuente es el trabajador o la persona afectada de esta enfermedad no presente ninguna sintomatología hasta años después de haber estado expuesto a este tipo de sustancias.

Para evitar que las personas desarrollen este tipo de patología, en la actualidad existen limitaciones en las cantidades a las que pueden estar expuestas.

2 Objetivos

Los objetivos consisten proporcionar conocimientos acerca de prevenir al trabajador o a la persona de una exposición prolongada a este tipo de sustancias, identificar la sintomatología y proporcionar los cuidados necesarios a la persona afectada para evitar que se produzcan complicaciones mayores en la medida de lo posible.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica consultando las principales bases de datos de carácter científico, tales como, Pubmed, Scielo, Medline, y se consultan diversas publicaciones en español de las que se seleccionan los contenidos que se consideran más adecuados y actualizados para la realización de esta publicación.

4 Resultados

La sintomatología que suelen presentar las personas aquejadas de esta patología incluyen, dificultad para respirar, dolor en el pecho, tos muy fuerte, debilidad, fiebre, sudoración, pérdida de peso, insuficiencia respiratoria, etc.

Se pueden distinguir tres tipos de silicosis, según la Asociación Nacional de Afectados y Enfermos de Silicosis (ANAES):

- Silicosis crónica, se trata de la más habitual y se debe a una exposición prolongada a la sílice, a su vez, esta se divide en simple si las radiografías de tórax muestran un patrón nodular y, en complicada, si las radiografías muestran unas masas denominadas fibrosis masiva progresiva.

La dificultad respiratoria es común entre las personas afectadas por este tipo de silicosis.

- Silicosis acelerada, si la sintomatología y la inflamación de los pulmones se produce en un periodo de tiempo menor que en la silicosis simple.
- Silicosis aguda, cuando se produce en un periodo breve de tiempo, produce una gran dificultad respiratoria e inflamación de los pulmones y provoca una disminución de la saturación de oxígeno en sangre.

Los factores que pueden influir en el desarrollo de silicosis pueden ser la intensidad y la duración de la exposición, la forma en la que se encuentra el silicio, las características de la superficie, y la rapidez con la que son inhaladas las partículas en el aire.

Las pruebas a las que se debe someter a la persona para la obtención de un diagnóstico abarcan, análisis de sangre, placas de tórax, tac, pruebas de función pulmonar, exámenes para detectar si la persona padece tuberculosis, ya que se trata de un trastorno frecuente entre los enfermos de silicosis, etc.

El tratamiento dependerá del grado de afectación de la persona y del tipo de silicosis que está presente.

5 Discusión-Conclusión

Se trata de una enfermedad que debemos atajar desde la prevención, ya que no tiene cura y en el momento que la persona la padece los tratamientos irán centrados en la mejora de la calidad de vida de estas y en evitar que se produzcan complicaciones más severas para la salud de las mismas.

Las pautas a seguir para lograr conseguir los objetivos descritos incluyen dejar de estar expuestos a la fuente de dicho material, el uso de antitusivos, broncodilatadores o incluso la administración de oxígeno en caso de ser necesario, para paliar la sintomatología presentada.

Si esta no es tratada, a lo largo del tiempo pueden producirse complicaciones más severas, como es el caso de la necesidad de un trasplante de pulmón o incluso llegar a causar el fallecimiento de la persona afecta.

6 Bibliografía

1. <https://www.Scielo.org//>
2. <https://www.medlineplus.gob//>
3. <https://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov//>

Capítulo 29

ATENCIÓN PLENA “MINDFULNESS”

ALVARO DEL VAL PELAEZ

ALEXA MARTINEZ GONZALEZ

ALICIA CRESPO ALONSO

1 Introducción

Práctica en su origen oriental proveniente del budismo, que en estos últimos 30 años ha estado integrándose de forma exponencial tanto en medicina como en psicología en la cultura occidental.

De la mano del Yoga y otro tipo de ejercicios, el Mindfulness o atención plena agrupa un conjunto de técnicas físicas y mentales encaminadas a conseguir la relajación, mejorar la atención, la concentración, disminuir el estrés y la ansiedad, también se consigue un mejor descanso y eficacia del sueño lo que nos conduce en definitiva a una mejora en nuestra calidad de vida.

El mindfulness pone énfasis en prestar atención a la realidad, al momento presente, ser consciente lo que está pasando aquí y ahora.

La atención plena o Mindfulness cuenta con un gran número de prácticas y actitudes, las básicas o más destacables son:

Aceptación, admitir la realidad sea cual sea.

Abstenerse de juzgar, emitimos juicios constantemente sin darnos cuenta, cuando tomamos consciencia de ello mejoran nuestras relaciones y nos sentimos mejor.

Mente de principiante, intentar afrontar las cosas como si las viéramos por primera vez.

Paciencia, las cosas llegan cuando tienen que llegar.

Confianza, confiar en la propia intuición e intuiciones.

Ceder, soltar y dejar ir, aprender a deshacerse del apego.

2 Objetivos

Estudiar los beneficios de la práctica de la atención plena o mindfulness.

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

De la práctica de la atención plena o mindfulness se obtienen resultados beneficiosos no solo en el aspecto psicológico sino también en cuanto a nuestra salud corporal:

- Nos ayuda a controlar el estrés y la ansiedad, favorece la reducción de los niveles de cortisol y el mindfulness tiene una influencia positiva sobre el síndrome del burnout.
- Nos ayuda a conciliar mejor el sueño y con los problemas de insomnio, relacionado también con la reducción de los niveles de cortisol, lo que disminuye el estrés favoreciendo la calidad del sueño y del descanso.
- Protege nuestro cerebro, según estudios esta práctica puede modificar la estructura neuronal protegiendo el cerebro del envejecimiento y de ciertas patologías degenerativas.
- Al centrarse en el entrenamiento de la atención plena mejora nuestra capacidad de concentración.
- Hace que desarrollemos y mejoremos en inteligencia emocional. El Mindfulness hace que nos conozcamos mejor y nos mostremos tal y como somos.
- Con su práctica se mejora la Autoconciencia y el Autoconocimiento.

- Mejora las relaciones interpersonales, respondemos de mejor manera el estrés de las relaciones y expresamos de manera correcta nuestras emociones.
- Favorece la creatividad, una mente en calma es una mente más productiva y con más facilidad de generar y aplicar soluciones o ideas.
- Mejora el rendimiento laboral y académico.
- Con pocas semanas de práctica en atención plena y Mindfulness, es posible notar mejoría en la comprensión lectora y ver aumentada la capacidad de nuestra memoria. La meditación es un método que nos ayuda a reforzar la memoria en nuestro día a día.
- Reduce el riesgo de desarrollar depresión.
- Vivimos el día a día de una mejor forma, al meditar y ser conscientes del momento, tendremos la claridad de vivir más nuestras experiencias, lo que nos hará sentirnos más plenos y felices.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la práctica de la atención plena obtenemos herramientas sólidas y válidas para afrontar y lidiar con situaciones que se nos dan en cualquier ámbito de nuestro día a día, el autocontrol que nos hace falta en una situación que nos supera o simplemente ante algo cotidiano que se agrava simplemente por tener un mal día. Conseguimos aprender a gestionar las emociones así como nuestra actitud, reduciendo el impacto que tienen las emociones negativas en nosotros, mejorando en gran medida en las relaciones sociales y en la comprensión de cómo se siente una persona y cómo debemos responder ante esa situación.

6 Bibliografía

1. Mindfulness en Pediatría: el proyecto “Creciendo con atención y consciencia plena”. Revista Pediatría de Atención Primaria, ISSN 1139-7632, Vol. 16, N.º. 62 (Abril/Junio), 2014, págs. 169-179. Ruiz Lázaro, Patricio José; Rodríguez Gómez, T.; Martínez Prádanos, Adrián y Núñez Marín, E.

Capítulo 30

DIABETES, TIPOS Y CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

SARA MERINO MONTAÑÉS

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica en la que el cuerpo humano no es capaz de regular el azúcar que está en la sangre, esto es producido porque el páncreas no sintetiza la insulina suficiente para el organismo.

Una descompensación de esa glucosa en la sangre, debido a que el cuerpo o no produce insulina o la que produce no la usa adecuadamente, puede producir problemas muy serios en la salud, amputaciones de miembros inferiores, derrames cerebrales, enfermedades cardíacas, problemas oculares, de riñones...

A día de hoy no existe una cura para la diabetes, pero si existe una serie de factores que ayudan a controlarla mejor: una buena alimentación, no estar obeso, ser una persona activa, en ocasiones tomar medicación y una buena educación en el autocontrol de la diabetes.

Algunos de los síntomas para identificar la diabetes puede ser: visión borrosa, sensación de estar sediento, micción frecuente, infecciones en las encías, piel o vagina frecuentes, pérdida de peso involuntaria, presencia de cetonas en la orina, cansancio...

Un valor elevado de glucosa en sangre (hiperglucemia) puede producir serios problemas para la salud, pero si tiene una hipoglucemia (nivel de azúcar en sangre por debajo de 70 mg/dl) también puede producirlos.

Como TCAE seremos capaces de:

- Identificar a un paciente diabético.
- Ayudar al paciente en su buena alimentación durante la hospitalización.
- Ayudar en la medida de lo posible en el buen control del tratamiento.

2 Objetivos

Describir los tipos de diabetes, resaltando el papel del TCAE en cuidado de los pacientes que la padecen.

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. Las palabras claves fueron: diabetes, tipos de diabetes, diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional, causas de la diabetes, diabetes síntomas, diabetes tratamiento.

La búsqueda se ha acotado desde el 2013 y el 2022.

4 Resultados

Hay diferentes tipos de diabetes:

Diabetes tipo 1- Suele darse más comúnmente en los niños. En este tipo de diabetes las células betas, encargadas de producir insulina, son atacadas por el sistema inmunitario. Se cree que existen varios factores desencadenantes: factores genéticos, factores ambientales y el factor de la autoinmunidad. Este tipo de diabetes requiere tratamiento de insulina diario de por vida.

Diabetes tipo 2- Suele aparecer en personas mayores de 40 años. El cuerpo sigue produciendo insulina, pero presenta una resistencia hacia ella y por lo tanto esa hormona no es utilizada correctamente. Primero, el páncreas produce mucha insulina para combatir la demanda pero con el tiempo deja de hacerlo y aumenta el azúcar en sangre.

Sus principales causas son debido a un factor genético y a un estilo de vida más bien sedentario y con obesidad.

Diabetes gestacional- Este tipo de diabetes se presenta durante la gestación y suele desaparecer tras el parto, pero estas mujeres están predispuestas a padecer

diabetes de tipo 2 a lo largo de su vida. Las causas son debido a los cambios hormonales, factores genéticos y el estilo de vida.

Diabetes tipo MODY - se llama así por sus siglas en inglés Maturity-Onset Diabetes of the Young. Su origen se debe a múltiples genes y factores medioambientales. Los primeros síntomas suelen aparecer antes de los 25 años y no tiene ninguna relación con el estilo de vida o peso. Es un tipo de diabetes poco frecuente.

Diabetes tipo LADA - es una diabetes autoinmune latente en adultos de origen genético. Las personas que la padecen presentan unos anticuerpos en la sangre similares a los de las personas que tienen la diabetes tipo 1. Y su aparición no está relacionada con su peso.

5 Discusión-Conclusión

Cuando nos encontramos frente a un paciente con diabetes, el TCAE tiene que ayudarlo lo máximo posible ya que va a tener unos síntomas que le van a convertir en una persona dependiente sobre todo si es dependiente. Algunos de sus síntomas pueden ser: tener mucha sed, necesidad de orinar continuamente, pérdida de peso, cansancio, infecciones fúngicas en la piel...

También tendremos que estar pendientes para que no se produzca una hipoglucemia proporcionándole una dieta con suficientes hidratos de carbono, evitando realizarle el baño con agua muy caliente después de que le pinchen la insulina.

Le educaremos en su nuevo estilo de vida para facilitarle el día a día cuando se vaya de alta.

6 Bibliografía

1. Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales – MedlinePlus.
2. Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales.
3. Fundación diabetes. Esmeralda Colino. Endocrinólogo pediatra. Madrid.
- Sarwar N, Gao P, Seshasai SR, Gobin R, Kaptoge S, Di Angelantonio et al. Lancet. 2010; 26;375:2215-2222.
4. Federación española de diabetes.
5. Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, División de Diabetes Aplicada.

Capítulo 31

ALIMENTACION Y NUTRICIÓN FUNCIONES DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARÍA NIEVES MUÑOZ RABADÁN

LAIA TORRES JIMÉNEZ

FRANCISCO GARCÍA SÁNCHEZ

MIGUEL ANGEL MUÑOZ RABADÁN

ANGELA MARTINEZ LOPEZ

1 Introducción

La alimentación y la nutrición son dos procedimientos relacionados. El primero es un acto voluntario y el segundo es acto involuntario. Las costumbres alimentarias del ser humano influyen en la nutrición y en la necesidad de nutrientes del ser humano y del cuerpo humano.

El ser humano tiene un estilo de vida y por lo tanto una serie hábitos alimentarios que junto con el ambiente generan un tipo de físico del cuerpo. Se debe tener una elección adecuada de alimentos en la dieta diaria que sea variada y con todos los tipos de nutrientes que ofrecen los alimentos.

Una dieta se trata de la ingesta de alimentos de los que el cuerpo extrae los nutrientes para utilizarlos para las diferentes funciones del cuerpo. Para poder realizar esta función es necesario una dieta variada, equilibrada y suficiente para un correcto desarrollo del ser humano.

Suele ser en un primer momento, el equipo multidisciplinar le que aconseja sobre el valor nutricional y el tipo de ingesta que debe tener el paciente. Se suelen dar consejo para que los nutrientes que el cuerpo utiliza sea los que necesita y de esta manera se tenga un adecuado estado de salud que previenen las enfermedades y patologías propias de una ingesta inadecuada que suelen ser muchas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar la importancia de la nutrición y alimentación saludable como términos relacionados.

Objetivos secundarios:

- Mostrar los nutrientes necesarios para el cuerpo humano.
- Explicar algunos problemas de mala alimentación provocan problemas nutricionales.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de nutrición, hidratación y cuidados de la alimentación, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: cuidados, alimentación, nutrición, hidratación. Se excluyen aquellos textos sin acceso gratuito y publicado hace más de 15 años.

Se han buscado palabras claves como nutrición, alimentación, hábitos de vida saludable entre otros.

4 Resultados

La idea de la nutrición tiene como finalidad el prevenir y cuidar la salud de la persona, para reducir el riesgo de padecer enfermedades que puedan tener relación

con la alimentación y el control de aquellas propias de la ingesta elevada o insuficiente de ciertos alimentos que serán nutrientes a posteriori.

En los últimos tiempos, los estilos de vida, en España que incluyen la alimentación han variado mucho pese a tener en sus manos la dieta mediterránea que es la mejor para cuidar el cuerpo. Actualmente, las personas se alimentan y nutren de forma deficiente por su excesivo consumo de proteínas, grasas animales y azúcares evitando o no injiriendo verduras y frutas.

Esto provoca una serie de carencias de nutrientes al no ingerir ciertos alimentos con lo que se padecen enfermedades y problemas de salud que antes no existían. Actualmente, los estudios que se realizan han demostrado que existen una serie de carencias de nutrientes que llevan a padecer enfermedades que antes no padecía el ser humano entre ellas la hipertensión arterial, osteoporosis, diabetes entre otras sin olvidar la obesidad.

Para ello, se realizan campañas para cambiar los estilos de vida y los hábitos alimentarios de los pacientes y de las personas que atiende el sistema nacional de salud.

La nutrición genera una serie de nutrientes que son elementos químicos básicos para que crezca y se mantenga el organismo porque son los encargados de aportar elementos que favorecen una serie de funciones del cuerpo humano:

- La función energética.
- La función estructural.
- La función reguladora.

Existen algunos nutrientes que el cuerpo humano sintetiza de forma autónoma, pero en su gran mayoría los recibe de la alimentación y del proceso de síntesis que el cuerpo realiza y convierte en nutrientes.

Por ello, es básico aprender los nutrientes que cada alimento nos aporta para poder desarrollar nuestro organismo de las sustancias que necesita no solamente para crecer, sino también para protegerse y desarrollarse adecuadamente. Los nutrientes son hidratos de carbono, proteínas lípidos, minerales, vitaminas y agua. Con un consumo de forma equilibrada de estos nutrientes y los hábitos de vida provoca que nuestro cuerpo se estructure y funcione correctamente, sin caer en la obesidad o toxicidad o por la desnutrición o deficiencia.

Las fuentes alimentarias de carbohidratos y vitaminas son las frutas y las verduras. Estas vitaminas y minerales aportan ciertos nutrientes que no puede

generar el cuerpo humano. Otros carbohidratos que facilitan los alimentos son los granos enteros y la fibra que hay en ellos. El hecho de comer estos alimentos nos da la energía suficiente para tener la energía diaria. A la alimentación, se debe incluir las horas de sueño adecuadas unas 8 en base a la vitalidad de cada uno.

El desayuno se considera la comida más fuerte del día siendo la cena la comida en la que menos se debe ingerir para llevar una alimentación saludable.

5 Discusión-Conclusión

El hecho y la costumbre de alimentarse recibe el nombre de régimen alimentario que se conoce como dieta. El conjunto de sustancias que alimenta el cuerpo termina generando una serie de hábitos que terminan por generar un estilo de vida. Este estilo lo llevan a cabo todos los seres humanos y es la alimentación y nutrición la base del cuidado del cuerpo.

Se conoce la pirámide nutricional, pero en la actualidad se promueve el famoso plato de harvard a nivel de alimentación que educa en dividir el plato en cuatro partes siendo dos de ellas de verduras, una de proteínas y otra de hidratos.

La dieta mediterránea es una de las mejores que se conoce y lleva a realizar una serie de ingesta de alimentos que serán nutrientes en nuestro cuerpo. El hecho de desayunar ayuda a quemar grasas y se debe comer entre cinco y seis veces cada día de tal manera que el cuerpo no se desacelera.

El hecho de tener una vida sana conlleva mantenerse joven más tiempo y con energía. Para conseguir esto se debe tener una educación en este ámbito de forma saludable.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino - Alimentación.
2. Portal Salud-UE - Alimentación.
3. Ana Berta Pérez-Lizaur; Leticia Marván-Laborde (2009). «Alimentos equivalentes». Archivado desde el original el 19 de diciembre de 2009.
4. Moe Byrd-Bredbenner, BerningBeshgetoor: Perspectivas en nutrición. Canadá:McGrawHill, cuarta edición.

Capítulo 32

EL ESTRÉS PARA UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE LOS MAYORES

MARÍA NIEVES MUÑOZ RABADÁN

LAIA TORRES JIMÉNEZ

FRANCISCO GARCÍA SÁNCHEZ

MIGUEL ANGEL MUÑOZ RABADÁN

ANGELA MARTINEZ LOPEZ

1 Introducción

Los Técnicos de Cuidados Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, más conocidos como TCAE, son unos profesionales sanitarios muy olvidados dentro de la misma rama, ya que en numerosas ocasiones están infravalorados. Pueden trabajar desde en hospitales hasta en centros de día como auxiliares de geriatría o residencias de personas dependientes.

Como profesionales dentro de las residencias de ancianos tienen que ayudar a la persona anciana en una serie de funciones concretas, que son: su atención

básica, en la planificación y supervisión de actividades sociales, realización de tareas sanitarias rutinarias, atención y seguimiento del estado del residente, asistencia social y apoyo emocional. Además, deben favorecer su autonomía, velar por su seguridad y mediar en resolución de conflictos entre las mismas personas ancianas. Una de las características fundamentales de estos técnicos es la empatía, ya que su contacto directo y diario con los pacientes debe ser estrecho y cómodo por ambas partes, además de necesario.

También deben escuchar y mediar con las familias para que los residentes estén los más cómodos y bien atendidos posible, ya que según su autonomía necesitan más o menos ayuda. Todo esto debe darse teniendo en cuenta las normas y consejos que se adoptan en una residencia para personas mayores por el buen funcionamiento del centro.

2 Objetivos

- Exponer la necesidad del autocuidado físico y psicológico del técnico en cuidados técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los centros geriátricos.
- Dotar de habilidades y capacidad a los profesionales que trabajan en los centros de mayores para saber cuidarse.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente, configurándose como un estudio de tipo documental. La elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas bibliográficas en distintas bases de datos, como son libros y revistas, y Google académico. Se ha utilizado formato papel y formato digital. Para la realización de la búsqueda se utilizó las siguientes palabras claves: auxiliar de enfermería, técnico en cuidados técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, deporte, vejez, salud, bienestar y riesgos laborales entre otros.

4 Resultados

Uno de los fundamentos del trabajo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería está en tener una buena base, no solo teórica, sino física y mental. Dentro de la parte física, son múltiples los beneficios que se pueden conseguir gracias a la práctica deportiva. Con el paso del tiempo, la mejoría es sorprendente, no solo a nivel cardiovascular, respiratorio y orgánico, sino también a nivel anímico

y social. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería están sujetos a mucha presión debido a que estos profesionales están en estrecha relación con los residentes en los centros geriátricos.

La actividad física ayuda a liberar tensiones y estrés, al mismo tiempo que genera bienestar psicológico a la persona que lo practica. Se trata de desconectar con la rutina diaria de trabajo, de hacer algo que sea satisfactorio y a la vez que una recomendación médica para cualquier persona.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deberían estar más concienciados de que es fundamental que se tenga buena forma física y psicológica, ya que les permite hacer bien su trabajo. Estos profesionales han de estar lo mejor posible en cuanto a la salud se refiere, ya que son los que tienen que estar, día a día, en estrecha relación con los residentes y quienes deben proporcionar, además de cuidados físicos, tienen brindares apoyo psicológico, cercanía y comprensión.

A modo de resumen, podemos decir que lo primero que debe un técnico en cuidados auxiliares de enfermería, como profesional, es intentar llevar una vida sana. Expertos en psicología han determinado que necesitan 21 días para establecer un hábito. Hay que empezar poco a poco y de manera progresiva. Se debe elegir una actividad deportiva que guste y entender que, más que un castigo, es un estilo de vida con el que uno se siente mejor.

Sentirse bien para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería será el apoyo necesario de cada persona residente en un centro de mayores. Apoyo en todos los aspectos de su vida, en esa etapa en la que tener cerca personas y profesionales cuyo cometido es precisamente ese, “ser apoyo físico, psicológico y social” para las personas mayores.

El ejercicio aumenta la salud y el estado de bienestar, además aporta energía para el ritmo diario. La práctica de ejercicio aumenta la práctica de endorfinas que hacen sentir mejor, mejora el estado y disminuye los síntomas leves relacionados con la depresión y la ansiedad. Un programa de ejercicio exitoso comienza con un simple paso como puede ser hablar con tu médico, para que te indique que tipo de actividades te recomienda según su criterio.

En este sentido, el departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos recomienda un mínimo semanal de 150 minutos de actividad aeróbica moderada como caminar a paso ligero o nadar, o 75 minutos de actividad aeróbica intensa. Es necesario también el fortalecimiento muscular dos veces por semana.

Los beneficios del deporte, además de físico, son también psíquicos, como puede ser la mejora de la capacidad de pensar.

Un estudio realizado en Estados Unidos durante 12 años ha comprobado que las personas mayores que realizan ejercicio entre moderado e intenso son 10 años menos ancianas a nivel mental que las que practican ejercicio entre escaso y nulo. En líneas generales parece que es de todos conocido los beneficios del ejercicio físico y mental. Sin embargo, es una realidad que, en avanzadas edades, es muy difícil conseguir que un anciano o anciana esté dispuesto a ejercitarse tanto físico como psicológicamente.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben tener estas cuestiones muy presentes y animar y fomentar, e incluso participar en estas actividades, ya que el objetivo fundamental es su bienestar completo. Además, estas actividades ayudan a los ancianos a que se socialicen, lo cual es beneficioso tanto para ellos mismos como para el resto de los convivientes del centro.

5 Discusión-Conclusión

El ejercicio físico es necesario para el ser humano a lo largo de toda su existencia, ya que ayuda a lidiar con el estrés que genera la vida diaria. Hemos de ser realistas y organizarnos para ello. Es importante hacer actividades con las que cada persona se sienta cómoda.

Los objetivos deben ser específicos, posibles y limitados. Hacer ejercicio acompañado suele resultar reconfortante. Determinadas actividades están caracterizadas por estar indicadas para lidiar el estrés como pueden ser yoga, taichí, pilates, correr al aire libre, kick-boxing, baile, etc.

En el caso de personas mayores estas actividades suelen coordinarse entre los distintos profesionales del centro, ya sea terapia ocupacional, fisioterapia, gimnasia para mayores o cualquier otra actividad que pueda ser de su agrado.

6 Bibliografía

1. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hill.

2. Josefa Luisa Álvarez Alonso, Raquel Blanco Quesada, Marta Quesada de la Fuente. “Mayo Clinic” – “Guía de Mayo Clinic para lidiar con el dolor”.
3. www.bienestar.es
- ejercicio físico y deporte. Iván Aranga Amengual.
4. https://tendencias21.levante-emv.com/las-personas-mayores-que-hacenejercicio-intenso-tienen-mejor-capacidad-mental_a42309.htm.

Capítulo 33

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

M.CARMEN HERREROS PEÑAFIEL

ANA ISABEL SIMARRO BONIFACIO

M^a ANGELES ALFARO AGAR

MARIA ISABEL PARDO MARTINEZ

CARMEN CARRIÓN MARTÍNEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la siguiente definición sobre la esterilización: es “la técnica de saneamiento cuyo objetivo es conseguir la plena destrucción de toda forma de vida existente en los elementos. Para ello, se pretende aniquilar todos los microorganismos, patógenos y no patógenos”.

Por otro lado, la RAE (Real Academia de la lengua Española) define el concepto de esterilizar (de estéril e – izar) como acción de “Destruir los gérmenes por la acción de agentes físicos o químicos”.

Los centros hospitalarios son ambientes sanitarios que pueden estar altamente contaminados con multitud de microorganismos, siendo estos capaces de provocar una gran variedad de enfermedades en el ser humano, especialmente en aquellos pacientes cuyas defensas son bajas debido a los tratamientos recibidos para hacer frente a sus enfermedades.

Existen tres procedimientos o actividades que pueden disminuir o incluso eliminar la presencia de microorganismos en materiales sanitarios, los cuales luego son utilizados en pacientes. Estos procedimientos son: la limpieza o descontaminación, la desinfección y la esterilización. Dentro del procedimiento de la esterilización hay que seguir cinco pasos para que sea un procedimiento efectivo: limpiar el material, preparar el paquete donde va a ir ese material, esterilizar el material, almacenar y entregar dicho material y por último hacer uso de él.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los diferentes métodos de esterilización que tienen que realizar los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería sobre el material sanitario utilizado que requiera dicha esterilización.

Objetivos secundarios:

- Definir la esterilización llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud y por el diccionario de la Real Academia de la lengua Española.
- Exponer los tres procedimientos de eliminación o disminución bacteriana.
- Describir los cinco pasos a seguir en el procedimiento de esterilización

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

Características y clasificación de los materiales para esterilizar:

Existe una gran variedad de material que debe ser esterilizado, sin embargo, no todos los tipos de materiales pueden ser esterilizados con el mismo método debido a sus características, por lo que es necesario saber las características de cada material para utilizar un método de esterilización u otro. Dichas características son: resistencia al método utilizado en la esterilización, estabilidad, seguridad de las personas, toxicidad y características de la fabricación.

- Vidrio: material rígido, pero fácil de romperse. Resiste a altas temperaturas. Podemos encontrar: tubos de ensayo, botellas...
- Acero inoxidable: resistente a la oxidación aún así entrando en contacto con la humedad. Es un material duradero pero frágil ante el uso excesivo de cloruros. Podemos encontrar: material quirúrgico, contenedores y cajas del instrumental utilizado en procedimientos intervencionistas.
- Plástico: material que puede ser modelado y deformado. Utilizado para empaquetar o para aislar térmicamente o eléctricamente. Podemos encontrar: conexiones, sondas, sistemas de sueros...
- Látex: frágil ante detergentes y no sale rentable su esterilización, por lo que muchos materiales de látex será de un único uso. Es frecuente en reacciones alérgicas.
- Algodón: resistente a altas temperaturas, pero se daña con facilidad. Podemos encontrar: ropa para pacientes, sábanas o para envolver material.
- Textiles especiales: Podemos encontrar: pañales, filtros...

Métodos de esterilización:

- Flameado.

Empleado en los laboratorios de microbiología y consiste en pasar el material a esterilizar por la llama de un mechero de tipo Bunsen.

Material esterilizado: asas de siembra, pipetas, tubos de vidrio...

- Incineración.

Empleado para obtener la eliminación de residuos biopeligrosos mediante su combustión en hornos crematorios. Destruye los microorganismos por combustión.

- Horno Pasteur o estufa poupinel:

Consiste en calentar el interior de un aparato elevando su temperatura con energía eléctrica.

Dentro de este aparato es posicionado el material una vez limpio y seco sobre bandejas que pueden estar en diferentes alturas.

Material esterilizado: materiales fabricados en vidrio termorresistente, porcelana o acero inoxidable.

- Autoclave de vapor.

Método más empleado en el servicio de esterilización. Se utiliza vapor saturado para producir hidratación en las células microbianas.

Requiere 134 °C en un tiempo de 7 a 10 minutos.

121°C en un tiempo de 20 minutos.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido comprobar con la lectura de este capítulo titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de esterilización” el procedimiento de esterilización es un método utilizado con la finalidad de eliminar todos los microorganismos existentes en el material sanitario reutilizable en los diferentes procedimientos asistenciales o intervencionistas. Además de la esterilización también puede ser utilizados los métodos de limpieza o descontaminación y la desinfección, sin embargo estos procedimientos no consiguen eliminar en su totalidad la presencia bacteriana, sino que consigue disminuirla.

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo nos demuestra la necesidad de conocer las características de los materiales que van a ser esterilizados para utilizar un método u otro, ya que no todos los materiales son aptos para todos los métodos empleados.

6 Bibliografía

1. Guillamas. C, Gutiérrez. E, Hernando. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
2. Pardo, A. Pulido, M.D. Salud laboral: prevención de riesgos laborales. España. Formación continuada logoss, S.L. 2010.
3. Pérez, E., Fernández, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education.
4. Diccionario RAE

Capítulo 34

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACION ANTE LA PIREXIA DE LOS PACIENTES

M.CARMEN HERREROS PEÑAFIEL

ANA ISABEL SIMARRO BONIFACIO

M^a ANGELES ALFARO AGAR

MARIA ISABEL PARDO MARTINEZ

CARMEN CARRIÓN MARTÍNEZ

1 Introducción

Pirexia o fiebre, son las designaciones que le da la medicina y que esta corresponderá a un acrecentamiento de la temperatura corporal elevada por encima de lo normal que serían los 37 °C. No es una patología la fiebre por sí sola, cuando se presenta es una señal de que algo, le está pasando al organismo, ya que la pirexia o fiebre es un sistema de defensa de nuestro propio cuerpo, contra un agente interno o externo.

Definición simple: Incremento de la temperatura corporal en respuesta a una elevación del punto fijo del Centro Termorregulador (CTR) hipotalámico. Sobre 37,5° de temperatura axilar hablaremos de pirexia. En cambio, entre 37° y 37,5°, hablaremos de febrícula.

Es un síntoma / signo de gran incidencia en la población y que es uno de los principales motivos de la asistencia a consulta en la población por regla general. La pirexia no incurre ni sería un motivo o una condición de gravedad para considerar por sí misma, pero si logra ser el modo que tiene nuestro cuerpo y organismo de decir y manifestar que podríamos estar desarrollando o que ya tenemos, una patología más grave que la fiebre en sí. Por otra parte, su posible gravedad logra inclusive verse alterada por las posibles patologías crónicas que afectan al paciente enfermo (neumopatías, o cardiopatías, epilepsia, o patología endocrina entre otra, etc.).

La importancia clínica de la pirexia o fiebre alta radica en que, siendo un signo muy fácil y preciso de lograr ver y poder comprobar, es un buen indicador de patología y enfermedad, ya que no está expuesto a las variaciones emocionales. Asimismo, es muy útil para saber con exactitud la gravedad de este cuadro febril, estudiar la evolución de la patología o enfermedad y su posterior respuesta al tratamiento.

2 Objetivos

- Exponer las posibles causas de pirexia o fiebre.
- Aprender a diferenciar el concepto de pirexia e hipertermia por parte del Técnico en cuidados de enfermería.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, ministerio de sanidad y consumo y diferentes páginas referentes a sintomatología y características de la Pirexia, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las infecciones o contagios ya estén estas en la categoría de bacterianas o de virales son los principales orígenes que nos hallamos a la hora de que se presente

el estado de fiebre alta o pirexia. Continuando con los segundos orígenes en incidencia, aunque, mucho menos comunes, son la posibilidad de que se ostente por parte del paciente neoplasias y las enfermedades o patologías inflamatorias sistémicas (enfermedad inflamatoria intestinal, lupus, o inclusive artritis reumatoide). Otras un poquito menos normales o comunes son pirexia o fiebre alta por fármacos, infarto del miocardio o también se logra dar a consecuencia de algún trauma.

Es esencial tener los conocimientos y lograr el diferenciar la pirexia o la fiebre alta con la Hipertermia, ya que en esta última que se menciona existe una subida al alza de la temperatura que no es controlada por la termorregulación hipotalámica, además esta situación logra en la gran mayoría de los sucesos ser para el afectado potencialmente mortal. La diferencia está dada por una exhaustiva y minuciosa historia clínica (una actividad física realizada excesivamente, o exposición previa al calor del ambiente excesivo (denominado golpe de calor), este suceso no da respuesta a la administración de los antipiréticos y no tanto en los registros térmicos o su patrón (salvo cuando la T° es mayor en elevación o igual a los 42° C)).

Cuando se da una temperatura del organismo corporal tomada o considerada central menor de los 35° C, estaremos hablando de Hipotermia, la cual podría estar originada por exposición a unos ambientes con temperatura en el ambiente demasiado baja, así como a ciertas condiciones consideradas como patológicas, como logran ser un shock, una sepsis, o mixedema o las drogas como el alcohol, los anestésicos, o inclusive los psicofármacos.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la importancia de lo que nuestro propio cuerpo o nuestro propio organismo nos da a entender este con sus mecanismos nos pone sobre aviso, al despertar el proceso de la pirexia llegamos a la conclusión de que tomando como referencia estos síntomas, signos y patrones, podemos llegar a establecer un diagnóstico verdadero de la etiología de la fiebre o pirexia, como también de la hiperpirexia y ya con un diagnóstico, descartar patologías o que nos lleve a otras patologías más graves que se puedan estar dando en nuestro organismo y no dieron la cara todavía, esto será debido y posible a la observación de síntomas como la deshidratación y se deberá comenzar a buscar la probable patología de la que es originaria la pirexia siempre concluyendo con un examen físico completo.

6 Bibliografía

1. <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/Carrera-Medicina/MEDICINA-I/semio/pirexia.pdf>.
2. <http://semiologia.med.uchile.cl/general/pirexia/>.
3. García Puga J. M., Garrido Torrecillas F. J., Hernández Morillas D., Castillo. Díaz L., Santos Pérez J. L., Callejas Pozo J. E. et al. Análisis del conocimiento y manejo de la pirexia por parte de pediatras y residentes en relación a un proceso asistencial establecido. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2012 Jun [citado 2022 Jul 05]; 14(54): 115-126. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000300004&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000300004>.

Capítulo 35

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ORGANIZACION DEL ÁREA PREQUIRÚRGICA

M.CARMEN HERREROS PEÑAFIEL

ANA ISABEL SIMARRO BONIFACIO

M^a ANGELES ALFARO AGAR

MARIA ISABEL PARDO MARTINEZ

CARMEN CARRIÓN MARTÍNEZ

1 Introducción

La preparación del área que va a ser intervenida y en lo referente a la piel se efectúa con el objeto de prevenir las infecciones producidas por la flora que coloniza nuestra piel en circunstancias normales. En este procedimiento lo que se efectúa es remover la suciedad, la grasa, y microorganismos de flora transitoria que se encuentran en la piel y llegar a controlar mediante soluciones antisépticas a los microorganismos residentes que son la población bacteriana, que están depositados en los folículos pilosos y que no son eliminados con el lavado rutinario habitual. La adecuada preparación de la piel nos va a permitir reducir el peligro de infecciones de la herida operatoria asociadas a estos procedimientos

invasivos, beneficiando, como consecuencia, la calidad de la atención de los enfermos, para ello el aseo del área quirúrgica es de vital importancia en el área operatoria y áreas circundantes, deben estar limpias, sin residuos, libres de suciedad y así la flora bacteriana quedara reducida a niveles mínimos. Los estudios además demuestran que la infección se reduce en gran consideración al acortar el tiempo de ingreso preoperatorio del enfermo dentro del Centro Asistencial. El aseo siempre se debe comenzar precedentemente de la preparación quirúrgica de la piel.

2 Objetivos

- Ver los pasos a seguir, así como el material a manejar para la preparación de la piel
- Describir el rasurado como parte muy esencial de la prevención de infecciones y de la preparación precedentemente de la intervención quirúrgica.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: PubMed y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Su objetivo es reducir la flora microbiana que existe y reside en la piel y mucosas del enfermo precedentemente de comenzar la intervención quirúrgica.

1) Ducha con detergente de clorhexidina la noche anterior a la intervención.

El enfermo debe seguir este orden al lavarse:

- Cabeza. Tórax. Extremidades superiores, e inferiores. Genitales.
- Secar la piel correctamente.

2) Pintar el campo quirúrgico con povidona yodada al 7,5-10 % o gluconato de clorhexidina al 4-5 % o clorhexidina al 0,5 % en alcohol etílico al 70 %, según la siguiente técnica:

- Esgrimir instrumental y gasas estériles.

- Emplear el antiséptico siempre con movimientos circulares desde el punto central hacia la periferia. En enfermos obstétricos y en los neonatos no se manejará povidona yodada en la preparación del campo quirúrgico, ya que la absorción del yodo supone un peligro de hipotiroidismo transitorio en el recién nacido. No se aplica clorhexidina en ojo ni en oído medio. No se empleará alcohol sobre mucosas, ojos o heridas.

3) Cubrir el área con talla estéril.

4) Rasurar el área quirúrgica lo más cercano posible a la intervención (el tiempo transcurrido entre el rasurado y la intervención incrementa el peligro de infección postoperatoria, por lo que debe efectuarse lo más cercano posible al momento de la intervención). El pelo es uno de los mayores contaminantes y la principal fuente de estafilococos.

La pauta de rasurado es:

Previamente, se deberá impermeabilizar el área a lavar para evitar que el antiséptico corra de la piel a la mesa quirúrgica y se estanque debajo del enfermo, provocando posteriores quemaduras.

- Cortar el pelo con tijeras, lo más corto posible.
- Humedecer el pelo. Rasurar con maquinilla estéril. Sostener la piel tersa y rasurar en dirección al crecimiento del pelo para evitar micro lesiones.
- Emplear antiséptico sobre la piel ya rasurada (povidona yodada al 10 % o clorhexidina al 5 %) en sentido centrífugo desde el centro hacia la periferia.
- Cubrir con paños estériles y fijados levemente para que sean retirados en el quirófano.
- Si el rasurado se hace en seco, para recoger el pelo se manejará esparadrapo, dando toques suaves, sin esparcirlo.

El área a rasurar depende de la cirugía que se vaya a practicar:

En cirugía abdominal, se rasurará desde la línea mamaria, inclusive el tercio superior de los muslos, inclusive la línea de la mesa, con el enfermo en decúbito supino. Incluyendo el vello púbico.

En cirugía mamaria y torácica, se rasurará el hombro, la región superior del brazo, inclusive el codo, la axila y la pared torácica, inclusive la línea de la mesa, y más allá del esternón, inclusive el hombro opuesto. El enfermo se encuentra en decúbito lateral.

En cirugía toraco-abdominal lateral, el rasurado debe incluir la axila, el tórax y el abdomen, desde el cuello, inclusive la cresta ilíaca. Se extenderá inclusive la línea media, tanto anterior como posteriormente. El enfermo está en posición lateral. En cirugía recto-perineal y vaginal, la preparación abarcará el pubis, la vulva, los labios, el periné, el ano y áreas adyacentes, comprendida la cara interna del tercio

superior de los dos muslos. La posición del enfermo será de litotomía.

En cirugía de cadera, la preparación abarcará el abdomen del lado afectado, el muslo, inclusive la rodilla y las nalgas, inclusive la línea de la mesa, la ingle y el pubis. La posición del enfermo será en litotomía/ginecológica.

En cirugía de rodillas y de la región distal de la pierna, el área a preparar incluirá la circunferencia total del miembro afectado y se extenderá desde el pie inclusive la región superior del muslo.

En las intervenciones de mano y pie, las uñas deben limpiarse exhaustiva y minuciosamente.

5 Discusión-Conclusión

Con estas pautas y Protocolos de actuación llegamos a la conclusión de que en la preparación de los enfermos deben estar escritas, y por supuesto revisadas con un mínimo anualmente por los cambios y modificaciones en avances de investigación que se vienen produciendo y siempre deben estar a la disponibilidad del personal de enfermería en el lugar de trabajo para su guía y consulta.

Las pautas y protocolos determinan responsabilidad y autoridad, serán estas guías las que asienten los procedimientos y deben incluirse en la educación y orientación del personal de la unidad, ayudando al desarrollo del conocimiento, aptitudes y habilidad y que van a influir y mucho en la prevención de las infecciones hospitalarias y en el cuidado del enfermo, positivando la experiencia y calidad de la atención.

6 Bibliografía

1. Menéndez López V., Galán Llopis J.A., Elía López M., Carro Rubias C., Paz Cruz L. de, Royo García G. et al . Sobre la necesidad del rasurado de la región púbica en los enfermos que van a ser sometidos a cirugía urológica endoscópica. Actas Urol Esp [Internet]. 2004 Dic [citado 2022 Jul 08] ; 28(10): 761-765. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062004001000008&lng=es.
2. <http://www.enfermeraspaellonyesterilizacion.cl/recomendaciones/piel.html>
3. Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. Am J Infect Control. 2008; 36:309-32.
4. Ramirez Galleympore P, Viera V. Antisepsia cutánea precedentemente de la cirugía. Medicina Intensiva 2019;43:18-22

Capítulo 36

GINGIVITIS Y PERIODONTITIS: DIFERENCIAS Y TRATAMIENTO. PREVENCIÓN

SUSANA MARTÍNEZ CALDERÓN

1 Introducción

El trabajo que vamos a presentar trata sobre la gingivitis y la periodontitis, empezaremos por dar una definición de cada una de ellas.

La primera de ellas es una enfermedad que afecta a las encías dentales, se da de manera frecuente y sus síntomas principales son que las encías se inflaman y se enrojecen. Como posible causa que la genera sería entre otras una higiene dental y bucal deficiente. Debemos abusar tanto de las visitas al dentista como de cepillarse y usar seda dental a diario. Esta enfermedad también puede degenerar en periodontitis que sería mucho más importante pudiendo causar incluso pérdida de piezas dentales.

Una vez que detectemos los síntomas que la pueden generar lo principal es acudir al dentista lo más rápido posible.

La segunda de las enfermedades dentales-bucales es la periodontitis, esta es ya un tipo de enfermedad más impactante en el paciente que incluso puede generar la pérdida de dientes. Se trata de una enfermedad también, como la anterior, de las encías, pero esta ya afecta a los huesos, ligamentos y tejidos blandos dentales. Sus causas son varias, pero depende muy directamente del sarro que se acumule en los dientes, podemos decir que esta es una de sus causas principales.

Como ya expusimos al principio si no se lleva un control sobre la gingivitis esta puede degenerar en la enfermedad que estamos tratando, y aquí sí que podría darse tanto pérdida de pieza dental como de tejido óseo.

2 Objetivos

Explicar qué es la gingivitis y la periodontitis, tipos que va a haber dependiendo de su causa y de su gravedad o extensión.

Exponer la causas, síntomas y tratamiento así como su prevención.

Estudiar los tratamientos médicos llevados a cabo e incidir en la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) durante todo el proceso.

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

Gingivitis, sus causas y tratamiento.

Causas:

La causa más frecuente de la gingivitis es una higiene bucal deficiente que favorece la formación de placa en los dientes por lo general en zonas de difícil acceso.

Por otro lado, la SEPA ha demostrado que en la gingivitis además influyen otros factores, como el tabaco, la diabetes y los cambios hormonales.

Algunos de los factores que pueden aumentar el riesgo de sufrir gingivitis son:

- Tabaquismo.
- Edad avanzada.
- Diabetes que no esté supervisada médicamente.
- Un mal cuidado de la limpieza bucal.
- Enfermedades virales.
- Falta de vitamina C por una alimentación deficiente.
- Genética.

- Enfermedades inmunodeficientes.

Síntomas:

Debemos tener presente que si nos aparecen algunos de estos síntomas puede ser sintomático de tener gingivitis, entre ellos:

- Unas encías sensibles y enrojecidas.
- Que estén inflamadas por sarro.
- Encías sangrantes.
- Úlceras en la boca.

Tratamiento.

Lo primero que tenemos que conseguir es reducir la inflamación de las encías para ello tenemos que realizar una rutina consistente tanto en cepillar los dientes como en usar la seda dental, hay que ser persistentes en este punto para evitar que vaya a más y para hacer que desaparezca. Todo ello nos lleva a que la placa que deriva en sarro bien desaparezca o bien que tengamos que acudir a un dentista para realizar una limpieza dental que la elimine.

No hace falta insistir en que debemos acudir regularmente al dentista ello hará que la evitemos o bien tratarla si ya la tenemos.

Periodontitis, sus causas y tratamientos.

Esta enfermedad que tratamos es ya una enfermedad que puede venir derivada de una gingivitis que no se ha tratado por un exceso de placa y sarro en las encías. Pasa a ser un tipo de enfermedad que puede provocar pérdida de piezas bucales si no se trata a su debido tiempo y que afecta a los tejidos dentales con su inflamación.

Es una enfermedad que afecta a una parte importante de la población mundial, según la OMS a casi un 10% de la misma

La inflamación que provoca la periodontitis por el sarro acumulado afecta a zonas como el hueso alveolar además de a las encías, pudiendo provocar pérdida de hueso y pérdida de dientes.

Causas:

Las causantes principales serían las bacterias que están alojadas en la boca, y como consecuencia de la deficiente higiene dental hace que estas se propaguen por toda la boca insistiendo en encías y espacios interdentales.

Factores como el estrés, tabaco, diabetes, bajas defensas o cambios hormonales están muy vinculados a la aparición de esta enfermedad.

Síntomas:

Los primeros síntomas de la periodontitis son como los de la gingivitis, con una especial incidencia en el sangrado de encías. Una vez que la infección comienza a avanzar, pueden aparecer otros signos diferentes que no siempre son los mismos en todas las personas.

- Dolor al masticar
- La retracción de las encías hace que los dientes parezcan más largos
- Mal aliento persistente
- Llagas en el interior de la boca
- Dientes móviles o separación entre los dientes
- Hipersensibilidad al frío

Tratamiento

Lo primero de todo es diagnosticar y ver el alcance de la enfermedad, esto lo lleva a cabo un especialista, dentista, odontólogo. Debe diagnosticar y en su caso ya proponer tratamiento y prevención para el paciente a la hora de tratar la enfermedad.

El profesional pasaría a poner tratamiento a la misma bien con una limpieza dental muy intensa haciendo hincapié en el sarro acumulado debajo de las encías y que provocan esa inflamación y sangrado.

En algunos casos se puede recurrir a la cirugía para poner remedio a la enfermedad, es por ello que el profesional debe concienciar al paciente de la buena higiene dental y bucal que tiene que llevar a cabo para prevenir y tratar la inflamación.

Prevención

Lo primero y más importante es ser constantes con una buena higiene dental, deben concienciar a la población de seguir una correcta higiene, unas pautas de cepillado y de hilo dental para eliminar todo vestigio de alimentos así como una prevención visitando periódicamente al profesional que le puede pautar tratamientos así como limpiezas bucales.

5 Discusión-Conclusión

Los problemas que venimos tratando y que afectan a las encías y todos los tejidos circundantes a las mismas son una de las dolencias más comunes entre la población española.

Tenemos que si no ponemos remedio a estas enfermedades puede conllevar la pérdida de piezas dentales y aún más importante, sufrir un riesgo de padecer diabetes o complicaciones de tipo cardiovascular.

Si notamos que las encías sangran se debe acudir a visitar al especialista, es primordial una rápida detección para evitar complicaciones mayores y poner un tratamiento eficaz.

Debemos incidir en campañas para concienciar desde temprana edad en la importancia de acudir regularmente al dentista al menos dos veces al año y en la necesidad de mantener una correcta higiene dental, cepillarse los dientes tras cada comida con una técnica adecuada, usar enjuagues bucales y además el hilo dental.

Insistir en que la salud bucal es el primer paso para conseguir una buena salud general.

6 Bibliografía

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/gingivitis/symptoms-causes/syc-20354453#:text=La%20gingivitis%20es%20una%20forma,en%20serio%20y%20tratarla%20r%C3%A1pidamente>.

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001056.htm>

<https://www.unidadmedica.com/blog/que-es-periodontitis-tratamiento-sintomas-y-prevencion/>

<https://www.parogencyl.es/nuestro-consejo/gingivitis-y-periodontitis.html?gclid=aw.ds>

<https://www.cadosalto.com/post/cu%C3%A1les-son-los-s%C3%A1ntomas-de-la-gingivitis>

<https://cinfasalud.cinfa.com/p/periodontitis/>

<https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-odontol%C3%B3gicos/enfermedades-periodontales/periodontitis>

Capítulo 37

OSCURO MALTRATO INFANTIL

ANDRÉS AMAGO ARIAS

1 Introducción

Es obligación de cualquier ser humano adulto proteger a los más vulnerables, y uno de los colectivos que mayor vulnerabilidad posee es la infancia, independientemente del ámbito profesional, es necesaria esta protección pero más si cabe, en los ámbitos educativo y sanitario.

Y una de las formas que más afecta a la integridad y dignidad de los menores es el maltrato infantil, considerado según la OMS como la serie de abusos y desatenciones que recibe el menor de 18 años y que afecta a su salud, desarrollo o dignidad y que pone en riesgo a la supervivencia del mismo. Es un comportamiento que está fuera de las normas de conducta y que implican el riesgo de causar daños físicos y emocionales al niño.

El maltrato infantil adopta múltiples modalidades, todas ellas igual de importantes y peligrosas, como son:

- maltrato físico: se trata de generar lesiones físicas en el cuerpo del menor.
- abandono físico: se produce cuando no se atiende las necesidades físicas del menor (alimentación , sueño, higiene...)
- maltrato emocional: generar daño emocional a través de conductas como los gritos, la intimidación, el insulto, el desprecio...
- abandono emocional: se produce cuando las conductas afectivas no están presentes, no hay apego, no se demuestran los sentimientos, no hay acercamiento emocional.
- abuso sexual: acción generada en el niño para generar gratificación sexual en el adulto, tocamientos, observar actos sexuales, penetración...

- síndrome de Munchausen por poder: cuando se crean enfermedades falsas en los niños, llevándolo al médico por unas afecciones provocadas por los cuidadores.

Es, por tanto, un problema que puede adoptar diversas dimensiones.

2 Objetivos

- Conocer en qué consiste el maltrato infantil y los tipos de maltrato que existen para prevenir que suceda.
- Estudiar las señales de un posible maltrato para proteger y ayudar al menor.
- Exponer cómo actuar ante una situación de maltrato.

3 Metodología

Para este estudio hemos buscado información en varias webs oficiales que tratan el tema desde un punto de vista riguroso, como es la página web de la Organización Mundial de la Salud, el manual de profesionales médicos y la Wikipedia. Así como los protocolos ante el maltrato infantil realizados por el Observatorio a la Infancia.

4 Resultados

En la realización de este estudio podemos comprobar que el maltrato infantil es un grave problema que afecta a los menores y en el que debemos formarnos para evitar que lo sufran.

Si queremos proteger al menor maltratado debemos fijarnos en una serie de señales que pueden indicarnos que se esté produciendo cualquier tipo de maltrato, como son:

- cambios comportamentales,
- temor ante el acercamiento de un adulto.
- miedos.
- depresión.
- retraimiento.
- regresiones.
- daños físicos como heridas, moratones...
- visitas al médico continuas.

De manera que podamos ayudar al menor y evitar consecuencias tan devastadoras como trastornos en el desarrollo cerebral, problemas conductuales graves,

problemas mentales y físicos que son generados por toda esta serie de maltratos al menor.

Es necesario estar alerta ante cualquier sospecha.

Como profesionales de la sanidad estamos obligados de alertar de cualquier indicio que tengamos acerca de un posible maltrato a un menor. Cuando eso ocurra, nuestra actuación deberá ser la siguiente:

1. Detectar la posible causa de maltrato.
2. Notificar a los agentes necesarios, aquí debemos diferenciar si es una notificación ordinaria, cuando la causa es un maltrato leve o moderado, cuya notificación se realiza a los servicios sociales de atención primaria del municipio donde reside el niño (en los centros sanitarios se realiza a través de los trabajadores sociales de los centros), o si es una notificación urgente, que requiere una atención más especializada, donde las unidades de trabajo social pueden solicitar auxilio policial y/o judicial.

Deben existir protocolos sobre cómo actuar ante estos casos, donde se informe a los profesionales sobre el modo de proceder. También se deberían realizar campañas de prevención para evitar que se den estas situaciones. Y por supuesto, dotar de recursos humanos y materiales para que esta prevención sea una realidad.

5 Discusión-Conclusión

Es un tema de vital importancia la protección a los menores y dentro de ella, uno de los ámbitos que cobra mayor relevancia es la protección ante el maltrato infantil. Por ello todos los profesionales de la sanidad debemos conocer en qué consiste el maltrato infantil, los tipos de maltrato que hay y sobre todo cómo debemos actuar si nos encontramos ante una situación de este tipo.

Con ello podríamos evitar mucho sufrimiento y que se desencadenen situaciones de mucha peligrosidad y con consecuencias tan dañinas que sean muy difíciles de solucionar y no solo hablamos de una necesidad profesional y legal sino también moral.

6 Bibliografía

www.msmanuals.com

www.who.int

www.wikipedia.org

www.observatorioinfancia.mdsociales2030.gob.es

Capítulo 38

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

ANDRÉS AMAGO ARIAS

1 Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria son trastornos psicológicos graves que conllevan alteraciones de la conducta, los sufren aquellas personas que muestran una excesiva preocupación por el peso , por su imagen corporal y por su alimentación y están caracterizados por una conducta alterada en la ingesta de alimentos y por la aparición de comportamientos de control de peso extremos, desencadenando todo ello en aptitudes y modos de actuar peligrosos para su vida. Hay varios tipos de trastornos de conducta alimentaria , siendo los más conocidos los siguientes:

- anorexia nerviosa: trastorno caracterizado en la rigidez sobre qué comer y qué cantidad y por la distorsión entre su imagen corporal y su cuerpo real (se ven gordos aunque estén extremadamente delgados).
- bulimia nerviosa: se caracteriza porque las personas que la sufren comen más que la mayoría de la gente durante un periodo de tiempo concreto sintiéndose emocionalmente mal después de los episodios de ingesta y llevando a realizar conductas como el vómito, ejercicio exagerado... para eliminar las calorías ingeridas
- trastorno por atracón: es un trastorno en el que los que lo sufren comen más deprisa y más cantidad de lo normal, perdiendo la capacidad de control.
- trastorno por evitación/restricción de la ingesta: las personas que lo sufren evitan ingerir alimentos lo que puede conducir a problemas de salud derivados de la desnutrición.

2 Objetivos

- conocer qué son los trastornos de conducta alimentaria y las señales para realizar una prevención.
- informar a personas adolescentes de los riesgos de los trastornos de conducta alimentaria.

3 Metodología

Para realizar el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria (qué son , claves para detectarlos, a qué población afecta más) se ha utilizado sobre todo la búsqueda de información en internet, accediendo a páginas web que tratan de una manera amplia este tema (asociación contra la anorexia y la bulimia, sociedad de médicos...).

4 Resultados

El estudio que abordamos sobre los trastornos de la conducta alimentaria nos refleja que dichos trastornos afectan a ambos sexos, pero es más frecuente en mujeres (prevalencia de los hombres respecto a las mujeres 1:10) y sobre todo en el rango de edad entre 12 y 21 años, considerándose como la tercera enfermedad crónica más común entre niños y jóvenes con una incidencia del 5%, y catalogada como una de las enfermedades mentales con mayor riesgo para los jóvenes (según la OMS)

Es de vital importancia desarrollar una buena prevención primaria, educando a la población en los riesgos de la preocupación extrema por la imagen corporal, y por supuesto una prevención secundaria con los adolescentes que tenemos cerca para intentar solucionar un problema que puede derivar en trastorno.

Una detección precoz siempre va a ayudar a que el problema sea menor.

Existen unas claves para detectar este problema, a las que debemos prestar toda nuestra atención, entre ellas están:

- los hábitos de dieta, observando si realizan dietas restrictivas que anulan alimentos o minimizan su ingesta.
- el ejercicio extremo, sobre todo de deportes que consumen muchas calorías, añadido a muchas horas al día y sobre todo después de comer.
- cambios en el patrón del sueño,
- alteraciones en el patrón menstrual en las mujeres (amenorrea)
- inicio en el consumo de sustancias...

También podemos realizar una serie de acciones que nos ayuden a evitar que el problema aparezca.

- debemos educar en realizar una alimentación saludable, que incluya todos los tipos de alimentos.
- realizar actividad física moderada, sobre todo con ejercicios que enfaticen la socialización.
- trabajar para mejorar la autoestima.
- evitar hacer referencias constantes al peso y a la figura.
- vigilar qué información buscan en internet...

Una vez diagnosticado es necesario contactar con la unidad especializada en trastornos de conducta alimentaria para que el problema pueda solucionarse y no genere trastornos mayores en los que puede incluso peligrar la vida.

5 Discusión-Conclusión

El tema del que nos hemos ocupado es de plena actualidad , cada vez son más los jóvenes y adolescentes que se enfrentan a trastornos de conducta alimentaria. es cierto que la sociedad en la que vivimos nos lleva a dar una importancia extrema a la imagen corporal, los modelos que representan la moda, los cánones de belleza, etc. son personas extremadamente delgadas, lo que hace que enfoquen la delgadez como lo bello.

Esto conlleva que los adolescentes que están formando su identidad, quieran parecerse a esos modelos que admiran y, persigan los cánones de belleza que les están vendiendo como adecuados y necesarios para ser aceptados socialmente.

Por tanto es de vital importancia estar atentos a esas señales que nos hagan sospechar de la obsesión por el peso para ofrecer ayuda y evitar que derive en problemas mentales mayores.

6 Bibliografía

www.acab.org
www.semg.es
www.kidshealth.org
www.elsevier.com
www.clinicacondes.cl

Capítulo 39

LA EMPATIA EN LA SANIDAD

MARIA LUISA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

La empatía en la sanidad es la capacidad que tiene una persona de ponerse en el lugar del paciente y llegar a comprender sus sentimientos.

Esta cualidad es la que deben desarrollar los profesionales de la rama sanitaria ya que se ha demostrado numerosos beneficios clínicos. Es importante comentar, que las personas trabajadoras de la rama sanitaria que son mas felices en su trabajo son menos propensas a padecer Síndrome de Burnout.

La empatía empieza cuando sabemos comprender a la otra persona, sin presuponer nada y con ánimo de ayudarle. Este esfuerzo se genera a nivel emocional, físico y social porque la empatía ha de ser a nivel global.

Poder empatizar en el sistema sanitario quiere decir saber percibir el significado especial y único que cada enfermo tiene de su enfermedad, cómo el personal sanitario le entiende, le siente o incluso le ayuda en el proceso de aceptación de la misma.

La empatía se basa en tener una tendencia abierta a la queja y a la demanda que pueda efectuar el paciente hacia el personal, sin importar quien sea el paciente o cual sea la demanda, e intentar comprenderla desde la posición del paciente y no solo desde mi propio punto de vista

2 Objetivos

Resaltar la importancia de la empatía entre el profesional y el paciente en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Realizando búsquedas acerca de la empatía en entornos sanitarios. He realizado búsquedas en los diferentes motores de búsqueda en internet como puede ser google y en documentación catalogada acerca de estos temas a tratar. Una vez recopilada toda la información, expondré la de mayor relevancia.

4 Resultados

La empatía es un procedimiento que iniciamos nosotros y que es beneficiosa en nuestro día a día. Sería de gran utilidad contar con las herramientas necesarias para poder ser empáticos en todos los aspectos.

Tenemos que ser consecuentes con la realidad, no tener miedo de expresar nuestros sentimientos y comprender los de los demás, poder reconocer nuestros estados emocionales y aprender a manejarlos, ser inteligente para saber que te quieren decir con la mirada, con sus gestos, no se debe ignorar los relatos de la otra persona.

Para potenciar la empatía existen varios factores:

- Manifestar nuestros sentimientos y darnos cuenta que los demás también nos comprenden para poder entender el sentimiento generado cuando comprendes y eres comprendido.
- Saber enumerar nuestras emociones en momentos puntuales.
- Tomar conocimiento de que el hecho que nos están contando siempre es una interpretación de una realidad que nunca es objetiva y que pueden existir tantas versiones como asistentes. Todas las versiones son igual de válidas.
- Tenemos que ser capaces, de entender el mensaje verbal y el no verbal. Nuestro tono de voz, nuestro volumen de voz, nuestra mirada, nuestros gestos, etc., son muchos de los factores que pueden variar un mensaje.
- Hay que pensar, cómo actuaría o qué diría la otra persona y cuáles son sus límites.
- No ser egocéntricos: No podemos pensar que no hay nadie mejor que nosotros. Esto permite ser más tolerantes y comprensivos. Hay que ejercer la escucha de

forma activa.

En el ámbito sanitario es muy importante trabajar la capacidad de empatizar con el paciente y así mejorar su estado.

Cuando ejercemos la empatía en nuestra profesión, quiere decir que podemos notar el significado único y especial que cada paciente tiene acerca de su enfermedad, como aborda el tratamiento, sus expectativas, el conocimiento que tiene acerca de su problema y como quiere afrontarla.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión a la que he llegado es que una persona que es empática, es capaz de entender mejor al paciente y es capaz de comprender sus necesidades mucho mejor. Ejerciendo la empatía se puede potenciar la confianza que el paciente tiene con el sanitario y viceversa, lo cual resulta muy beneficioso para poder expresar todas sus emociones y dudas.

La relación del personal sanitario, como puede ser la de una enfermera con el paciente se basa en una relación de ayuda y confianza. Se establece dicha relación entre una persona, la cual precisa una serie de necesidades específicas de cuidado y una enfermera la cual dado que esta en continua proximidad con el enfermo, lo está viendo en todas sus etapas y es capaz de utilizar la comprensión empática, puede llegar a diferenciar las diferentes necesidades que el paciente pueda llegar a tener.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/empatia-personal-ambito-sanitario/#Metodos>.
2. <https://coachingdesalud.com/2020/05/13/la-empatia-en-salud-se-nace-o-se-hace/>.

Capítulo 40

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA PREVENCIÓN DE RIESGOS BIOLÓGICOS

ANA EMA CAMACHO

1 Introducción

El Riesgo Biológico se define como una posible exposición a microorganismos que pueden dar lugar a enfermedades, producida por la actividad laboral.

Esas enfermedades pueden ser infecciones agudas y crónicas, reacciones alérgicas y tóxicas.

Las infecciones pueden estar producidas por virus, hongos, bacterias o parásitos. El Riesgo Biológico constituye uno de los principales riesgos laborales que afecta en general en mayor o menor riesgo a todas las categorías sanitarias, siendo los Técnicos en cuidados de enfermería (TCAE) uno de los más expuestos dado el contacto estrecho que se tiene con los enfermos.

En 1995 se publicó en España la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y a partir de ese momento se han formado varias legislaciones tanto a nivel nacional como autonómico, todas ellas buscando soluciones para evitar o reducir los riesgos ocasionados por el trabajo realizado.

Aparte también con el fin de mejorar la seguridad en el puesto de trabajo, se han creado materiales que incorporan una serie de dispositivos de seguridad biológica, que consiguen reducir las exposiciones que se producen a través de la piel o las mucosas.

Existe el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, el cual es el encargado de promover la mejora de seguridad a través de medidas para prevenir los riesgos derivados en el trabajo.

2 Objetivos

Concienciar y formar adecuadamente al personal sanitario para que puedan reconocer los posibles riesgos biológicos con el fin de prevenir accidentes.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica consultando guías de ámbito sanitario así como publicación de artículos en base de datos como Pubmed o Scielo y búsqueda en Google con las palabras claves: Riesgos Biológicos, Medidas de prevención en centros sanitarios y Prevención.

4 Resultados

La transmisión por algún riesgo biológico puede ser por:

- Vía respiratoria: Estornudos, tos, inhaladores, aspiración de secreciones...
- Vía digestiva: Comer, beber, fumar en el puesto de trabajo.
- Vía sanguínea: Por piel o mucosas producidas u ocasionadas por pinchazos accidentales, cortes, erosiones, salpicaduras...

Para evitar o disminuir el crecimiento, dispersión y contacto con cualquier agente biológico es fundamental seguir una serie de precauciones a tomar.

Algunas de las medidas de prevención de riesgos biológicos para el personal sanitarios son:

- El que todo el personal sanitario esté vacunado de la Hepatitis A y B.
- También es aconsejable la de la gripe, tétanos, varicela, rubeola y triple vírica.
- Lavado de manos, cambio de ropa si es necesario al estar contaminada, etc.
- Retirar todos los anillos y joyas que puedas llevar puesto.
- Cubrir cualquier herida, corte o lesiones que se tenga.
- Limpieza y desinfección tanto de utensilios de trabajo como de equipos.
- Utilizar equipos de protección personal tales como guantes, mascarillas, gafas, batas...
- No reencapsular las agujas.

- Los objetos punzantes o cortantes se deben eliminar en contenedores rígidos adecuados para ello, nunca desecharlo en otro lugar y menos dejarlos en cualquier sitio.

A parte de las medidas anteriores la limpieza y la desinfección juegan un papel clave para prevenir cualquier riesgo biológico.

Si tuviéramos un accidente biológico producido en el trabajo por ejemplo con sangre lo primero que se debe de hacer es lavar la zona con agua y jabón, si es una herida, desinfectarla y taparla con un apósito.

Nos debemos poner en contacto con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales para aplicar el correspondiente protocolo que incluirá la identificación del paciente con el que has estado en contacto para posteriormente hacerle un estudio serológico, con su consentimiento.

Después se procederá a hacer un estudio al trabajador afectado y examinar su cartilla de vacunación.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, todo el personal que se dedica a la asistencia sanitaria está expuesto a riesgos especialmente altos para su salud dado que son los que prestan asistencia directa a los enfermos.

Es muy necesario concienciar a todo el personal sanitario la importancia de tener una actitud preventiva.

Por ese motivo todos los profesionales sanitarios deben adoptar unas medidas de prevención u protección establecidas en sus respectivos centros de trabajo con el fin de disminuir o evitar cualquier exposición innecesaria que repercuta en su salud e integridad física.

6 Bibliografía

- Saludlaboral.org
- www.Pubmed.com
- ww.google.es
- <https://revistamedica.com/riesgosbiologicos>

Capítulo 41

TIPOS DE DESHECHOS EN EL ENTORNO SANITARIO Y SU CORRECTA DISTRIBUCIÓN

MARIA ELENA NIETO LOBETO

1 Introducción

La Ley obliga a los centros sanitarios a: "los propios centros serán los encargados de realizar el tratamiento de los residuos. Contratar una entidad, empresa o negociante debidamente registrados, para el tratamiento de los residuos". Entregar al servicio contratado, para su posterior tratamiento. La gestión de residuos sanitarios conlleva diferentes procesos; se deben clasificar, manipular correctamente, envasar, etiquetar adecuadamente, transportar y almacenarlos en un lugar adecuado. Para homogeneizar la gestión de residuos existe una clasificación establecida diferenciando entre no peligrosos (generales asimilables a domésticos y sanitarios asimilables a domésticos), peligrosos (biológicos, citotóxicos o citostáticos, químicos y no sanitarios) y radioactivos.

Los residuos sanitarios son aquellos que se forman en el desarrollo de las actividades del ámbito sanitario: hospitales, centros de salud, ambulancias, productos biológicos, investigación, o farmacéuticos. Durante 1990, en el Principado de Asturias, se suprimió la gestión de estos residuos en los hospitales para ubicarlos en las instalaciones de Cogersa, y destruirlos allí.

La incorrecta clasificación de residuos sanitarios sugiere que, para mejorar la gestión hospitalaria de estos, es preciso aumentar el grado de información. Para

ello, es importante formación de los profesionales del ámbito sanitario, protegiendo así la salud pública y evitando los riesgos laborales derivados del manejo incorrecto de estos residuos y la posible transmisión de infecciones a pacientes.

2 Objetivos

Analizar las clases de residuos que existen así como la clasificación de los diferentes grupos dentro de dichas clases y cómo proceder a su correcta distribución.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos en buscadores tales como Google, Google académico, Scielo, OMS, Medline, libros y protocolos hospitalarios, y búsquedas a partir de descriptores como son las palabras clave: clases de residuos, residuos hospitalarios, clasificación de los residuos sanitarios etc.

4 Resultados

Hay cuatro tipos de residuos:

- Sólidos generales.
- Infecciosos.
- Químicos peligrosos.
- Radioactivos.

Según la OMS; los residuos sanitarios, son considerados un reservorio de microorganismos capaces de transmitir enfermedades infecciosas.

La clasificación de residuos se basa en su naturaleza y riesgos asociados. Existen 2 grandes clases: Los inespecíficos, o que no tienen riesgo, en los que se incluyen los grupos I y II. Los específicos o de riesgo, integrados por los grupos III y IV. Dentro de este último, los que tienen riesgo biológico son los grupos II y III, y los contaminantes químicos son el grupo IV. Grupo I: no necesitan tratamiento especial por ejemplo: plástico, cartón, papel. Grupo II: sin tratamiento especial como por ejemplo: material de curas, bolsas de orina, yesos, algodón. Grupo III: se colocan en contenedores especiales como por ejemplo: sangre, aguas, vacunas vivas atenuadas. Grupo IV: son muy peligrosos y se colocan en contenedores especiales como por ejemplo: citotóxicos, radiactivos, medicamentos, pilas.

Los contenedores homologados son los encargados de contener los residuos sanitarios. Estos residuos son separados y clasificados por el personal del centro hospitalario encargado según su clase y su grupo. Dichos contenedores homologados deben tener una serie de características: deben ser opacos, resistentes a la humedad, que no generen emisiones tóxicas por combustión y que sean imperforables. Los residuos sanitarios deberán estar identificados, clasificados y agrupados de la manera adecuada.

La gestión incorrecta de determinados residuos sanitarios, en concreto, aquellos que son peligrosos, puede liberar al medio ambiente sustancias que resultan dañinas para los organismos vivos. Por ello, la normativa básica sobre residuos establece la obligación de gestionar los residuos peligrosos adecuadamente a través de su correcta identificación, separación, almacenamiento y entrega a un gestor autorizado para su posterior tratamiento y/o eliminación.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que conociendo y aplicando la clasificación de residuos, minimizamos la gestión de su procesamiento contribuyendo a una mayor seguridad para la salud y sostenimiento del medio ambiente.

La formación del personal del centro hospitalario en cuanto a los residuos sanitarios es necesaria para fomentar el cuidado del medio ambiente en la medida de lo posible y colaborar para minimizar la contaminación por materia orgánica utilizada en los hospitales.

Los residuos sanitarios en cuanto a materia de gestión vienen regulados por una ley. Cada comunidad autónoma tiene un plan estratégico de residuos que contiene medidas para aplicar en los centros sanitarios y así mejorar su gestión.

6 Bibliografía

Realizado por M.^a Elena Nieto Lobeto para el capítulo de libro en la XXXX Lecciones en Salud Social y Ambiental. de ciencia sanitaria en 2022.

Capítulo 42

LA IMPORTANCIA DE CUIDAR LA PIEL DURANTE EL CÁNCER

BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ

1 Introducción

La gravedad de esta enfermedad hace que los tratamientos que se ponen, tienen efectos secundarios a nivel cutáneo. La radioterapia vuelve la piel más sensible y la quimioterapia provoca una deshidratación de la piel muy profunda, dando lugar a molestos eccemas, picores, descamaciones y enrojecimientos cutáneos. Con estos tratamientos las glándulas sebáceas se resecan más y los pies y las manos se agrietan más y alrededor de las uñas se producen lesiones.

Las medidas para cuidar la piel es beber mucha agua, tomar infusiones, hidratar la piel varias veces al día con cremas hidratantes y jabones que no contengan parabenos y que respeten el pH de la piel y es muy importante hidratar el rostro y el cuerpo varias veces al día con cremas: hidratantes, calmantes, reparadoras y antiinflamatorias a base de glicerina, niacianamida, manteca de karité, centella asiática, caléndula, etc y sobre todo que tengan ingredientes naturales, que sean sobre todo hipoalergénicas, para pieles sensibles y que no contengan retinol o ácido retinoico. las pieles irradiadas se tienen que hidratar mucho más intensivamente y usar una crema con factor de protección solar SPF 50 y protegerse del sol para evitar manchas en la piel, prevenir quemaduras solares, reacciones alérgicas y proteger también las cicatrices en el caso de que las hubiera.

Con el tratamiento de la radioterapia suele aparecer en un 95 % la radiodermatitis, que es un enrojecimiento y descamación de la zona que se ha irradiado, pueden aparecer ampollas, alopecia transitoria y disminución de las glándulas sebáceas. Para evitar la radiodermatitis es importante antes de cada sesión de radioter-

apia limpiar la zona a irradiar con jabon pH neutro y que no lleve parabenos y después de cada sesión hidratar dos veces al día, no usar perfumes, evitar el agua caliente y el sol.

El tratamiento adecuado para la radiodermatitis es aplicar cremas con sustancias emolientes y corticoides, también se dan sesiones de oxigenoterapia hiperbárica que ayuda a reducir la inflamación, ayuda a hiperoxigenar y lo que facilita la recuperación de la piel y también estimula la respuesta inmunológica para el tratamiento contra el cáncer.

También es importante hidratar la piel de los labios con cremas de cacao para evitar que se agrieten.

2 Objetivos

Exponer la importancia de los cuidados de la piel durante el tratamiento del cáncer.

3 Metodología

En la realización de este trabajo se hizo una revisión bibliográfica sobre el tema a tratar, consultando libros, revistas científicas y artículos en la base de datos de dialnet, google academico y scielo sobre el cuidado de la piel durante el cáncer y de los cuales hemos seleccionado los artículos científicos de publicaciones que fueron revisadas.

4 Resultados

Los pacientes oncológicos tienen una guía de cuidado dermatológico para este tipo de pacientes, en la que se les enseña como cuidar la piel, muy importante durante y después del tratamiento, que contribuye a mejorar la autoestima, calidad de vida y salud del paciente oncológico.

El tratamiento puede producir xerosis cutánea o piel seca, que hace que la piel pierda el brillo y la elasticidad, lo que conlleva a que aparezca escozor, picor, ulceraciones, dermatitis irritativa, lindefema.

Hay que hidratar lo máximo posible la capa más superficial de la piel, para evitar perder el brillo ,la elasticidad, evitar perder agua.

Para la limpieza se usan jabones oleosos, usar ropa amplia para evitar las rozaduras y sobre todo secar muy bien el cuerpo y los pliegues y también

hidratarse por dentro, bebiendo bastante líquido.

Usar cremas hidratantes que no lleven parabenos ni sustancias químicas que puedan dañar o irritar la piel y sobre todo usar cremas que lleven factor de protección solar de 50+ tanto en el cuerpo como en el rostro para protegerse de los rayos del sol y evitar exponerse.

También es muy importante limpiar el rostro con una pequeña cantidad de leche o loción limpiadora en la frente, nariz, las mejillas, etc masajeando suavemente con las yemas de los dedos con pequeños movimientos circulares y se debe retirar el exceso con un pañuelo o disco de algodón y a continuación echar un spray de agua termal y que tenga propiedades calmantes, savizantes y antiirritaciones.

También es importante que las mujeres en tratamiento oncológico se maquillen para aumentar su autoestima, ya que ayudara a mitigar los síntomas de fatiga y los efectos del tratamiento y tienen que ser seleccionados con mucho cuidado para pieles sensibles y no haga efectos secundarios en la piel y en el caso de los hombres es también muy importante al igual que las mujeres se limpien la cara , se hidraten el cuerpo y usen cremas con factor de protección y con respecto al afeitado durante y después del tratamiento es importante que usen productos de afeitado adecuados para piel sensible que no contengan perfumes ni alcohol y para calmar la piel irritada tras el afeitado usar agua termal antes de usar la crema hidratante.

5 Discusión-Conclusión

Lo más importante es durante el tratamiento hidratar en bastante profundidad y más de una vez al día la piel de todo el cuerpo y darle todos los cuidados que requiera porque así el paciente oncológico se sentirá con la autoestima más alta y es muy beneficioso para reducir los efectos secundarios que aparecen en la piel a causa del tratamiento.

Así evitaremos que la piel se seque, enrojecimiento , irritación, picor... para aliviar esos efectos y habrá que cuidar la piel durante y después del tratamiento y adoptar sobre todo unos buenos hábitos tanto de higiene e hidratación todos los días.

6 Bibliografía

1. Cuidados de la piel tras el tratamiento oncológico, Ana Hernández Guío, Aránzazu Zarzuelo Castañeda, María Almudena Sánchez Martín. Farmajournal, ISSN-e 2445-1355, Vol. 2, N°. 2, 2017, págs. 127-136.

2. Tratamiento de los problemas de la piel en el cáncer avanzado, Wilson Astudillo Alarcón, Carmen Mendinueta Aguirre. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia / coord. por Wilson Astudillo Alarcón, Carmen Mendinueta Aguirre, Edgar Astudillo-Alarcón, 1997, ISBN 84-313-1529-6, págs. 127-133
3. Úlceras cutáneas en pacientes oncológicos con cuidados paliativos de soporte domiciliario, Ana María López Núñez. Tesis doctoral dirigida por Ángel Asúnsolo del Barco (dir. tes.), Beatriz Solans Aisa (codir. tes.). Universidad de Alcalá (2015).
4. Prevención y control del cáncer de piel en mujeres expuestas a radiación ultravioleta, Patricia Barranco Obis, Alicia Amor Loscertales, María Montserrat Barranco Obís, Raquel Delgado Rubio, Ana Pilar Sánchez López. Enfermería Oncológica, ISSN 1576-5520, Vol. 19, N° 2, 2017, págs. 23-28

Capítulo 43

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

CLAUDIA GONZÁLEZ GARCIA

JAZMIN GARCIA SANDOVAL

1 Introducción

Demencia: es un síndrome orgánico adquirido que, en una persona sin alteraciones en el nivel de conciencia, ocasiona un deterioro de las funciones mentales persistente que interfiere en el ámbito social y/o laboral y que aboca a la incapacidad para el autogobierno de la persona.

Deterioro cognitivo: es un conjunto de trastornos que conllevan una disminución a nivel intelectual en la persona (memoria, pensamiento abstracto, juicio, etc. aunque al mismo tiempo preservan otras funciones superiores) por debajo de un nivel cognitivo superior previo o con respecto a lo que se podría esperar para el grupo de sujetos de la misma edad.

Por tanto, se diferencia entre Demencia y Deterioro cognitivo, siendo este un trastorno de menor gravedad que, aunque suele condicionar la actividad de la vida diaria, no llega a provocar la inadaptación psico - familiar característica de las Demencias.

Podemos decir que toda Demencia lleva necesariamente asociado un Deterioro cognitivo, pero no al revés.

Es necesario hacer énfasis en el diagnóstico temprano de la enfermedad y, así como, en la prevención según los factores de riesgo conocidos o posibles (en

estudio aún muchos de ellos), ya que todo esto es muy importante a la hora de tratar a un enfermo con demencia.

2 Objetivos

El objetivo principal es exponer la importancia de la identificación precoz de los síntomas y signos tanto de la demencia como del deterioro cognitivo, por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, para poder actuar con rapidez y de forma lo más correcta posible, ante la aparición de estas enfermedades.

3 Metodología

La investigación llevada a cabo en el trabajo sobre las demencias, se ha basado en la realización de visitas, en diferentes páginas web, contrastando la veracidad de las mismas, y en una revisión de la bibliografía de todos los artículos, revistas, documentos etc, científicos encontrados. Para ello se han consultado diferentes bases de datos como: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

La enfermedad de Alzheimer es la variedad de demencia más frecuente (en algunos estudios representa aproximadamente el 60% - 70 % del total de los casos), catalogada como enfermedad neurodegenerativa adquirida y progresiva. Se caracteriza por afectación de al menos dos o más funciones cerebrales (memoria, lenguaje, pensamiento y conducta) que afecta principalmente a la corteza cerebral y que produce un deterioro cognitivo múltiple e invalidante: disminución del nivel cognitivo, desorientación de lugar y tiempo, y pérdida de memoria al principio a corto plazo, lo que dificulta la realización de las tareas cotidianas.

Se da en personas con edades alrededor de los 65 años (en los menores de 65 años presenta una tasa de un 10%), denominándose demencia presenil o senil tipo Alzheimer según la edad de la persona que la padezca.

Los síntomas más característicos son:

- Amnesia: disminución de la memoria, en primer lugar, se olvida lo más cercano y luego lo más lejano.
- Agnosia: disminución completa o parcial de la capacidad perceptiva mediante la que se identifican los objetos o la gente.

- Apraxia: disminución de la capacidad de realizar movimientos que eran conocidos independientemente de padecer o no una disfunción (ejemplo ponerse la ropa).

- Afasia: se define como la incapacidad de nombrar las cosas con su nombre (ejemplo no se acuerda del nombre de una prenda de vestir).

La Enfermedad de Alzheimer pasa por cuatro fases:

Fase inicial (aún no se ha diagnosticado la Enfermedad de Alzheimer):

Es frecuente que la Enfermedad de Alzheimer se inicie de forma insidiosa y que la familia venga percibiendo en el paciente algunos comportamientos extraños que, en la mayoría de las ocasiones, son el motivo de la primera consulta médica. Se estima que el periodo medio de diagnóstico de esta enfermedad desde que parecen los primeros síntomas hasta que se logra diagnosticar, es de 2,5 años. Se calcula que el tiempo medio de vida es de 5 a 10 años.

Las conductas más habituales en esta fase, que puede tener una duración entre 2 y 4 años, son:

- Falta de precisión para realizar las actividades básicas del día a día.
- Sentimientos de pérdida.
- Cambios de carácter y de humor sin motivo aparente (labilidad afectiva).
- Pérdida de memoria e intento de disimular las pérdidas con distintas estrategias (confabulación).
- Autoestima disminuida, angustia, temor..., sin causa aparente.

Fase I:

- No se dan cuenta de la pérdida de memoria.
- Dificultad para recordar sucesos significativos, nombres de personas, etc.
- Desorientación temporo-espacial (pérdida de objetos).
- Situación que les lleva a adoptar actitudes de recelo y paranoia.
- Dificultad para nuevos aprendizajes y menor capacidad para adaptarse a nuevos entornos.
- Alteraciones de la comunicación verbal.
- También aparecen dificultades en la escritura que resulta muy empobrecida.
- Alteraciones en la capacidad de juicio y razonamiento: dificultad para el cálculo.
- Alteración psicomotriz: inhibición o agitación.
- Ligera apraxia: dificultad para realizar movimientos coordinados.
- Cambios negativos de la personalidad y el carácter (hostilidad).
- Alteraciones en el estado de ánimo y en la conducta.

Fase II:

- Deterioro importante de la memoria y dificultad de aprendizaje de nuevas tareas.

- Desorientación tempo-espacial grave.
- No reconocen lugares habituales y tienen confusión entre el día y la noche.
- Alteraciones perceptuales: agnosia (pérdida de la facultad de transformar las sensaciones simples en percepciones, por lo que el individuo es incapaz de reconocer personas, lugares u objetos, incluso falta de reconocimiento de la propia imagen en un espejo).
- Pérdida de emotividad: ausencia de asimilación de acontecimientos personales y/o familiares significativos.
- Apraxia severa que les incapacita para realizar las AVD.
- Lenguaje muy empobrecido, con falta de palabras, reiteración de términos y creación de palabras nuevas (neologismos).
- Afectación de la comunicación no verbal, con pérdida de gestos y movimientos. Dificultades importantes para la escritura.
- Alteraciones del comportamiento: agresividad, vagabundeo, intromisión, agitación, etc. Modificación de la sexualidad: inhibición o hiperactividad.
- Aparición de ilusiones y alucinaciones.
- Alteración del patrón del sueño (síndrome de la puesta de sol).
- Aparición de episodios de incontinencia.

Fase III:

- Duración variable.
- Afectación grave del lenguaje o afasia.
- Apraxia completa.
- Pérdida completa de la memoria (salvo la afectiva).
- Presencia de una rigidez mayor.
- Graves trastornos motores con alteraciones del equilibrio y la marcha o inmovilidad total.
- Disminución de reflejos posturales, excepto de los más primarios.
- Desconexión del medio, aunque se da cuenta de las personas que le cuidan y le agrada el contacto físico y las caricias.
- Alteración del patrón del sueño.
- Incontinencia urinaria y fecal completa.
- Incapacidad de reconocerse en un espejo.
- El enfermo necesita ayuda para todas las actividades diarias.

Fase IV:

- El enfermo está encamado y presenta posición fetal.
- El enfermo se encuentra en estado casi vegetal, de tal manera que la muerte puede llegar a tener lugar por complicaciones cardiorrespiratorias e infecciones.

Según lo anterior, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, deberá conocer el plan de cuidados en el que se desarrollan las actividades diarias, para tratar al enfermo con demencia de la mejor forma y proporcionar el apoyo necesario a las personas cuidadoras y familiares. Dicho plan será el siguiente:

Pautas en el enfermo con demencia:

- La familia estará involucrada en los cuidados del enfermo.
- Se establecerá una rutina en las actividades diarias, así como un ambiente acogedor.
- Continua observación del enfermo, para detectar algún signo o síntoma de depresión.
- Etiquetar las cosas y estancias de la casa para favorecer que el enfermo recuerde el nombre.
- Al enfermo se le proporcionará un calendario para que pueda ir marcando el día de la semana en el que está, y así ayudarlo con las fechas.
- Se realizará un inventario con las actividades diarias del enfermo para facilitar la realización de las mismas.
- Se retirará todo aquello que suponga un riesgo para el enfermo.
- Se le colocará una pulsera para facilitar su identificación.
- Se le hablará de forma sencilla y clara.
- Se le darán órdenes simples.
- Se marcarán periodos tiempo para el reposo, evitando el cansancio y el estrés.

Pautas en las terapias de orientación en la demencia:

- Se le proporcionará una orientación personalizada sobre las personas, sitios y tiempo.
- Se evitará realizar cuestiones de orientación que no puedan ser contestadas por el enfermo, ya que esto le supondría una frustración.
- Se le ayudará a reconocer las diferentes partes de la casa con símbolos, carteles y/o dibujos.
- Siempre se le llamará por su nombre, para centrar su atención.
- Se le permitirá el uso de sus pertenencias personales, así como de su ropa.

Pautas para una buena estimulación cognoscitiva:

- Las actividades en las que participe, serán acordes a sus necesidades e intereses.
- Las fotos de familia, serán etiquetadas para ayudarlo a identificarlos.
- Se le mantendrá informado de sucesos actuales que le puedan resultar de interés.
- Se le ayudará en la orientación tiempo - espacial
- En los programas de estimulación, se hará uso de televisores, radios, música...
- Se le proporcionarán listas y notas para ayudarlo con la memoria.
- Se repetirá la información las veces necesarias para reforzar su comprensión.

- Se fomentará su participación en talleres psicocognitivos.
- Pautas en a la familia de pacientes con demencia (apoyo a la familia):
- El plan de cuidados a llevar a cabo con el enfermo, será bajo asesoramiento del personal competente.
 - Evaluar la carga psicológica de la familia del enfermo con demencia, para valorar su repercusión.
 - Dar a conocer a la familia, todos los recursos sociosanitarios para los enfermos con demencia.
 - Se informará a la familia, de todos aquellos cambios y/o evoluciones del paciente.
 - Se respetará en todo momento las decisiones de la familia.
 - La familia tendrá en todo momento el apoyo y comprensión necesarios.
 - Formar al cuidador en las responsabilidades que va a tener que asumir.
 - Animar a la familia a que siga con sus rutinas diarias de con los amigos y diversión.
- Pautas para la persona cuidadora del enfermo con demencia (apoyo al cuidador):
- Determinar el nivel de conocimientos de la persona cuidadora.
 - Formar en las técnicas adecuadas para el cuidado del enfermo con demencia.
 - Ayuda psicológica/ sanitaria al cuidador de forma telefónica.
 - Formar en técnicas de manejo del estrés y fomentar las visitas a grupos de apoyo.
 - Evitar en lo posible el «síndrome de la persona cuidadora»

5 Discusión-Conclusión

La Enfermedad de Alzheimer no aparece de golpe, sino que aparece de manera insidiosa para ir progresando lentamente durante años.

Es importante recordar que la enfermedad en cada paciente tiene un comportamiento distinto y es difícil diferenciar el paso de una a otra fase y que, al mismo tiempo, la enfermedad no evoluciona por igual en todas las áreas afectadas, siendo posible tener una alteración grave del lenguaje y una incipiente de la orientación.

Cabe destacar la función del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, ya que es primordial a la hora de tratar a estas personas, familias y/o cuidadores.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es la demencia? (cdc.gov) <https://www.cdc.gov/aging/spanish/features/dementia.html#:~:text=La%20demencia%20no%20es%20una,tipo%20m%C3%A1s%20com%C3%BAAn%20de%20demencia.>

2. ¿Qué es la demencia? (alzheimers.gov.)
3. ¿Qué es el Alzheimer? | Español | Alzheimer's Association.
4. Mal de Alzheimer: MedlinePlus enciclopedia médica.
5. Enfermedad de Alzheimer: Síntomas, diagnóstico y tratamiento. CUN.

Capítulo 44

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO EN TIEMPOS DE COVID

ZAIDA LOPEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Cuando hablamos de síndrome de burnout nos referimos a “un incremento gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que se trabaja y que conlleva a un aislamiento o deshumanización”.

El burnout se compone de tres aspectos básicos a analizar, que son: el cansancio emocional, la despersonalización y la ausencia de desarrollo individual. Con respecto al primero de estos aspectos, el cansancio emocional, podemos definirlo como una sensación de pérdida de vitalidad, afectando a las dimensiones tanto psicológicas como físicas. En segundo lugar, la despersonalización se relaciona con una percepción negativista de las personas que rodean al individuo. En tercer lugar, la falta de desarrollo individual se traduce en sentimientos negativos hacia uno mismo. Podemos encontrar, aquí, la aparición de niveles elevados de estrés, ansiedad o, incluso, sentimientos de tristeza cronificados o depresión. Todos estos aspectos derivan en irritabilidad, baja productividad en el ámbito laboral, motivación reducida, bajas laborales de temporalidad larga y problemas en el clima de trabajo.

Las causas del síndrome del burnout parecen situarse en el ritmo acelerado de vida de muchas personas, normalizando situaciones de estrés que acaban pasando factura a nivel de salud mental y, especialmente, en el ámbito laboral.

La carga de trabajo afecta, de forma ineludible, al trabajador. Especialmente afectado se encuentra el profesional sanitario, que ha sido foco de numerables estudios sobre este síndrome a causa de la responsabilidad y estrés que conllevan sus funciones.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es analizar el síndrome de burnout en el profesional sanitario del sistema nacional de salud.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en motores de búsqueda amplios tales como Google Scholar o Pubmed, restringiendo las fechas a los últimos 20 años para obtener literatura actualizada congruente con el objeto de estudio. Los artículos hallados se han cribado en base a distintos criterios de inclusión y exclusión, seleccionando y analizando solo los que se correspondían con los tópicos de búsqueda.

4 Resultados

Tras analizar diversa literatura científica se encuentra que existen diversos aspectos del entorno sanitario que inciden en el desarrollo del síndrome de burnout; entre otros: el paciente que no es de trato fácil, la cantidad limitada de tiempo en la atención al paciente, malas relaciones con los compañeros de trabajo, turnicidad y nocturnidad, etc. De manera añadida, en los últimos años se ha incluido un estresor más que afecta a la calidad de vida laboral del sanitario: la pandemia por Covid-19.

En esta situación, la pandemia por Covid-19 cumple con todos los requisitos para ser un claro estresor y origen del Síndrome de Burnout, especialmente en aquellos sanitarios que luchan, en primera línea, contra este virus. La pandemia ha conllevado no solo un incremento del estrés, sino también de la carga de trabajo a causa de la falta de medios y herramientas, de protocolos, demanda excesiva por parte de la población que superaba, con creces, los recursos humanos disponibles. También añadimos la preocupación, por parte del sanitario, de propagar la infección a familiares y amigos. Todos estos aspectos, incluyendo los turnos laborables

largos y sin descansos, han derivado en un gran impacto emocional y psicológico en el profesional.

Dada la cardinal importancia de la salud mental en el profesional sanitario, las principales organizaciones de la salud han propuesto diversas estrategias que fomentan el autocuidado:

- Respiraciones conscientes y mindfulness, con el fin de volver al momento presente y relajarnos a nivel físico. Realizar esta práctica al salir de casa, antes de entrar al centro sanitario y antes de atender al paciente, da lugar a grandes beneficios.
- Implementar hábitos saludables en el día a día: el incremento del estrés suele conllevar una reducción de los hábitos saludables. Por ello, comer saludable, el ejercicio físico y el descanso son fundamentales para paliar sus efectos.
- El disfrute de actividades placenteras, al menos una vez por semana (la lectura, paseos, actividades con la familia) ha demostrado ser una fuente aliviadora de estrés.

Para acabar, se ha demostrado que conocer la organización donde se trabaja, su filosofía, sus modos de actuar, ayuda a incrementar la confianza en uno mismo, en la institución y mejora las relaciones laborales.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Burnout afecta, de manera inequívoca, a todos los sectores laborales, pero aún más al personal sanitario, y más aún en tiempos de Covid-19. Por este motivo, la implementación de estrategias de salud mental y física pueden ayudar a paliar sus efectos. Es el caso de las habilidades sociales, técnicas de afrontamiento, técnicas de respiración y relajación o Mindfulness. La prevención e intervención sobre el Burnout en el personal sanitario es esencial, no solo porque así mejora la productividad y satisfacción del sanitario, sino porque, además, esto revierte de forma claramente positiva sobre el paciente gracias a la efectividad de la respuesta general por parte del SNS en tiempos difíciles.

6 Bibliografía

1. Lozano-Vargas, A. (2021). El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(1), 1-2.
2. García, A. J. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Revista de la Univer-*

sidad Industrial de Santander. Salud, 52(4), 432-439.

3. Vinueza-Veloz, A. F., Aldaz-Pachacama, N. R., Mera-Segovia, C. M., Pino-Vaca, D. P., Tapia-Veloz, E. C., & Vinueza-Veloz, M. F. (2020). Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de Covid-19.

Capítulo 45

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO DE DÍA

ANDREA FERNÁNDEZ YÁÑEZ

1 Introducción

Los centros de día son instalaciones especializadas en tercera edad, donde un grupo de profesionales se dedica a atender las necesidades específicas de las personas mayores solo durante unas determinadas horas del día.

En estos centros trataremos de estimular siempre a los usuarios, especialmente cuando están apáticos, adormecidos... Trataremos así de hacerlos partícipes de la actividad a realizar en la medida de sus posibilidades.

Deberemos de tener un trato con el usuario respetuoso. No llegando a un trato familiar pero tampoco distante.

Evitaremos hacer comentarios despectivos a los usuarios aunque estos sean en tono jocoso, ya que ellos pueden que no se lo tomen así y les puedan afectar anímicamente.

Los usuarios que tengan que usar silla de ruedas una vez que lleguen al centro (ya sea en el transporte del centro como si llegan acompañados) se les sentará en una silla o sillón para evitar el riesgo de la aparición de las úlceras por presión. Debemos de avisar a los usuarios en todo momento de las actividades que vayamos a hacer, explicándolas de manera que las entiendan y así colaboren en la manera que les sea posible. Avisarles también siempre de cuando les vayamos a mover por ejemplo.

Es muy importante también fomentar la independencia de los usuarios, fomentándolos y estimulándolos a que hagan por sí mismos todo lo que puedan hacer.

Debemos ofrecerles a su vez a los usuarios una atención individualizada para que las actividades realizadas puedan llegar a ser significativas y positivas para ellos. En el centro siempre ha de haber una libreta de actas donde se apunte todo lo sucedido, todos los trabajadores han de revisar esa libreta todos los días.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del técnico auxiliar de enfermería en un centro de día.

3 Metodología

Para realizar este trabajo he llevado a cabo una revisión bibliográfica de determinadas publicaciones científicas.

Las bases de datos empleados han sido sacados de portales tales como medline, google académico o en la web del gobierno de España, entre otros.

Las palabras claves que he usado han sido: TCAE, centro de día, bienestar del mayor.

4 Resultados

Los técnicos auxiliares de enfermería son los profesionales que más tiempo pasan con los usuarios junto con la psicóloga y el terapeuta ocupacional, así que debemos de ser los atentos y cuidadosos posibles con los usuarios porque pasar parte de su día con nosotros.

Entre las funciones del técnico auxiliar de enfermería están:

- Proporcionaremos los cuidados asistenciales básicos a los usuarios.
- Ejecutaremos las terapias pautadas por equipo de técnicos.
- Junto al equipo de técnicos realizarles un seguimiento a las personas usuarias en el área de anatomía inicial y bimestral.
- Participaremos en el diseño de los planes individualizados de intervención y lo desarrollaremos.
- Haremos un seguimiento continuado del usuario.
- Colaboraremos en el asesoramiento familiar y en los grupos psicoeducativos que se realizaran para estos familiares por parte de los técnicos.
- Mantendremos un contacto periódico con las familias para el intercambio de información sobre la evolución del usuario, ya sea en su hogar como el centro.

- Cada técnico auxiliar de enfermería tendrá asignado un número determinado de usuarios de los cuales será el auxiliar tutor o auxiliar de referencia.
- Realizaremos todas las tareas en referencia al las ayudas que los usuarios necesitan, por ejemplo en ir al servicio o lavarse los dientes después de la comida.
- Ayudaremos a los usuarios en el servicio de comedor, proporcionándoles todo lo que necesiten así como la colocación de baberos para que no se manchen o si necesitan ayuda para comer, proporcionársela.
- Colaboraremos en todas las actividades propuestas por equipo de técnicos, entre esas actividades realizaremos talleres por ejemplo de costura, jardinería, cocina, hábitos de vida saludables. En actividades de la vida diaria como sería por ejemplo el uso del teléfono, la planificación de la compra, el manejo de las monedas y los billetes, como actuar ante una emergencia o estimularlos y entrenarlos para la independencia en el control de los fármacos que han de tomar o el control de la glucosa, entre otros.
- También realizar actividades de ludoterapia, cineforum, musicoterapia, grupos de conversación, relajación y gerontogimnasia.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar el presente trabajo diremos que gracias al trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ayudaremos a los usuarios en cosas tan importantes como sería por ejemplo la reducción del nivel de desorientación, favoreceremos la relación que puedan tener con los demás usuarios así como el resto de los trabajadores y familias...

Y para concluir, bajo mi punto de vista, la utilización de los centros de día es vital para las personas de cierta edad, ya que ,aparte de todos los beneficios que les puede aportar tanto física como mentalmente, ya descritos en los anteriores apartados, no se sentirán tan solos en su día a día o también es una forma de conciliación familiar, ya que muchos familiares quieren ocuparse de sus mayores, pero no lo pueden hacer las 24 horas al día.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Centro_de_d%C3%ADA.
2. <https://teleasistencia.es/es/blog/asesoramiento-para-la-tercera-edad/que-es-un-centro-de-dia-para-personas-mayores>.
3. <https://www.sanidad.gob.es/buscador/iniciar.do>.

Capítulo 46

INFARTOS AGUDOS DE MIOCARDIO EN LA ACTUALIDAD EN JÓVENES MENORES DE 30 AÑOS

MIREYA TEJÓN VELASCO

1 Introducción

La mayoría de los infartos venían produciéndose en personas mayores de 45 años, aunque en la actualidad se está dando un aumento de infartos en jóvenes menores de 30 años. La principal causa de estos infartos agudos de miocardio en jóvenes es ocasionada por la rotura o erosión de la placa de ateroma causada por el almacenamiento de colesterol desde corta edad, produciendo coágulos en las arterias del corazón, ya que no dejan circular la sangre y dan lugar al infarto. Los hombres son más propensos a sufrir un infarto respecto a las mujeres.

También influyen otros factores aparte de la edad, está el estilo de vida que llevamos, mala alimentación, enfermedades autoinmunes, consumo de drogas o tabaco, obesidad, diabetes, etcétera.

Por norma general, los infartos agudos de miocardio nos suelen avisar con tiempo antes de producirse, con síntomas silenciosos que no nos hacen sospechar, ya que los asociamos a un simple malestar de cualquier órgano. Es evidente, de que deberíamos acudir con urgencia al hospital para ser valorados por un facultativo y poder evitar males peores.

Una vez detectados y realizado un tratamiento, podremos llevar una vida totalmente normal, siempre corrigiendo nuestro estilo de alimentación y corrigiendo los malos hábitos.

2 Objetivos

- Conocer las características del infarto en pacientes jóvenes, menores de 30 años.
- Contribuir a generar un mejor conocimiento de la frecuencia de los paros cardíacos repentinos entre los jóvenes, menores de 30 años.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha hecho una exploración sólida en diversos libros científicos, revistas salud y científica, clínicas sanitarias, entre otras y también se han consultado algún artículo en la base de datos: Medline, para complementar el estudio teórico.

4 Resultados

El infarto agudo de miocardio, se da porque una porción del músculo cardíaco se queda sin riego debido al tapón ocasionado en una arteria coronaria que lo alimenta. Esta falta de riego, si no es tratado con rapidez, producirá la muerte del tejido muscular afectado.

El infarto agudo de miocardio, se da en personas que sufren enfermedades coronarias, debido a la acumulación de grasas en los vasos sanguíneos, esto hace que se estrechen los vasos sanguíneos debido a la acumulación de placas de colesterol, por lo tanto la sangre al no poder pasar forma coágulos bloqueando el paso de la sangre al corazón y dando lugar al infarto.

Los infartos agudos de miocardio, suelen dar a personas que cumplen una serie de requisitos:

- Edad. (actualmente afectan a muchas personas jóvenes de menos de 30 años)
- Fumar tabaco o cualquier otra sustancia.
- Colesterol “malo” alto.
- Obesidad o Diabetes
- Antecedentes familiares que hayan tenido infartos.
- Sedentarismo.
- Dieta no saludable.
- Ansiedad.
- Padecer enfermedades autoinmunes (lupus, artrosis, artritis).

En la actualidad, está más presente los infartos de miocardio en personas jóvenes de menos de 30 años, debido al tipo de vida que llevamos. Para poder detectar

si sufrimos un infarto de miocardio, deberíamos tener en cuenta los siguientes síntomas:

- Dolor intenso y punzante en el pecho.
- Malestar general.
- Mareos.
- Sudoración en frío.
- Náuseas.
- Dolor o molestias que van desde el hombro, al brazo, a la espalda, al cuello, a la mandíbula, a los dientes o, en ocasiones, a la parte superior del abdomen.

Estos síntomas de infarto, muchas veces son silenciosos y nos suelen avisar con 3 semanas e incluso un mes de antelación, lo recomendable es si tenemos alguno de estos síntomas acudir urgentemente al hospital no dejarlo pasar, ya que nos puede salvar la vida.

Una vez en el hospital, nos realizarán una serie de pruebas para diagnosticar el infarto agudo de miocardio. Una de las pruebas consiste en realizar un electrocardiograma, en el cual observaran si hay alteraciones evolutivas típicas del infarto agudo de miocardio. También, nos realizarán una analítica para observar la elevación de los niveles de sangre. Y por último, nos realizarán una radiografía de tórax para detectar si hay líquido en los pulmones o si el corazón se agrandó.

El infarto agudo de miocardio se puede tratar en ocasiones una vez producido los síntomas y antes de ser diagnosticado, se trata con oxígeno, aspirina (para que no se formen coágulos), nitroglicerina.

Los tipos de medicinas que se suelen usar para el tratamiento son: trombolíticos, betabloqueantes, anticoagulantes, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, antiagregantes plaquetarios.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, venimos observando como cada vez personas jóvenes de 30 años vienen sufriendo infartos agudos de miocardio, debido al estilo de vida que llevamos en muchas ocasiones; del trabajo, la casa, preocupaciones personales o laborales, malos hábitos, falta de tiempo o dejadez nos volvemos más sedentarios y esto junto con el estrés pueden desencadenar en infartos agudos de miocardio. A veces estos infartos agudos de miocardio nos avisan, con pequeños síntomas que los dejamos pasar de lado y no deberíamos hacerlo, como puede ser un simple mareo, dolor punzante en el pecho, cansancio, sudoración fría, etc. Ante esta situación, deberíamos acudir urgentemente al hospital a que nos hagan

un chequeo y nos den el tratamiento adecuado para prevenir ese infarto agudo de miocardio y poder llevar una vida normal transcurrida el periodo de reposo.

Por último, para poder prevenir el infarto agudo de miocardio; es recomendable llevar una vida sana, controlar periódicamente si sufrimos de una enfermedad autoinmune y realizar el tratamiento correctamente que nos hayan puesto.

6 Bibliografía

1. <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-infarto-agudo-miocardio/introduccion>.
2. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-infarto-agudo-miocardio-menor-30-S1138359318303307>.
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-infarto-agudo-miocardio-por-embolismo-S1138359314003517>.
4. https://www.sabervivirtv.com/cardiologia/causa-infartos-personas-jovenes_6391.
5. https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/17004.htm.
6. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000195.htm>.
7. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/infarto-miocardio#:text=El%20infarto%20agudo%20de%20miocardio,arterias%20coronarias%20que%20lo%20alimentan>.

Capítulo 47

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA JUNTO AL PACIENTE CON DEMENCIA SENIL

MONTSERRAT RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ANA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La demencia senil es un síndrome que se caracteriza por el deterioro de las capacidades psíquicas de la persona afectada, especialmente las capacidades cognitivas. La demencia senil se refiere no a una enfermedad en específico, puesto que se puede deber a múltiples causas, sino a un conjunto de síntomas de tipo cognitivo y conductual, entre otras:

- Confusión mental.
- Pérdida de memoria.
- Deterioro intelectual.
- Desorientación.
- Disturbios en lenguaje.
- Anormalidades visuoespaciales.

Asimismo, se muestra una declinación a nivel funcional (interrupción en las actividades diarias de la persona) y se le considera independiente de alteraciones generadas por alguna condición médica como, por ejemplo, infección urinaria, neumonía, deshidratación, tumor cerebral, hipoglucemia, así como por el consumo de medicamentos y drogas. Se realiza esta diferenciación, puesto que, en tales casos, los síntomas, que podrían coincidir, reciben el nombre de delirio, afección que se caracteriza por ser aguda y reversible, a diferencia del Alzheimer. Por lo tanto, aunque la demencia es un problema grave a cualquier edad, se agrava

en el caso del adulto mayor, por el debilitamiento de su salud general, así como de sus habilidades intelectuales.

Actualmente, el número de personas mayores va en aumento por lo que sucede lo mismo con los casos de demencia senil.

2 Objetivos

Conocer e indicar las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería respecto al paciente con demencia senil en los centros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Auxiliar de enfermería, es aquella persona que cuida y atiende, a un paciente con demencia senil en su vida diaria, y asumir este rol de cuidador es complejo y duro. Por lo que conviene tener en cuenta ciertos conceptos y actitudes sobre cómo afrontar situaciones y sobre cómo funcionar en el día a día.

Debe tener tareas específicas a realizar, para que, de ese modo, exista una organización y que se sepa quién y en qué momento se cuidará de la persona. Esta organización de las tareas también puede incluir al paciente, siempre y cuando este. esté en la capacidad de realizarlas.

Para ello, se necesita que las actividades se descompongan en una serie de pasos, lo que ayudará a que las tareas en el centro hospitalario o residencia, sean más sencillas y amenas para la persona en cuestión.

Si el paciente puede realizar una actividad parcialmente, también es de gran importancia que haya alguien que realice los pasos que él no pueda para que, de esa manera, sienta que es de ayuda para las actividades que se realizan.

Además, los horarios estructurados con los hábitos diarios del paciente y la constante explicación de los mismos permiten que la persona no se desoriente y

pueda llegar a adquirir la sensación de seguridad. En cuanto al ambiente, el espacio debe estar libre de objetos que puedan dañar a la persona que padece de demencia senil.

Estudios han demostrado que los cuidadores de pacientes con demencia senil suelen ser más propensos a la depresión que otras personas. Además, dicha tendencia se ve afectada por factores como la edad y el sexo.

Asimismo, los médicos señalan que el grado de estrés en los cuidadores de ancianos con demencia senil, es bastante mayor en comparación de los que se encargan de ancianos con otro tipo de enfermedades, debido a que los primeros requieren una mayor cantidad de cuidados.

Cabe mencionar que el bienestar psicológico del cuidador posee una relación directa con el estado del paciente, ya que se ha observado que, al ser atendidos por cuidadores muy estresados, aquellos tienden a presentar un nivel más alto de problemas conductuales y episodios de agitación. Además del estrés, parte de los problemas a tratar son la sobrecarga emocional, y la dificultad para relacionarse/comunicarse con el paciente.

Se debe tomar en cuenta que dichas complicaciones varían según el caso del cuidador. Por ejemplo, cuando se trata de un cónyuge de la tercera edad, suele surgir mayor frustración y depresión a causa de la posible pérdida del compañero de vida.

El Auxiliar de enfermería, o cuidador, cuenta con tres niveles de actuación, frente al paciente con demencia senil:

- Fisiológico Buscando proporcionar al cuidador técnico, que pueda manejar en situaciones de estrés.
- Cognitivo Ajustándose al caso particular de cada persona, aunque ciertas estrategias se pueden aplicar a la mayoría de casos, como la reestructuración de pensamientos negativos y trabajar descargas emocionales.
- Conductual Se brindan estrategias para mejorar la comunicación con el paciente, además de brindar información y entrenamiento para su labor. Debe evaluarse en qué medida los pacientes funcionan en distintas circunstancias (es decir, la cocina o el automóvil) utilizando simulaciones. Cuando los pacientes tienen déficits y se mantienen en el mismo entorno, pueden ser necesarias medidas protectoras (p. ej., ocultar cuchillos, desenchufar la estufa, retirar el automóvil, confiscar las llaves del auto). Algunos estados exigen a los médicos notificar al Departamento de Vehículos a Motor acerca de los pacientes con demencia porque en algún momento estos pacientes ya no podrán conducir en forma segura.

Cuando los pacientes deambulan, pueden instalarse sistemas de monitorización de señales o pueden registrarse los pacientes en el programa Retorno Seguro.

Existe información en la Alzheimer's Association.

Finalmente, puede estar indicada la asistencia (p. ej., personal doméstico, auxiliares de salud doméstico) o un cambio en el entorno (instituciones sin escaleras, centro de vida asistida, centro de enfermería especializada).

Los miembros inmediatos de la familia son en gran parte responsables de los cuidados de un paciente con demencia (véase Cuidado del anciano por parte de su familia). Las enfermeras y los trabajadores sociales pueden enseñarles, así como otros cuidadores, cómo cubrir mejor las necesidades del paciente (p. ej., cómo manejar los cuidados diarios y las cuestiones económicas); la enseñanza debe ser continua.

En la demencia avanzada, las medidas paliativas pueden ser más apropiadas que las intervenciones sumamente agresivas o los cuidados hospitalarios. Considerar causas reversibles de deterioro cognitivo, como trastornos estructurales del cerebro (p. ej., la hidrocefalia a presión normal, el hematoma subdural), trastornos metabólicos, Y recomendar o ayudar a organizar medidas para maximizar la seguridad del paciente, para proporcionar un ambiente familiar, y cómodo para el paciente, y para prestar apoyo a los cuidadores, tan necesarios en estas situaciones críticas.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos con que la demencia, a diferencia de la pérdida de memoria asociada con la edad y el deterioro cognitivo leve, provoca deterioros cognitivos que interfieren con el funcionamiento diario. Tener en cuenta que los miembros de la familia pueden reportar la aparición súbita de síntomas solo porque de repente reconocen los síntomas que se han desarrollado gradualmente.

Considerar causas reversibles de deterioro cognitivo, como trastornos estructurales del cerebro (p. ej., la hidrocefalia a presión normal, el hematoma subdural), trastornos metabólicos (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de vitaminas B12), drogas, depresión y las toxinas (p. ej., plomo).

Hacer la prueba del estado mental junto a la cama del paciente y, si es necesario, las pruebas neuropsicológicas formales para confirmar que la función cognitiva está deteriorada en ≥ 2 dominios.

Considerar la terapia farmacológica coadyuvante, y recomendar hacer arreglos para el final de la vida.

6 Bibliografía

1. Hamilton, I. (2002). Psicología del envejecimiento. Madrid: Morata.
2. Mace, Nancy L.; Rabins, Peter V. (1997). Demencia senil: cómo enfrentarla.

Capítulo 48

TRASTORNO MUSCULOESQUELÉTICO EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANDREA MAYORDOMO LIZANO

1 Introducción

Un trastorno musculoesquelético relacionado con la profesión, es una lesión muscular, de tendones, ligamentos, nervios, articulaciones, cartílagos, huesos o vasos sanguíneos de las extremidades, cabeza, cuello o espalda provocados por el desarrollo de las tareas del trabajador.

Los profesionales de la salud que actúan en el área de enfermería, están dispuestos a diferentes cargas que les predisponen a sufrir trastornos musculares o esqueléticos. Principalmente de espalda, cuello, hombros y extremidades superiores.

Afecta por igual a todos los grupos de edad y niveles socioeconómicos.

Es un problema de salud laboral que provoca elevados costes económicos.

La ergonomía, las exigencias físicas, factores psicosociales, y la forma de organizar las tareas son factores predisponentes.

Las altas exigencias mecánicas y físicas y las posiciones prolongadas y movimientos repetitivos fatigan los músculos.

Los síntomas principales son el dolor asociado a la inflamación, pérdida de fuerza, y limitación funcional de la zona afectada, pudiendo dificultar o impedir realizar algún movimiento.

Los trastornos musculoesqueléticos son el problema de salud relacionado con el trabajo, más común en Europa.

Estos tienen importantes consecuencias sobre los trabajadores sanitarios, se merma la calidad de vida por el dolor que provocan, además de suponer una pérdida de ingresos económicos por tener que acogerse a una baja laboral, en ocasiones de forma repetitiva.

2 Objetivos

Determinar la predisposición de los trabajadores sanitarios, especialmente los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, a padecer trastornos musculoesqueléticos a causa del desarrollo de sus tareas.

3 Metodología

Para realizar esta publicación, se ha realizado una investigación basada en la revisión de diferentes artículos en inglés y en castellano, publicados en bases de datos como Pubmed, Medline, Google Scholar.

Las palabras utilizadas para la búsqueda han sido: Low back pain, healthcare workers, back pain, trastorno musculoesquelético, enfermería, personal sanitario.

4 Resultados

Los auxiliares de enfermería son susceptibles de padecer dolor musculoesquelético por estar sometidos a fatiga que ejerce un papel muy importante en la etiología de las sobrecargas psicológicas.

Las malas condiciones de trabajo también aumentan los riesgos de padecer este tipo de patología por los profesionales sanitarios.

Los técnicos realizan las tareas en ocasiones individuales y otras con un compañero, pero en ambos casos suelen ser movimientos repetitivos, y cogiendo pesos.

Los turnos de trabajo, las jornadas extras, también pueden predisponer a los trabajadores sanitarios a padecer este trastorno musculoesquelético.

Los principales factores que provocan lesiones en el sistema musculoesquelético son:

Físicos: movimientos repetitivos, sobrecargas mecánicas, posturas forzadas o estáticas, problemas de organización de las tareas o falta de control, trabajo muy exigente.

En España el 84 % de los trabajadores sanitarios, expone estar expuesto siempre o casi siempre, a algún aspecto relacionado con las demandas físicas de su puesto de trabajo.

El 77,5 % refiere molestias relacionadas con posturas y esfuerzos derivados del trabajo que realizan.

Los trastornos más frecuentes son:

- Dolor de espalda 50,3 %.
- Dolor de nuca y cuello 32 %.
- Dolor de hombros, brazos y muñecas 26,6 %.

El porcentaje en los factores predisponentes son:

- Posturas forzadas 35,8 %.

Manipulación de cargas 23 %.

Trabajo con movimientos repetitivos 59%.

Para reducir el impacto del trastorno musculoesquelético en los técnicos auxiliares de enfermería podrían tomarse medidas tales como:

Mejoras en el área de la práctica clínica, para aprender a adoptar posturas de trabajo más correctas, principalmente en la labor asistencial.

La utilización de camas cuya estructura permita la adaptación del plano de trabajo del auxiliar.

Rediseñar almacenes siendo los estantes altos y bajos los destinados al poco uso.

Utilizar equipos y monitores adaptables en altura.

Evitar adoptar posturas extremas.

Realizar estiramientos.

Detectar el riesgo ergonómico para poder priorizar las intervenciones.

Mejoras en el área de formación ergonómica en la práctica clínica.

5 Discusión-Conclusión

El dolor y el malestar musculoesquelético en la espalda de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, es un importante problema de salud laboral, con un gran impacto en estos trabajadores.

Las zonas con una mayor prevalencia son el cuello y la zona dorsal y lumbar.

Estos problemas de trastorno musculoesquelético entre los trabajadores sanitarios, provoca unos elevados costes laborales, ya que todos los trabajadores son susceptibles de padecerlos, y aumentan los costes sociales y económicos de las empresas, reducen la productividad y provocan el incremento del absentismo laboral.

Deben darse cambios en la organización de las tareas y las condiciones laborales, para disminuir los riesgos del personal auxiliar de enfermería, de sufrir problemas de dolor y patología musculoesquelética.

6 Bibliografía

1. Mroczek B, Łubkowska W, Jarno W, Jaraczewska E, Mierzecki A. Occurrence and impact of back pain on the quality of life of healthcare workers. *Ann Agric Environ Med*. 2020; 27(1): 36–42. DOI: 10.26444/aaem/11518.
2. Non-specific low back pain and its relation to the nursing work process. Zula-mar Aguiar Cargnin1 <https://orcid.org/0000-0002-2731-5323>.
Dulcinéia Ghizoni Schneider2 <https://orcid.org/0000-0002-4842-2187>.
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas2 <https://orcid.org/0000-0003-4721-4260>.
3. Rosani Ramos Machado2 <https://orcid.org/0000-0001-8287-4171>
4. Estudio descriptivo sobre las condiciones de trabajo y los trastornos musculo esqueléticos en el personal de enfermería (enfermeras y AAEE) de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid M^a Luisa Paredes Rizo1, María Vázquez Ubago2.
5. Hospital Clínico Universitario Unidad Docente Multiprofesional de Salud Lab-oral de Castilla y León. España.
6. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo. Unidad Docente de Medicina del Trabajo del País Vasco. España. Recibido: 25-02-2018 Aceptado: 12-03-2018.
7. C E Venegas et al. Nivel de conocimiento sobre riesgos ergonómicos en relación a síntomas de trastornos músculo esqueléticos en personal sanitario. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* 2019; 28: 126-135.
8. Manuel Fernández González, Mónica Fernández Valencia, María Ángeles Manso Huerta, M.^a Paz Gómez Rodríguez, M.^a Carmen Jiménez Recio y Faustino del Coz Díaz.
9. Trastornos musculoesqueléticos en personal auxiliar de enfermería del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores “Mixta” de Gijón – C.P.R.P.M. Mixta.
10. Riesgo ergonómico asociado a posturas forzadas y trastornos muscu- loesqueléticos en auxiliares de enfermería de una clínica en la ciudad de Manta. Victor Miguel Palma Andrade

Capítulo 49

EL SÍNDROME DE LA FATIGA CRÓNICA

MARÍA TERESA MENÉNDEZ DIAZ

1 Introducción

El síndrome de la fatiga crónica , aparece por primera vez , en la literatura médica en 1988, aunque ya en el siglo XIX se había puesto de relieve una fatiga crónica idiopática con diferentes denominaciones desde neurastenia, neuromias-tenia epidémica y encefalomyelitis miálgica benigna hasta la actual propuesta de enfermedad de intolerancia al esfuerzo (postesfuerzo).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) encuadra este síndrome en el apartado de trastornos neurológicos (G93.3), aunque todavía no se hayan encontrado hallazgos de patología física que puedan confirmar cien por cien su etiología.

Las definiciones de fatiga crónica son muy variadas y no hay una que reúna un consenso. Podemos utilizar esta: "sensación subjetiva de falta de energía o agotamiento físico o mental, debilidad, durante o después de las tareas habituales, no necesariamente asociada a actividad física, que conlleva la disminución de la capacidad para hacer vida normal o el tener que esforzarse para realizar actividades habituales".

La fatiga, el cansancio, es algo muy común en todas las personas, sin embargo cuando hacemos referencia al síndrome de fatiga crónica, lo hacemos en base a que se trata de un cansancio o fatiga que es patológico, que ocasiona mucho sufrimiento al paciente, altera el ritmo de su vida y no mejora con el descanso.

2 Objetivos

-Definir el concepto de fatiga crónica.

- Dar a conocer la evolución que ha tenido esta conceptualización.
- Exponer causas y consecuencias de este síndrome.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo , se ha hecho una revisión bibliográfica sistemática. También se han revisado artículos publicados y revisados en revistas científicas. Por otro lado se han consultado bases de datos a través de palabras clave en : scielo.sa.cr sciencedirect.com y otras.

4 Resultados

Beard consideraba, que el síndrome de la fatiga crónica se trataba de una enfermedad en el funcionamiento del cerebro, había detrás una alta exigencia al sistema nervioso .En la actualidad aparece en la CIE-10 en el capítulo V (F00-F99) «Trastornos mentales y del comportamiento», como un trastorno neurótico con el código (F48.0).

Existen dos variables fundamentales en la descripción de este trastorno, si bien se superponen el uno en el otro en algunos puntos. Uno de ellos , pone el foco en un cansancio excesivo después de la realización de una tarea mental o de índole cotidiana , el otro refiere debilidad, falta de energía , después de un esfuerzo mínimo.

En 1988, apareció por primera vez en la literatura médica el término Síndrome de Fatiga Crónica, (1988),propuesto por la División de Enfermedades Virales (Centers Control Disease, EE. UU.). Con él se hace referencia a un cuadro clínico de fatiga crónica , de más de 6 meses de duración, cansancio que no se recupera con el descanso etc.

El síndrome de la fatiga crónica, no es una enfermedad reciente, ha existido desde hace muchos años, probablemente desde tiempos de Hipócrates, sin embargo sí es reciente su tipificación bajo consenso y también el uso de los criterios de diagnóstico y tratamiento específico. Este síndrome es absolutamente desconcertante, ya que el paciente refiere síntomas muy variados y por otro lado no aparece nada en las pruebas objetivas. En muchas ocasiones aparece , directamente relacionado con la fibromialgia, cansancio, debilitamiento musculoesquelético, dolores de cierta intensidad que no todos los individuos lo refieren de manera idéntica.

Los pacientes que refieren esta sintomatología, tienen un sufrimiento añadido, es en muchas ocasiones la falta de diagnóstico, que se hace por eliminación de

otras patologías.

A día de hoy la terapia cognitivo-conductual, es una de las que mejores resultados ofrece para estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de fatiga crónica parece tratarse de algo que realmente ocasiona al paciente una gran incapacidad: "sentirse enfermo diariamente" "que no puedes realizar las actividades cotidianas", y que por más que descanses, el cuerpo no da señales de mejora. Es muy frustrante, tanto para el paciente como para el médico, ya que el paciente requiere de un tratamiento, algo que palíe sus síntomas, por otro lado el médico, no posee más armas que observar con detenimiento la anamnesis del paciente y obrar por descarte.

Considero que sería de gran ayuda implementar, profesionales capacitados para la terapia cognitivo-conductual, psicólogos, terapeutas, etc., y que estén más accesibles para los pacientes.

6 Bibliografía

Murga, Í., & Lafuente, J. V. (2019). De la neurastenia a la enfermedad postesfuerzo: evolución de los criterios diagnósticos del síndrome de fatiga crónica/encefalomielitis miálgica. *Atención primaria*, 51(9), 579-585.

Arruti Bustillo, M., Avellaneda Fernández, A., Barbado Hernández, F. J., Cruz Labrado, J., Díaz-Delgado Peñas, R., Gutiérrez Rivas, E., ... & Rivera Redondo, J. (2009). Síndrome de fatiga crónica. *SEMERGEN, Soc. Esp. Med. Rural Gen.(Ed. impr.)*, 385-405.

Alijotas, J., Alegre, J., Fernández-Solà, J., Cots, J. M., Panisello, J., Peri, J. M., & Pujol, R. (2002). Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome de fatiga crónica en Catalunya. *Medicina Clínica*, 118(2), 73-76.

Sandín, B. (2005). El síndrome de fatiga crónica : características Psicológicas y Terapia Cognitivo-Conductual. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 10(1), 85-94. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.10.num.1.2005.3991>

Capítulo 50

QUEMADURAS PARA TCAES

NATALIA GONZÁLEZ SUÁREZ

1 Introducción

Las quemaduras son lesiones en la piel producidas por diversos factores (quemaduras solares, por líquidos calientes, fuego, agentes químicos), que pueden provocar edemas, pérdida de líquido, etc.

Pueden ser de varios tipos dependiendo la lesión que han producido, si la lesión es importante deberán ser atendidos por los servicios médicos.

Entre el 60% y el 80% de las quemaduras que se producen son en los hogares (por líquidos calientes como agua o aceite y entre el 10 % y el 15 % son quemaduras que se producen en el trabajo. Una de las principales causas son las llamas seguidas de la electricidad.

Pero el mayor peligro de quemaduras lo tienen los niños y los ancianos. Los niños menos de 4 años y los adultos mayores de 60 años tienen mayor probabilidad de tener complicaciones debido a las quemaduras e incluso la muerte ya que su piel es más fina.

Para clasificar las quemaduras se usa una escala, es la regla de los 9 o de Wallace. Es un método para calcular la extensión de la piel que está quemada y divide al cuerpo en zonas y las valora con un 9% o sus múltiplos según el tamaño de esa zona. Gracias a esta regla el personal sanitario calcula la cantidad de líquido que debe aportar a un paciente quemado. En niños menos de 14 años no se debe aplicar esta regla.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer las causas por las que se producen las quemaduras y los riesgos que les son inherentes para poder prevenirlas o tratarlas de la mejor forma posible.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha búsqueda exhaustiva sobre la información más relevante sobre las quemaduras y sus consecuencias. He consultado las principales bases de datos de ciencias de la salud y buscadores de internet como son Medline, pubmed, scielo. He recopilado información publicada en páginas web, revistas científicas y manuales.

4 Resultados

Las quemaduras se van a clasificar dependiendo la profundidad y la extensión:

- Quemaduras de primer grado: son las menos peligrosas ya que solo afecta a la capa más superficial de la piel, suele ser un enrojecimiento de la piel que duele si se toca o roza.
- Quemaduras de segundo grado: en estas quemaduras se daña tanto la capa externa de la piel como la que está por debajo. Aparecen ampollas, son más dolorosas que las anteriores.
- Quemaduras de tercer grado: destruyen la capa más profunda de la piel. Este tipo de quemaduras no son dolorosas ya que se ha destruido las terminaciones nerviosas que son las que producen el dolor. En este tipo de quemadura se destruye la piel e incluso pueden necesitar injertos.
- Quemaduras de cuarto grado: en este tipo de quemaduras se pueden ver dañados huesos, músculos y los tendones, lógicamente no tiene dolor ya que se han destruido todas las terminaciones nerviosas que son las causantes del dolor.

Las quemaduras se dividen en dos grandes grupos:

- Quemaduras menores: que son donde están incluidas las quemaduras de primer grado y las de segundo grado sólo las que afecta a 5cm de ancho.
- Quemaduras mayores: que engloban a las quemaduras de tercer grado y alas de segundo que afecta a más de 5 cm de ancho del cuerpo y afecta a zonas como manos, cara, pies...

Ante una quemadura lo primero que hay que hacer es enfriarla la zona con agua abundante a temperatura ambiente, no tocar la zona quemada ni retirar la piel y mucho menos explotar ampollas y sobre todo no aplicar ni hielo ni cremas en las quemaduras que son graves. Hay que ir lo antes posible a los servicios médicos y ellos se encargaran de realizar las curas necesarias.

Las quemaduras pueden provocar infecciones, ya que afectan a la piel que es la que se encarga de protegernos de bacterias, de virus etc., también llegan a provocarnos que nuestro sistema inmunitario se debilite pudiendo producirnos infecciones tanto respiratorias como neumonía o como infecciones en la sangre, etc..

5 Discusión-Conclusión

Las quemaduras pueden ser muy peligrosas, producen lesiones en nuestra piel que pueden convertirse en cicatrices con las que se tendrán que vivir el resto de la vida e incluso puede llegar a producir la muerte.

Cuando se produce una quemadura es importante evaluarla antes de hacer nada. En caso de duda siempre hay que considerar que es una quemadura mayor, y se deberá acudir a los servicios médico o llamar al 112.

Como reflexión hay que tener en cuenta que en los últimos años han aumentado mucho las quemaduras solares, no son las más dolorosas pero si cada vez más comunes y pueden llegar a convertirse en cáncer de piel que por desgracia en los últimos años han aumentado su número considerablemente.

6 Bibliografía

1. <https://www.comunidad.madrid>
› getafe › profesionales.
2. <https://medlineplus.gov>.
3. <https://www.mdsaude.com>.
4. <https://www.msmanuals.com>.

Capítulo 51

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

LUCÍA POMAR MARTINEZ

1 Introducción

El sistema respiratorio cumple una función esencial en el organismo como es la de suministrar oxígeno al cuerpo, eliminar residuos de CO₂ y desechos tóxicos, también regula la temperatura y estabiliza la sangre.

Las enfermedades respiratorias afectan a los pulmones directamente y pueden surgir por las siguientes causas: pulmonares, cardiovasculares, emocionales y causas graves que pueden llegar a ser mortales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que 235 millones padecen asma y 64 millones padecen EPOC. La misma organización menciona que anualmente fallecen en todo el mundo cerca de 4 millones de personas a causa de las ERC, donde lidera la lista la EPOC como principal causa de muerte. Hemos realizado una pequeña encuesta con el objetivo de conocer la opinión de la ciudadanía al respecto de la situación actual en su ciudad y de las posibles medidas a emprender. En este sentido, se ha puesto de manifiesto que el nivel de concienciación de los españoles sobre el impacto que tiene en la salud la calidad del aire es bastante alto, ya que el 86% de los pacientes a los que hemos preguntado cree que puede afectar de forma negativa a la función pulmonar y desencadenar problemas respiratorios.

2 Objetivos

Intentar establecer una prevalencia de como afectan a la población en función del sexo, edad o zona de residencia para prevenir en la medida de lo posible.

3 Metodología

Como estudio personal hemos analizado en la unidad de respiratorios del Hospital Universitario de Cabueñes una muestra de pacientes en el último año con la intención de que este trabajo sirva para conocer el impacto o efecto que las condiciones de trabajo ejercen sobre la salud de las personas y como herramienta útil para la mejora de la salud de los trabajadores y trabajadoras mediante la implantación de planes y programas de prevención de estas enfermedades en los lugares de trabajo.

4 Resultados

Al analizar por área de residencia, en el área urbana incide en mayor proporción las enfermedades del sistema respiratorio, donde el 35,5% de los afectados tenían este tipo de mal, en el caso de la población rural el 29,8% de la población afectada de este sector manifestó haber sufrido de esta enfermedad.

Al comparar la incidencia de estas enfermedades en hombres y en mujeres, se observa que estas afectaron más a los hombres que a las mujeres, esta diferencia se presenta en todos los grupos de edad, tanto en el área urbana como la rural.

De cada 10 hombres entrevistados enfermos o accidentados 3,7 estuvieron afectados de enfermedades del sistema respiratorio y de cada 10 mujeres afectadas 3,1 fue de este tipo de enfermedades. Es decir, los hombres se enfermaron en un 17,6% más que las mujeres de enfermedades del sistema respiratorio .

El 65% de los españoles sufre síntomas de enfermedades respiratorias, pero solo un 40% de los que los padecen con frecuencia está diagnosticado. De acuerdo con los principales resultados de la encuesta, el 65% de los españoles sufre síntomas relacionados con la salud respiratoria, como tos, falta de aliento, sensación de presión en el pecho o silbidos al respirar y un 26% los sufre con bastante frecuencia o recurrentemente. De estos, un 28% no acude al médico y solo un 40% tiene un diagnóstico asociado con patologías respiratorias. Estas cifras ponen de manifiesto la necesidad de impulsar medidas de prevención que contribuyan a favorecer el correcto control y seguimiento de las patologías respiratorias, cuyo diagnóstico y mal control es muy elevado: la tasa de infradiagnóstico de la EPOC se acerca al 75%⁴ y el 40% de los pacientes con asma grave siguen sin estar controlados.

5 Discusión-Conclusión

Aunque actualmente las enfermedades respiratorias no se pueden prevenir totalmente, sí se pueden evitar algunos de los problemas asociados. Así, se recomienda proteger los pulmones lo máximo posible siguiendo este tipo de consejos:

- Evitar el humo del tabaco: el humo aumenta el riesgo de padecer algún tipo de enfermedad respiratoria.
- Vacunarse: muchas enfermedades respiratorias se manifiestan a raíz de un virus, existen vacunas para evitar problemas mayores.
- Lavarse las manos: la higiene en las manos ayudará a los pacientes a mantener la higiene y así evitar el riesgo de contraer una infección viral.
- Usar mascarilla quirúrgica: la utilización de este aparato puede evitar complicaciones en los trabajos en los que el paciente se expone al polvo, vapores o gases tóxicos.

6 Bibliografía

Bofill J., Serra C., Benavides F.G. La nueva lista de enfermedades profesionales, ¿qué novedades aporta respecto a la situación vigente hasta ahora? Arch Prev Riesgos

Labor. 2007;10:69–71. [Google Scholar]

- . Driscoll T., Takala J., Steenland K., Corvalan C., Fingerhut M. Review of estimates of the global burden of injury and illness due to occupational exposures. Am J Ind

Med. 2005;48:491–502. [PubMed] [Google Scholar]

- García-Gómez M. La salud laboral y la salud pública: 10 años de políticas sanitarias de salud laboral. Arch Prev Riesgos Labor. 2005;8:100–102. [Google Scholar]

Capítulo 52

USO DEL LACTARIO

DORINDA SUÁREZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

La OMS y la asociación española de pediatría recomiendan la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces (6 meses) y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los dos años o hasta que madre e hijo lo deseen.

El lactario es un espacio destinado a todas aquellas mujeres lactantes que precisen de su uso, brindando un ambiente de seguridad y privacidad. En el caso de las mujeres cuyos hijos están hospitalizados favorece el establecimiento y mantenimiento de la lactancia y cuando se trata de mujeres trabajadoras del propio hospital, brinda la posibilidad de conciliar la vida familiar con la laboral o cuando sea necesario.

Podrán hacer uso del lactario todas aquellas mujeres que se encuentren en su etapa de lactancia cualquiera que sea su duración y que tengan relación con el hospital, bien como trabajadoras o bien como pacientes, ya sea por tener a su hijo ingresado o por tener una relación contractual con la institución estando activo en ese momento sin importar el tipo de contrato.

Los espacios destinados al lactario estarán ubicados dentro del propio hospital. No debe haber horarios estipulados para su uso, puesto que cada madre y cada bebé tienen necesidades y disponibilidad distintas.

2 Objetivos

Estudiar la utilización de la sala del lactario y la importancia de una buena desinfección tras su uso.

3 Metodología

Se han revisado varias páginas webs de determinados hospitales de la red de España y de algunos centros sanitarios.

Se han consultado diversas publicaciones relacionadas con la lactancia materna y también distintos artículos de carácter científico y divulgativo en relación a la lactancia materna.

4 Resultados

Higienización completa de la zona de lactancia kits de extracción de la leche esterilizados según normativa.

Tras el uso de los kits, estos se enviarán a la sala de esterilización para su proceso .

Ayuda a las madres en la correcta identificación del nombre del bebé en el kit correspondiente con pegatinas que marquen además el día y la hora de la extracción.

Mantenimiento salubre de la nevera donde se guardan los kits de extracción y los diferentes biberones que se requieran para su uso.

Debe de mantener el lactario provisionado de gorros, mascarillas, jabón de manos, toallitas de papel desechables, alcohol de 70°.

Garantizar que el lactario está provisto de todo lo necesario para la madre y el bebé.

Confort y calidad en la atención del personal de enfermería de forma continuada y personalizada.

La preparación de cualquier fórmula láctea (leche de vaca, leche maternizada, y productos nutroterápicos) debe de efectuarse en estas salas aisladas y especialmente concebidas para este fin, con el objetivo de evitar que las fórmulas se contaminen.

El lactario es la unidad destinada exclusivamente a todas las actividades relacionadas directa o indirectamente con la preparación de las fórmulas o con la extracción manual de la leche materna, desde la recepción y limpieza de todo el material hasta su distribución a las habitaciones o uso en el propio habitáculo.

La leche materna y las fórmulas infantiles por su contenido de nutrientes constituyen un medio excelente para la multiplicación de microorganismos por eso se debe de insistir explícitamente en el manejo correcto de todos los equipos y de asegurar que el personal que manipula estos dispositivos y que dirige esta sala,

estén lo suficientemente formados en la materia como para ejercer esta labor con la máxima precaución y efectividad.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia materna es la mejor opción de nutrición para los bebés hasta el sexto mes de vida o lo que madre y bebé requieran.

Desde los servicios de atención primaria se llevan a cabo cada año campañas informativas de todos los beneficios que produce el consumo de la leche materna, y del vínculo que crea la piel con piel en la relación de madre hijo.

Cada año son más las mujeres que deciden dar a sus hijos lactancia materna.

El hecho en sí de dar de mamar es una terapia tanto para la mujer como para su bebé y además se está inmunizando al bebé de forma natural.

6 Bibliografía

1. <https://www.inss.com>.
2. <https://www.hospitalreinasofia.com>.

Capítulo 53

EMOCIONES, JUVENTUD Y NOMOFOBIA. UNA REVISION SISTEMÁTICA

LUIS MANUEL DE LA ROZA GRANDA

1 Introducción

En poco más de dos décadas nuestra forma de vida ha sufrido enormes cambios debido al avance de la tecnología y a la expansión de internet y cuya máxima expresión se materializa en el teléfono inteligente o smartphone. Estos cambios se han producido en todos los ámbitos de la sociedad y también en la forma en cómo nos comunicamos y relacionamos. Todas las personas, independiente de la edad, se han visto sumergidos en esos cambios, ahora bien, son las personas más jóvenes las que forman el grupo más vulnerable e influenciable en lo que se refiere al uso de estas tecnologías y al grandísimo abanico de posibilidades que ofrecen porque forman parte de su rutina diaria tanto con la familia, en sus lugares de estudio / trabajo o con amigos; sirva como muestra que en España el 95% de los jóvenes de 15 años dispone de un teléfono inteligente.

Un smartphone permite conectar con las amistades en tiempo real y compartir intereses comunes, vivencias, juegos, conversar en grupo mediante la mensajería instantánea, recibir aprobación y apoyo de sus iguales y un sinfín más de actividades. Por estas razones, el teléfono móvil se ha convertido en una fuente de sensaciones positivas como independencia, conexión constante, sensación de pertenencia al grupo e incluso elevado status social, puesto que se hace lo posible para poseer el modelo tecnológicamente más actualizado y atractivo. Son tantos los “inputs” positivos que el joven recibe a través del uso del móvil que cuando

carece de él en muchas ocasiones desarrolla la nomofobia (no móvil fobia) que consiste en un conjunto de síntomas en los que la persona experimenta miedo o ansiedad porque pueda haber perdido su teléfono o bien por no estar conectado con sus redes sociales habituales, chats, apps etc.; se ha de decir que no ha sido reconocida oficialmente como una patología o un trastorno del comportamiento, pero que el número de peticiones por parte de la comunidad científica para que lo sea va en aumento.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es examinar la relación entre los jóvenes que desarrollan emociones como la soledad, ansiedad, depresión, angustia o estrés y la nomofobia.

3 Metodología

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

Palabras clave: Nomobia, juventud, adolescentes, smartphone, redes sociales, teléfono inteligente, internet, ansiedad, soledad, depresión, estrés.

4 Resultados

Cuanto más tiempo un individuo pase ante su dispositivo móvil es más probable que padezca un miedo más intenso ante la potencial imposibilidad del uso del mismo

Se ha observado que la mujer es más tendente a ser víctima de la nomofobia, una posible explicación es que en promedio pasan más tiempo con su dispositivo móvil inteligente sobre todo con la intención de socializar tanto a través de mensajería instantánea como por llamada.

Las personas más jóvenes, tienen una menor capacidad de autocontrol por lo que son un grupo de riesgo para desarrollar nomofobia, tanto es así que poseer un smartphone desde una edad muy temprana implica un aumento de la probabilidad de adolecer de nomofobia

Se ha visto correlación entre la ansiedad y la nomofobia, el uso prolongado de teléfonos móviles con frecuencia precede a trastornos de ansiedad y la falta de estos (nomofobia) agudiza la angustia

Aquellos jóvenes que sentían altos niveles de estrés al conectarse a sus redes sociales (puesto que son un medio caótico y como tal, se les escapa a su control) también mostraron niveles más altos de nomofobia.

Muchos jóvenes con sintomatología depresiva se conectan a través de su dispositivo móvil a sus redes sociales para tratar de evadir las sensaciones negativas que los abruman donde se encuentran con imágenes poco realistas de muchas personas que tratan de crear una imagen “sobrevalorada” de sí mismos por lo que acaban recibiendo el mensaje de que cualquier vida es más divertida, interesante... que la suya consiguiendo finalmente profundizar en esa sintomatología depresiva. Es precisamente ese deseo de evasión o escape lo que conecta depresión y nomofobia.

Las redes sociales facilitan a los jóvenes más solitarios, con problemas de comunicación personal, sus relaciones falseando su personalidad, volviéndose dependientes de las mismas y sintiendo gran malestar y ansiedad cuando no pueden disponer del dispositivo (nomofobia) que les permite acceder a las mismas

5 Discusión-Conclusión

Las personas más jóvenes y las mujeres mostraron los niveles más altos de nomofobia y que eran tanto mayores cuanto más temprana fuera la edad de adquisición de su primer teléfono inteligente.

El uso continuado y abusivo de dispositivos móviles que supusiera la revisión frecuente de mensajes y notificaciones, largos periodos conectados a las redes sociales o el uso nocturno de estos teléfonos en la cama a la hora de conciliar el sueño, se asociaron con niveles más altos de nomofobia.

Quienes mostraban ansiedad, estrés, escasas habilidades sociales, soledad o sintomatología depresiva que acudían a los dispositivos móviles inteligentes para paliar o disminuir el sufrimiento que les producían esas condiciones, conseguían todo lo contrario profundizando en su malestar, a pesar de lo cual alcanzaban altos niveles de nomofobia.

6 Bibliografía

1. Barraza Macías, A. (2021) “Nomofobia (miedo a perder el celular): Su concepto y medición” Editorial Autores de Argentina.

2. Larico Apaza, Yaneth Carol (2019)“Nomofobia y su Influencia en la Ansiedad de los Universitarios: Adicción al Smartphone” Editorial Académica Española.

Capítulo 54

CUIDADOS A PACIENTE TERMINAL

CELIA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

Paciente terminal es toda persona que se encuentra en su etapa final de la vida por una enfermedad crónica, por su edad o por otros problemas de salud por ejemplo enfermedades cancerígenas.

Estos tipos de cuidados los realizan personal especializado (cuidados paliativos) que hacen que esa persona tenga calidad de vida, atendiendo a esa persona tanto físicamente como psicológicamente a la persona y a sus familiares.

La mayoría de estos casos es la no respuesta a los tratamientos o el avance de la enfermedad que padece rápidamente, en este momento el médico decide cambiar el tipo de cuidados y pasan a los cuidados al personal de paliativos para controlar las necesidades del paciente, sobre todo para que no pase dolores y que tenga un mejor final de vida.

Un paciente se considera que sufre una enfermedad terminal cuando su esperanza de vida se estima en seis meses o menos, bajo el supuesto de que la enfermedad siga su curso normal, todo depende de cada cuerpo.

En este capítulo expondremos la necesidad de este servicio y lo importante que es que el paciente terminal no sufra ni pase dolores en esta última etapa, así como el apoyo psicológico que brinda este servicio.

2 Objetivos

Dar a conocer el sistema de cuidados paliativos en un enfermo terminal.

Conocer las necesidades de este tipo de enfermos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una recopilación de información a través de diferentes páginas web y artículos de salud. Así como la experiencia personal en este tipo de situaciones y tiempo trabajado como auxiliar de enfermería en geriátricos.

4 Resultados

Los cuidados paliativos es el servicio sanitario que se encarga de atender a los pacientes terminales, son los cuidados que ayudan a las personas con enfermedades graves a sentirse mejor al prevenir o tratar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y el tratamiento. El objetivo de los cuidados paliativos es ayudar a las personas con una enfermedad grave a sentirse mejor y sobre todo a mejorar su calidad de vida.

Este tipo de servicio también los forman psicólogos que está a disposición tanto del paciente como de sus familiares para poder llevar este proceso lo mejor posible.

A continuación mencionaremos alguno de los síntomas que pueden padecer este tipo de pacientes:

- Cansancio, agotamiento, sensación de no tener ganas de hacer ningún tipo de actividad. Este agotamiento puede afectarle física, mental y emocionalmente.
- Cambios de apetito. Los cambios en el gusto y el olfato, sequedad de la boca, cambios en el estómago y los intestinos, falta de aliento, náuseas, vómitos, diarrea y estreñimiento. Estos síntomas los encontraremos sobre todo en pacientes con cáncer.
- El dolor, este tipo de síntomas puede hacer que el paciente se sienta irritable, dormir mal, reducir su apetito y perder su concentración y tener mal humor.
- Fatiga, es uno de los síntomas más comunes durante la etapa final de la vida. Es posible que la fatiga del paciente empeore día a día durante este período.
- Dificultad para tragar alimentos, se presenta cuando se acumula la saliva y otros líquidos en la garganta.

Cuidados que se realizan a este tipo de pacientes:

- Visitas del personal sanitario a su hogar o residencia geriátrica donde se encuentre (médico, enfermera).
- Asistentes sociales para el aseo de enfermo y ayuda a los familiares en las labores básicas.
- Medicamentos necesarios para que no pase dolor el paciente.

- Fisioterapia para el paciente.
- Cualquier tipo de mecanismo que necesite la persona (cama, sillón, etc.).

5 Discusión-Conclusión

En conclusión esta última etapa de la vida del enfermo terminal es muy importante el confort de esta persona para que su último tiempo de vida lo pase lo mejor posible sin dolores y con todas las comodidades posibles para su bienestar, para ello los servicios paliativos tienen un gran papel en la vida de esta persona ayudándolos y dándoles toda la atención necesaria tanto a ellos como a sus familiares a través del servicio de psicólogos. Este tipo de especialistas no solo preparan al paciente para su marcha, sino que también preparan a la familia dándoles pautas y todo el apoyo que necesiten.

6 Bibliografía

wikipedia, bing.com, cancerorg. com, wikidat. com y apuntes del curso de auxiliar de enfermería.

Capítulo 55

ASISTENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE ETILISMO

MARIA LUISA LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Principalmente, para valorar a una persona como alcohólica tiene que cumplir varios criterios, principalmente como tóxico y determinista, que estaríamos hablando de un alcoholismo primario, que la podríamos definir como una incapacidad de la persona para poder evitar esa conducta nociva.

En el alcoholismo se pueden diferenciar varias afecciones que son relacionadas con la toxicomanía y participan en su patología, como pueden ser la esquizofrenia, la personalidad antisocial y también la demencia arteriosclerótica; En las enfermedades que se acaban de mencionar hay una gran indiferencia por la cual sus consecuencias de un consumo inadecuado.

El problema del abuso del alcohol se viene reconociendo desde épocas muy anteriores como un gran problema social, se puede decir que es el hábito más extendido en el mundo.

Hay una primera definición hecha por un hombre llamado Jellinek, que decía: Todo uso de bebidas alcohólicas que cause daño al individuo, a la sociedad o a los dos.

También tenemos el planteamiento de la OMS (Organización Mundial de la Salud) que dice tal que así: el alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por ingestas repetidas de alcohol excesivas, respecto a normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor.

2 Objetivos

- Mejorar en la medida de lo posible la atención del paciente con alcoholismo.
- Trabajar en equipo para poder desarrollar la atención disciplinar del paciente alcohólico.

3 Metodología

Para realizar este capítulo de libro se ha hecho una serie de búsquedas sistemáticas en bases de datos como Scielo, Medline y Pubmed, libros de medicina y revistas especializadas científicas, también en enciclopedias de medicina y artículos científicos de la web.

4 Resultados

En el alcoholismo hay líneas que separan el tipo de bebedor que hay, están los bebedores sociales, el bebedor que abusa, pero sin dependencia; también depende la cuantía y la frecuencia con la que se ingesta el alcohol, que te puede llevar a unas deficiencias nutricionales que lo lleva a la desnutrición proteica (DEP) grave, por una disminución y desequilibrio de la ingesta de nutrientes que es lo que acabará determinando las posibilidades del paciente.

La persona abstinentes total es la que nunca bebe nada de alcohol, luego está el bebedor excepcional que bebe ocasionalmente y cantidades limitadas y muy espaciadas en el tiempo, tenemos al bebedor social, persona que bebe sin prejuicios, puesto que no nota que le produzca efectos biológicos ni psicosociales nocivos y bebe libremente, seguimos con el bebedor moderado, puede llegar a beber hasta unas 3 veces por semana cantidades como 1 botella de vino o unas 5 medias cervezas, seguimos con el bebedor abusivo sin dependencia, este sobrepasa la media del anterior, pero ingiere ya un porcentaje del 20% de calorías en su dieta de alcohol, ya se podría ver como un bebedor con problemas, pasamos a ver

el dependiente alcohólico sin complicaciones, en este ya hay una dependencia física en la que se manifiesta clínicamente síntomas en su abstinencia como temblores, nerviosismo, insomnio, pasamos al dependiente alcohólico con complicaciones, aparte de los síntomas del anterior se le añaden complicaciones psíquicas como son el delirium tremens, alucinosis alcohólica y gastritis, para finalizar pasaríamos al dependiente alcohólico complicado en su fase final, donde ya se percibe un deterioro físico notable, también psíquico y en su comportamiento social; en esta fase se reduciría la tolerancia al tóxico y la aparición de los cuadros convulsivos ocasionalmente.

5 Discusión-Conclusión

En la atención primaria, donde se debe trabajar la prevención de la población, se deben hacer grupos en los que se vean las personas de alto riesgo en la enfermedad del alcoholismo y trabajar con ellos, sobre todo con los adolescentes y personas jóvenes, ya que es un papel importante en la prevención precoz del alcoholismo, también en la educación para la salud de todos, haciendo hincapié en una alimentación y nutrición correcta para mantener un buen estado nutricional.

La persona alcohólica no llega a curarse nunca, pero si a mejorar su calidad de vida muy notablemente, su salud estaría determinada por no beber nada de alcohol.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Glosario de trastornos mentales y guía Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias. Madrid: Aula Médica, 2003. para su clasificación. Ginebra,1976.
- Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales y guía para su clasificación. Ginebra:OMS;1976.

Capítulo 56

REALIZACION DE LA TÉCNICA DEL ASEO EN BANDEJA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NATALIA GONZALEZ PACHO

1 Introducción

La movilización en bandeja está indicada por el tipo de características que tiene para cualquier tipo de lesión modular donde no esté prescrito que el paciente deba moverse, grandes quemados y pacientes con cualquier tipo de lesión cervical donde esté contraindicado el movimiento o la posición de decúbitos laterales, ya que realizando el aseo y la movilización con esta técnica nos aseguramos que el paciente pueda ser elevado sin ocasionar lesiones.

Esta técnica es realizada habitualmente en unidades de cuidados intensivos debido a las patologías del paciente medular, principalmente ya que es importante que esté tipo de pacientes no se muevan mientras se le va a realizar cualquier técnica que requiera la elevación de la cama sobre la que se encuentre.

Son pacientes extremadamente delicados, es por ello que se lleva a cabo coordinándose las tres personas que las van a llevar a cabo para que los movimientos sean coordinados, la técnica la tienen que saber realizar perfectamente para no ocasionar daños al paciente.

Este sistema de anclaje de bandeja siempre se realiza con una grúa mecánica que maneja en todo momento el celador siguiendo las directrices que marca la enfermera encargada de realizar la técnica pertinente al paciente.

2 Objetivos

Determinar el procedimiento para la movilización en bandeja.

El objetivo principal es conocer el método de elevación del paciente sin tener que realizar cambios de posición.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sobre este tipo de sistema de movilización en bandeja en diversas bases de datos (Pubmed, Scielo y Medline) y consultamos la intranet del Hospital Universitario Central de Asturias y los protocolos a seguir en este tipo de procedimientos tan complejos.

4 Resultados

La técnica que se lleva a cabo para el aseo o la movilización para el aseo en bandeja siempre se lleva a cabo mínimo entre tres personas: la enfermera (en todo momento controla y determina la seguridad del procedimiento que se va a realizar para el paciente y es la encargada de ir pautando las acciones que se le van a realizar).

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE): la función del TCAE en función con un celador es colocar las cintas bajo el paciente y conjuntamente se procederá a colocar sobre la cama los largueros de la bandeja y se irá colocando primero del lado del TCAE cada cinta en el soporte indicado, hasta llenar completamente el larguero de su lado.

Una vez tenga el TCAE aseguradas todas las cintas en el soporte pertinente, es el celador quien desde su lado comienza a introducir las cintas en los soportes opuestos a los del TCAE tensando las cintas bajo el paciente para cuando toque elevar al paciente para la realización del aseo, cambio de sábanas, limpieza por evacuación, este no sufra ningún movimiento indeseado en la zona.

En la parte superior e inferior de los largueros se colocarán unos travesaños que sujetarán toda la estructura de la bandeja para que cuando esta se eleve ayudándonos con una grúa mecánica que no se mueva.

Tras la realización del aseo, cambio o la técnica que se le haya realizado al paciente, se procederá a volver a dejar sobre la superficie de la cama para dejarlo en una situación lo más cómoda posible y se procederá a la retirada de las cintas colocadas en la parte posterior e inferior del cuerpo, pero en ningún caso se retiraran las de la zona abdominal.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante realizar la técnica con seguridad y con cuidado en el montaje de la bandeja para que esta no se mueva en el momento de elevar al paciente para no ocasionarle daños ni movimientos indeseados.

Este tipo de pacientes requieren de unos cuidados muy específicos y que las personas que realizan la técnica sepan el protocolo a seguir para no dañar al paciente. Este tipo de pacientes suelen estar en un estado de ánimo bajo, ya que se ven muy impedidos y necesitan la ayuda para la realización de cualquier tipo de actividad porque por sí mismos no pueden realizarla.

6 Bibliografía

[Https:// medlineplus.es](https://medlineplus.es)

[Https://mayoclinic.org.es](https://mayoclinic.org.es)

Protocolos de la unidad de lesionados moduladores del Hospital Universitario Central de Asturias.

Capítulo 57

QUEMADURAS. TIPOS Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

EVA GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

El concepto de quemadura lo podemos definir como un daño que se produce en las distintas capas de la piel a consecuencia de la exposición, ya sea ante agentes térmicos (como altas temperaturas), agentes químicos (como exposición a elementos ácidos) o agentes físicos (como focos de calor o fuego).

El hecho de que las quemaduras afecten a las capas de la piel, conlleva que la piel deje de realizar su función correctamente, por lo que la vida del lesionado puede correr peligro, ya que entre las funciones de la piel están las de actuar como una barrera frente a infecciones o agresiones del exterior, actúa ayudando a controlar la temperatura del cuerpo y evitando que haya pérdida de los distintos líquidos del cuerpo.

Las quemaduras se clasifican en varios tipos según la profundidad de la lesión y la extensión de la misma; según las capas de la piel que afectan podemos distinguir entre quemaduras de primer, segundo y tercer grado.

En cuanto a la gravedad de las quemaduras, esta no solo depende del agente que la causó, sino que también del tiempo de exposición, de la zona del cuerpo que se ha visto afectada y también del estado físico del lesionado o de su edad.

El hecho de aplicar correctamente el protocolo de primeros auxilios en este tipo de lesiones, es de vital importancia para el buen desarrollo y proceso de curación de las lesiones.

2 Objetivos

- Explicar cuáles son los distintos tipos de quemaduras.
- Informar sobre los distintos protocolos de primeros auxilios según el tipo de quemadura.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se conoce como quemadura al tipo de lesión que se ha provocado en la piel o en otros tejidos, por haber tenido un contacto directo con calor o fuego, con algún agente químico, ya sea ácido o alcalino, o por contacto con algún objeto a una temperatura muy elevada.

A consecuencia de una quemadura, se producen alteraciones muy importantes a nivel fisiológico, puesto que el funcionamiento de la piel se ve disminuido a tal punto, que la vida de la persona que ha sufrido la lesión puede estar comprometida dependiendo del alcance de la quemadura o de la superficie que ha sido afectada.

En la piel podemos encontrarnos con tres capas distintas (la epidermis, la dermis y la hipodermis), y dependiendo de las capas que se vean afectadas con la quemadura, podremos clasificarlas según grados de gravedad en:

- Quemadura de primer grado si solo está afectada la epidermis, que es la capa más superficial de la piel.
- Quemadura de segundo grado si afecta tanto a la epidermis como a la dermis.
- Quemadura de tercer grado que se caracteriza porque se destruyen todas las capas de la piel, incluso pudiendo llegar a otros tejidos.

En cuanto a los protocolos de actuación, los primeros auxilios los podríamos diferenciar en dos partes; por una parte, serían los que se deberían de aplicar a quemaduras leves que son de escasa extensión y de primer grado; y, por otra

parte, los primeros auxilios en caso de que sean quemaduras de segundo o tercer grado y con una extensión más amplia, estaríamos hablando de quemaduras graves o muy graves.

En caso de quemaduras leves, lo primero que habría que hacer es enfriar con agua fría la zona afectada por la quemadura directamente durante unos 20 minutos o hasta que el dolor cese.

Si debido a la quemadura hay ropa quemada o algún objeto extraño, se debería de retirar con la ayuda de agua, pero nunca arrancarlo.

Posteriormente, habría que colocar gasas estériles protegiendo la zona con algún tipo de pañuelo o venda, pero nunca aplicaremos antisépticos ni ningún otro producto sobre la quemadura.

Por último, no siendo que la quemadura sea de poca extensión o sea muy leve, se debe acudir a un centro sanitario para la supervisión y posible tratamiento por parte de profesionales sanitarios.

Si las quemaduras son más graves, de segundo o tercer grado, los primeros auxilios serían distintos.

En primer lugar, el protocolo inicial es exactamente el mismo que si la quemadura fuera de primer grado, pero con la diferencia que tendríamos que avisar telefónicamente al servicio de emergencias explicando lo ocurrido para que nos puedan indicar lo que tenemos que realizar y si podemos desplazarnos al centro hospitalario o debemos de esperar en el lugar del accidente.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo de sufrir una quemadura en nuestra vida cotidiana es muy alto, pues una quemadura puede llegar a desarrollarse simplemente con una exposición prolongada a una fuente de calor o sol.

Dentro de los agentes más habituales que pueden producir una quemadura podemos distinguir entre agentes químicos, físicos y térmicos; que pueden ser agentes de los que empleamos en nuestra vida diaria, por ejemplo al cocinar o al realizar tareas de limpieza.

Tenemos que tener constancia de que una quemadura por muy leve que pueda parecer, si no se toman una serie de primeros auxilios iniciales, puede complicarse, pues en ocasiones y dependiendo de la gravedad no solo afecta a la capa más superficial de la piel, sino que puede llegar a afectar a tendones o músculos.

Por este tema es que, dependiendo de la profundidad de la lesión, una quemadura puede llegar a tratarse de una situación de emergencia donde la vida de la persona pueda estar en peligro realmente.

6 Bibliografía

1. Quemaduras [Internet]. Mayoclinic.org. 2022 [citado 15 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/burns/symptoms-causes/syc-20370539>
2. Quemaduras. Injuries and Wounds [Internet]. 2002 [citado 15 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/burns.html>

Capítulo 58

CAMBIO CLIMATICO Y LAS CONSECUENCIAS PARA LA SALUD HUMANA

CARLOTA BAUTISTA MARTÍNEZ

1 Introducción

Se puede definir el cambio climático como los cambios a la larga de las temperaturas y los patrones climáticos.

Antes hablábamos de factores naturales, pero, sin embargo, en la actualidad, es la humanidad la causante de estos factores tan determinantes e influyentes en el clima, acelerando en cierta manera la destrucción del planeta.

Hoy en día, con la cantidad de combustibles fósiles que utiliza el ser humano en el día a día, hacen que los gases que esto produce atrapen el calor, provocando así las elevadas temperaturas causantes de grandes problemas en todo el mundo.

En lo referente a la salud de los seres humanos y habitantes del planeta, el cambio climático afecta directa e indirectamente. Las olas de calor extremo, las sequías, la desertización, la subida del nivel del mar, entre otras cosas, entraría a formar parte de los factores indirectos.

Por otro lado, y más directamente afectarían las enfermedades respiratorias, la proliferación de vectores transmisores de enfermedades, escasez de agua, produciendo así deshidrataciones, falta de alimentos, aumentando de esta manera la desnutrición en todos los continentes.

Nombrar también los desastres ambientales a causa de los cambios climatológicos, inundaciones, golpes de calor, miles de personas en el mundo sufren a día de hoy estas inclemencias.

2 Objetivos

- Buscar soluciones a nivel de sanidad en atención primaria.
- Difundir como técnico en cuidados auxiliares en enfermería, educación y consejos dentro de las posibilidades al alcance.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se han realizado varias búsquedas sistemáticas y activas tanto en libros como en diferentes páginas web y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo, Medline y Pubmed. Seleccionando así artículos científicamente comprobados.

4 Resultados

Se estima que dentro de aproximadamente veinte años el cambio climático causará cientos de miles de muertes al año y esto será debido a la escasez de alimentos, diarreas extremas, paludismo y estrés calórico (cambios que se desarrollan en los animales y los seres humanos en ambientes con exceso de temperatura, disminuyendo en estos la eficiencia productiva)

Aunque ya se ha comprobado que estos cambios en el clima ya están afectando a la salud social y ambiental de varias maneras y atacando con distintas patologías al planeta, fenómenos meteorológicos extremos y que cada vez cursan menos espaciados en el tiempo, con más frecuencia, entre ellos podemos citar las olas de calor, las inundaciones, las tormentas, etc.

Por otra parte, se ha incrementado a consecuencia del cambio climático la zoonosis y las patologías a causa del agua o los alimentos en mal estado.

Estas son algunas de las patologías asociadas al cambio climático, ya que a consecuencia de este se ha modificado la biodiversidad en el planeta, lo cual es favorable para la proliferación de ciertos patógenos causantes de patologías como por ejemplo el paludismo, el ébola, el dengue, la diarrea y los parásitos intestinales, la tuberculosis, la hipotermia, la peste, etc.

Se estima que lo luchado hasta ahora en el mundo en el tema de la salud pública, se está viendo seriamente amenazado por el cambio tan brusco en las climatologías, ya que todo esto se enlentece y se detiene, de manera que se hace

imposible la lucha contra ciertas enfermedades altamente sensibles a las altas temperaturas.

Cerca del 90% de las personas en el mundo respiran aire contaminado, este es otro factor causante tanto de enfermedades respiratorias como del calentamiento global, es por eso que todo lo relacionado con el cambio climático impacta directamente contra la salud de los seres humanos y bienestar de la biosfera.

5 Discusión-Conclusión

Según la organización mundial de la salud (ONU) la problemática del cambio climático es una amenaza para la vida y la seguridad de las personas en todo el planeta, pero aún más para aquellos seres humanos que viven en las zonas más desfavorecidas, ya que no poseen de los recursos necesarios para afrontar dichos cambios.

El calentamiento global se está produciendo más rápido de lo que se pensaba, por eso las soluciones han de ser efectivas y cuanto antes.

Desde el punto de vista sanitario y en concreto desde el papel de técnico en cuidados básicos de enfermería, toca afrontar el problema mediante la divulgación de información al respecto y la educación sanitaria a nivel de prevención en atención primaria y en otras áreas destinadas a este fin.

6 Bibliografía

1. www.who.int
2. greenpeace.org
3. crsannicolas.org

Capítulo 59

EL EMBARAZO ADOLESCENTE Y TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

BEATRIZ PACHECO ZAMARREÑO

1 Introducción

El embarazo adolescente o precoz es el que se da en una mujer adolescente que tiene lugar entre la adolescencia temprana o pubertad desde que empieza la edad de la fertilidad hasta que termina la adolescencia. La OMS dice que la adolescencia va o comprende el período desde los 10 a los 19 años. El concepto se refiere a las mujeres que están embarazadas que no superaron la edad jurídica, que varía dependiendo de los países del mundo, así como las mujeres embarazadas adolescentes que tienen ciertas situaciones de dependencia.

La mayoría de los embarazos en gente adolescente pueden ser embarazos que no hayan sido buscados y haya sido por una mala utilización o la ausencia de uso de métodos anticonceptivos.

La OMS cree que la educación sexual, planificación familiar, los métodos anticonceptivos, asistencia sanitaria a nivel mundial, salud pública y derechos reproductivos.

Las adolescentes que están embarazadas se enfrentan a muchos problemas que están relacionados con el embarazo en otras mujeres.

En niñas de 15 a 19 años, se deben por factores económicos, que el bebé tenga un parto prematuro, anemia, preeclampsia relacionados con la edad biológica, sus características corporales por falta de su desarrollo por su menoría de edad.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es proporcionar conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Metodología

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

4 Resultados

Estas personas adolescentes, el consumo de alcohol y otras drogas les incita a mantener relaciones sexuales sin el uso de protección, por lo que son relaciones sexuales de mayor riesgo porque corren el riesgo de quedar embarazada. El consumo de drogas y medicamentos demostraron problemas vinculados en el embarazo como el alcohol o anfetaminas, pero también otro tipo de drogas como opiáceos, heroína, morfina y oxicodona. El consumo de este tipo de drogas en la mujer adolescente embarazada causan graves problemas en la salud del bebé, llegando a provocar ciertos problemas de salud como trastornos o enfermedades que serán crónicas o de por vida y necesitarán el suministro de medicación.

Algunos de los métodos anticonceptivos que puede usar la mujer pueden ser:

Las pastillas que impiden la ovulación de la mujer, por lo que cuando un hombre y una mujer mantienen relaciones sexuales puede eyacular dentro.

El aro vaginal va colocado de forma doblada en el interior del orificio vaginal para evitar la entrada de espermatozoides y que lleguen al óvulo.

El preservativo es un material de látex que se coloca en el pene del hombre para que a la hora de mantener relaciones sexuales con la mujer, pero a la hora de la eyaculación, puede hacerlo dentro porque este impide el paso de los espermatozoides.

Algunas de las funciones del TCAE pueden ser las siguientes: cambio de la ropa de cama, cambio de pañales, suministrar medicación, ayudar a comer en caso de que el paciente necesite, control de líquidos y diuresis, realizar electrocardiogramas, toma de las constantes vitales, conversar con el paciente y darle ánimos,

realizar talleres o actividades con ellos, reposición de almacenes o materiales para curas u otras funciones.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo sobre el embarazo adolescente, se debe de decir que es muy frecuente hoy en día, en los adolescentes, debido al mal conocimiento o escasa información sobre la educación sexual que desconocen muchas personas adolescentes hoy en día. Por eso se deben de hacer campañas para promocionar y poner en conocimiento los métodos anticonceptivos que se deben de adoptar si una persona es consciente de que no quiere tener hijos o no es el momento deseado por diversas causas como malas situaciones económicas, no tener buen estado de salud o muchas otras diversas causas que pueden ser factores influyentes.

6 Bibliografía

Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2022-12-15]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1024-9435.

Capítulo 60

ENFERMEDAD DE PARKINSON

IRENE PONZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es una patología que se produce por una degeneración de las neuronas de la sustancia negra (ganglios basales), de tal forma que se ve afectada la función del núcleo estriado el cual forma parte de los ganglios basales. Estas neuronas son las encargadas de formar dopamina, la cual actúa como transmisor inhibitor en los ganglios basales, aunque también incita otras partes del encéfalo.

Los ganglios basales se encargan de la planificación del movimiento (intensidad de fuerza, dirección) y control de patrones motores complejos, los cuales precisan de habilidad o destreza. Se encargan de iniciar la actividad conductual (evalúa el entorno y prepara las reacciones motoras, las acelera o las inhibe).

La etiología de la enfermedad de Parkinson es desconocida, pero en los últimos estudios se ha observado que influye la genética (en el 10 % de los casos) y determinados factores ambientales, el 90 % de los casos son de forma esporádica.

La enfermedad de Parkinson afecta a ambos sexos por igual, tiene menor prevalencia en la raza negra que en la raza blanca. Afecta con mayor frecuencia a personas mayor de 60 años, siendo el 95% de las personas que padecen la enfermedad mayores de dicha edad.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el personal sanitario en relación a la enfermedad de Parkinson.

3 Metodología

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

4 Resultados

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad degenerativa de evolución progresiva donde los síntomas van empeorando con el paso del tiempo. Los síntomas más comunes son la bradicinesia, temblor y rigidez.

La bradicinesia se define como la lentitud en el movimiento y en su inicio en determinados. Aparte se disminuye la velocidad en el movimiento espontáneo y automático. Este síntoma suele producirse en los músculos de la cara y músculos de la espalda.

La rigidez es el aumento del tono muscular que se produce a nivel generalizado. Se denomina “signo de la rueda dentada” a la resistencia que se produce en todo el movimiento pasivo de las articulaciones. Presentan dolor muscular producido por esta rigidez mantenida, con aumento de la cifosis torácica.

El temblor es el síntoma principal, la mayor parte de los pacientes inician con este síntoma. El temblor ocurre en reposo, desaparece con el movimiento y con el sueño y empeora en situaciones de estrés. Es rítmico y lento.

Otros síntomas que aparecen en dicha enfermedad es la disminución de gestos en la cara (animia), disfagia, la voz se vuelve monótona y lineal y la letra se vuelve pequeña (micrografía). La velocidad de la marcha se ve enlentecida, con disminución de la longitud del paso y no se produce braceo durante la marcha, a esta marcha se le llama “marcha festinante”.

En muchas ocasiones se acompaña de trastornos mentales como la depresión y ansiedad así como trastornos del sueño.

Conforme progresiva la enfermedad del Parkinson aparecen diferentes cambios en sistemas corporales: cambios respiratorios, pérdida de peso, osteoporosis, problemas en la circulación por dificultad del retorno venoso debido a la escasa movilidad, deformidades y úlceras por presión.

La evolución de dicha enfermedad puede ser de dos formas: lenta (duración de 10 años o menos) o rápida (inferior a 4 años).

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Parkinson se produce por una degeneración de las neuronas de la sustancia negra (ganglios basales), produciéndose un descenso de la dopamina. La etiología de la enfermedad es desconocida, observándose cierto componente genético y determinados factores ambientales. Afecta a ambos sexos con más frecuencia en personas mayores de 60 años y la evolución puede ser lenta o rápida. Los principales síntomas de la enfermedad de Parkinson son la bradicinesia, temblor y rigidez.

La bradicinesia se define como la lentitud en el movimiento y en su inicio en determinados.

La rigidez es el aumento del tono muscular que se produce a nivel generalizado. El temblor de reposo es el síntoma principal, la mayor parte de los pacientes inician con este síntoma.

Otros síntomas que se asocian son la disminución de gestos en la cara (animia), disfagia, la voz se vuelve monótona y lineal y la letra se vuelve pequeña (micrografía). La velocidad de la marcha se ve enlentecida. En numerosas ocasiones se produce depresión y ansiedad.

6 Bibliografía

1. García S. Sauri S. Meza E. Lucino J. Perspectiva histórica y aspectos epidemiológicos de la enfermedad de Parkinson. Medicina Interna de México. 2008;24:28-37.
2. Torres M. Yuste M.J. Prieto D. Estudio de fiabilidad y reproducibilidad de las medidas cirtométricas en miembros superior e inferior sanos. Revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia. 2010;39:166-178.
3. Merello M. Anatomía funcional de los ganglios basales. Marelllo M. Carrera R. Archivos de neurología, neurocirugía y neuropsiquiatría. Buenos aires. P.11-8.

Capítulo 61

PERSONAL DE FISIOTERAPEUTA EXPONE CASO CLÍNICO SOBRE EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN NEURALGIA POSHERPÉTICA

VIRGINIA VELASCO ISUSI

1 Introducción

El herpes zoster es una infección cutánea ocasionada por el ADN virus, caracterizada por un dolor radicular acompañado de una erupción vesiculosa. Su aparición está relacionada con periodos de estrés, edad avanzada, enfermedades autoinmunes y estados de inmunodepresión. La forma de transmisión es a través del contacto directo con el líquido de las ampollas. En cuanto a la incidencia, es muy baja en niños y adultos, en cambio, incrementa en ancianos.

El tratamiento farmacológico consiste en antivíricos: aciclovir, valaciclovir, famciclovir y brivudina.

La neuralgia posherpética es una de la complicación crónica más frecuente del herpes zoster, siendo la duración de esta desde semanas hasta en ocasiones muchos años.

La neuralgia posherpética se define como el dolor dermatómico que persiste por lo menos durante 90 días después de la aparición del exantema del herpes zoster. En la mayoría de los casos suele mejorar con el tiempo.

El dolor neuropático es producido por la lesión de las fibras nerviosas aferentes. Las fibras dañadas no pueden enviar mensajes de la piel al cerebro normalmente, por lo que los mensajes son confusos y exagerados, lo que causa dolor crónico y a menudo insoportable.

Por ello, mediante este caso clínico observaremos si la intervención del fisioterapeuta podrá paliar la sintomatología de esta patología.

2 Objetivos

Describir el tratamiento fisioterápico aplicado en la neuralgia posherpética a propósito de un caso clínico.

Tratar de disminución del dolor de todo el miembro superior izquierdo, ganar recorrido articular del hombro, codo, muñeca y dedos y disminuir el tono muscular de la musculatura escapular.

3 Caso clínico

Varón de 76 años que acude a valoración de fisioterapia derivada por su médico de cabecera con diagnóstico de neuralgia posherpética.

Paciente que en marzo de 2022 amanece con ampollas en la región de la axila izquierda y a lo largo de los días van bajando por toda la región interna de miembro hasta llegar a la palma de la mano. Acude a consulta médica donde es diagnosticado de herpes zoster. Se le pauta un tratamiento farmacéutico hasta la desaparición del herpes.

Tras unos meses, vuelve a consulta, ya que tras la desaparición del herpes se le ha quedado dolor intenso en todo el miembro (no cesa) e incapacidad de movimiento, sobre todo del hombro, aunque también presenta incapacidad de movimiento en codo, muñeca y dedos de la mano. Anteriormente, en 2016, se le diagnostica síndrome subacromial en ese mismo miembro. Por todo ello, el MAP deriva para valoración al fisioterapeuta de atención primaria.

En la valoración de fisioterapia encontramos inflamación de la muñeca y mano, disminución del recorrido articular de hombro, codo, muñeca y dedos de la mano, hipertonía en trapecio izquierdo y región escapular. En cuanto al dolor, el paciente refiere un dolor incapacitante que no cesa durante todo el día aun tomando Lyrica.

El diagnóstico de fisioterapia fue: dolor de todo el miembro superior izquierdo, disminución del recorrido articular de hombro, codo, muñeca y dedos de la mano izquierda, hipertonía de la musculatura escapular izquierda.

Comenzaremos un tratamiento de fisioterapia en días alternos durante 4 semanas, si no conseguimos mejora alguna derivaremos al servicio de rehabilitación para la realización de pruebas diagnósticas.

Durante las primeras sesiones intentaremos paliar el dolor incapacitante de todo el miembro, así como ganar poco a poco el recorrido articular de todo el miembro. El tratamiento realizado fue: ultrasonido en la cara anterior del hombro izquierdo, TENS en hombro y recorrido del nervio cubital, movilizaciones pasivas de todo el miembro y ejercicios de hombro, drenaje linfático en mano y muñeca y masoterapia en región escapular (infraespinoso y supraespinoso) y trapecio. Una vez fuimos ganando recorrido articular se fue añadiendo movilizaciones neuromeníngeas.

Tras la descarga de la musculatura escapular, así como trapecios, se notó una mejoría en cuanto a la movilización de hombro.

En la segunda semana de tratamiento se notó una mejora del recorrido articular, así como disminución del dolor. Por lo tanto, se le añadió ejercicios con gomas (contra resistencia). También disminuyó la inflamación de muñeca y mano.

Pasado el mes de tratamiento el dolor ha disminuido casi totalmente y el recorrido articular se encuentra casi al completo. Se le pautará la realización de los ejercicios en casa para seguir ganando recorrido articular.

4 Discusión-Conclusión

Como conclusión podríamos decir que el tratamiento fisioterápico es beneficioso para producir una mejora en la sintomatología en la neuralgia posherpética. Si bien es cierto que el tratamiento precoz de esta patología hubiese evitado la incapacidad para la movilización del miembro, así como la hipertonía de la musculatura escapular y trapecio.

En este sujeto el dolor exagerado del miembro le llevó a la inmovilización para no sufrir mayor dolor, por lo que unas recomendaciones del fisioterapeuta al comienzo de la sintomatología podría haber evitado esa inmovilización.

Por ello, sería bueno derivar a los sujetos que padecen esta patología para cuanto antes poder paliar la sintomatología.

5 Bibliografía

1. Dayan RR, Peleg R. Herpes zoster - typical and atypical presentations. *Postgrad Med.* 2017; 129(6):567-71

Capítulo 62

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS DE FISIOTERAPIA EN PERSONAS MAYORES CON SÍNDROME POST-CAÍDA

TATIANA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La caída es un síndrome geriátrico de naturaleza multifactorial que tiene consecuencias físicas (mayor dependencia en Actividades de la Vida Diaria (AVD)), sociales (la institucionalización) y psicológicas (depresión, ansiedad o miedo a volver a caer)(1).

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica (2).

Algunos de los factores que aumentan el riesgo de sufrir caídas en personas mayores son: la alteración del sistema vestibular y somatosensorial, la disminución de la coordinación, de los reflejos y de la fuerza muscular, la alteración de la postura y la rigidez (3).

Se deben establecer estrategias para la prevención de caídas (2). Algunas de las estrategias para evitar el síndrome post caída son: la evaluación de riesgos, la modificación del entorno, la promoción del ejercicio y la educación para el aprendizaje de la forma más adecuada de levantarse tras sufrir una caída (4).

El miedo a caer o síndrome post-caída desemboca en una disminución de sus relaciones, favoreciendo el aislamiento social y la institucionalización y provocando dependencia funcional y pérdida de autonomía (5). Se trata, por tanto, de un problema de salud pública que afecta a la población anciana. Conocer aquellos factores de riesgo e intervenir sobre ellos va a favorecer el bienestar del adulto mayor (1).

2 Objetivos

- Rehabilitar una cadera intervenida con prótesis total.
- Participar desde el área de fisioterapia en la prevención de caídas.
- Disminuir las probabilidades de sufrir el síndrome post-caída.

3 Caso clínico

Mujer de 75 años de edad. Sufrió una caída en día 22 de septiembre del 2022 en su domicilio, tras la cual se produjo una fractura en la cadera derecha. Hasta este incidente la paciente era una persona autónoma en las tareas del hogar y mantenía una vida social muy activa. No había sufrido caídas previas importantes. En el momento de la caída refiere no haber sentido mareos ni pérdida de conciencia. Cree haber tropezado y perdido el equilibrio en una zona poca iluminada. Fue encontrada por su hijo tras pasar tres horas en el suelo. Es viuda y vive sola. No presenta deterioro cognitivo ni enfermedades neurológicas.

Las consecuencias de la caída fueron una fractura de cadera que tuvo que ser intervenida con prótesis total, un miedo desproporcionado a volver a caer y una disminución en las actividades del hogar y vida social.

En primer lugar, se procedió a la rehabilitación de la cadera intervenida con ejercicios isométricos, cinesiterapia activo-asistida y ejercicios resistidos de fortalecimiento de glúteos, cuádriceps, abductores y aductores. Se le realizaron masajes en la cicatriz para prevenir adherencias.

En segundo lugar, empezamos con la rehabilitación de la marcha y el equilibrio para poder prevenir futuras caídas. Se realizaron ejercicios de equilibrio y de propiocepción con apoyo bipodal y monopodal en diferentes superficies. Se le recomendó la terapia acuática para aumentar el control postural y la estimulación de la movilidad a nivel global. Se le propusieron ejercicios de bipedestación y marcha con carga progresiva: deambulación con andador, dos muletas, luego una y

finalmente sin bastones. Se le instruyó sobre posiciones prohibidas para evitar la luxación de la prótesis y se le facilitó información sobre el uso de ayudas técnicas y manejo adecuado de las mismas.

En tercer lugar, se le enseñó a la paciente diferentes formas de levantarse del suelo en diferentes situaciones y espacios para poder tener más recursos y afianzar los conocimientos.

Por último, se realizó una evaluación de los posibles riesgos existentes en el propio hogar como en el exterior y se adaptó el entorno para minimizarlos.

4 Discusión-Conclusión

El síndrome post-caída repercute directamente en la vida social del paciente. El anciano presentará mayor dependencia de su cuidador para las AVD creándole sentimiento de culpabilidad y haciéndole sentirse poco útil. También le llevará a hacer menos salidas del domicilio (hacer la compra, dar un paseo o coger el transporte público, por ejemplo) por lo que tendrá un menos contacto social (6).

En este caso y gracias a la rehabilitación física, la paciente ha mejorado tanto físicamente, mejorando su equilibrio y coordinación, como psicológicamente, pues ha ganado seguridad en los desplazamientos y es más independiente funcionalmente sin depender tanto de su hijo, sintiéndose así mejor por ello. En resumen, ha mejorado la calidad de vida que había perdido tras sufrir la caída.

5 Bibliografía

1. Silva-Phon JR, Partezani-Rodrigues R, Miyamura K, Fuentes-Neira W. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. *Enferm. Univ.* 2019; 16(1): 31-40
2. Organización Mundial de la Salud. OMS: Caídas. Datos y cifras. [Internet]. [Consultado 1 dic 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
3. French DD, Margo CE, Tanna AP, Volpe NJ, Rubenstein LZ. Associations of injurious falls and self-reported incapacities: Analysis of the National Health Interview Survey. *J Patient Saf.* 2016; 12(3): 148-151
4. Lueza Valle M, Bolea Tolosana S, Martín Pérez K, Pérez García A. Inestabilidad y caídas en el anciano. *RSI. Revista Sanitaria de Investigación.* RSI [Internet]. [Consultado 2 dic 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/inestabilidad-y-caidas-en-el-anciano/>

5. Carro García T, Alfaro Hacha A. Caídas en el anciano. *Medicina general*. 2005 (77):582-589
6. Gandoy-Greco M, López-Sande A, Varela González N, Lodeiro Fernández L, López Martínez M, Millán-Calenti JC. Manejo del síndrome post-caída en el anciano. *Clínica y Salud*. 2001;12(1):113-119

Capítulo 63

ESCALÓN TERAPÉUTICO EN EL MANTENIMIENTO Y RESCATE DEL ASMA

MARTA DEL ROSAL LÓPEZ

1 Introducción

El asma es una enfermedad que se manifiesta en un porcentaje amplio de la población, este porcentaje que se ve afectado varía de forma significativa dependiendo del punto geográfico donde se realice la recogida de datos. Normalmente, esta variación va correlativa de forma inversa con la altitud de la región y de forma directa con la temperatura. La exacerbación de la enfermedad también se ve influenciada por las estaciones, siendo más alta en épocas de infecciones respiratorias y de reencuentro escolar por diseminaciones de infecciones respiratorias entre escolares.

La afección del asma no es igual en todas las etapas de la vida, por ejemplo, en etapas de niñez, es más común en niños, mientras que una vez pasada la adolescencia, la incidencia es superior en mujeres.

El conocimiento de la enfermedad es básico para su control, dependiendo de cada paciente, se establece un tratamiento de control y otro de rescate. Para que la prescripción y establecimiento de tratamiento cumpla con las expectativas de mantenimiento de la enfermedad y se eviten los momentos de rescate, es primordial conocer los escalones terapéuticos y seleccionarlos adecuadamente para optimizar el control y la adherencia al tratamiento establecido.

Una adherencia adecuada minimizará los episodios de rescate.

2 Objetivos

- Conocer los medicamentos que se utilizan en el control del asma, tanto en mantenimiento como en el rescate.
- Enumerar los escalones de prescripción en el tratamiento del asma

3 Metodología

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

4 Resultados

El Asma varía su prevalencia según el punto geográfico donde se realice el estudio, siendo inversamente proporcional a la altitud y directamente proporcional a la temperatura.

Se produce exacerbación de la enfermedad según la estación en la que en cada punto geográfico se dé la vuelta al cole y las infecciones respiratorias.

El asma durante la niñez es más común en niños, una vez pasada la adolescencia pasa a ser de prevalencia mayor en mujeres.

En el tratamiento del asma, los fármacos utilizados se clasifican en fármacos de control o mantenimiento y en fármacos de alivio o rescate. Los fármacos de mantenimiento se administran de forma continuada. Los fármacos de mantenimiento utilizados en el tratamiento del asma son; glucocorticoides inhalados (GCI) o sistémicos, antagonistas de los receptores de leucotrienos (ARLT), antimuscarínicos, de acción prolongada (LAMA), agonistas beta2 adrenérgicos de acción prolongada (LABA) y anticuerpos monoclonales (omalizumab, mepolizumab, reslizumab, benralizumab, dupilumab).

Los medicamentos de rescate se utilizan para evitar episodios de broncoconstricción de forma rápida. Los fármacos de rescate utilizados en tratamientos de asma son; agonistas beta 2 adrenérgicos de acción corta inhalados (SABA), anticolinérgicos de acción corta inhalados (bromuro de ipratropio), de forma individual o con asociación entre ellos.

En el primer escalón terapéutico de control y mantenimiento del asma se encuentran con uso a demanda los fármacos; SABA o GCI+ formoterol o GCI +salbutamol.

En el segundo escalón terapéutico se encuentran con indicación a demanda los del primer escalón sin tratamiento de mantenimiento, como otra opción ARLT, como fármacos de elección GCI a dosis bajas.

En el tercer escalón terapéutico de mantenimiento de asma se encuentra a demanda SABA o GCI + formoterol, como otras opciones GCI a dosis medias, en fármacos de elección GCI a dosis bajas más LABA.

En el cuarto escalón como fármacos a demanda igual que en el tercer escalón, como otras opciones GCI a dosis medias +ARLT o GCI a dosis media +LAMA+LABA y en fármacos de elección GCI a dosis media + LABA.

En el quinto escalón como fármacos a demanda, los mismos que en el tercer y cuarto escalón, los de otras opciones, si hay mal control añadir uno o más de; LAMA, ARTL y/ teofilina y/o azitromicina. Como fármacos de elección GCI a dosis altas + LABA.

En el sexto escalón los mismos fármacos a demanda que desde el tercer escalón, como otras opciones, si no han funcionado opciones previas, considerar termoplastia endobronquial, si sigue sin funcionar, considerar glucocorticoides VO y triamcinolona IM. Como fármacos de elección tratamiento del escalón anterior más biológicos según fenotipo

5 Discusión-Conclusión

El control del asma se convierte en un objetivo primordial para evitar episodios de rescate que pongan en peligro al paciente, el tratamiento va enfocado a mantener al paciente con el menor número de brotes posibles.

Dependiendo de cada punto geográfico y características del mismo, tanto de altitud como de temperatura y estación del año, la prevalencia se verá influenciada.

Para este tratamiento es primordial conocer los escalones terapéuticos establecidos, concretar los resultados de cada escalón terapéutico en cada paciente y poder progresar a través de los mismos de forma segura y eficaz para asegurar el control de la enfermedad en cada caso y momento de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Becerra, M. H. V. (2009). Epidemiología del asma. NCT Neumología y Cirugía de Tórax, 68(S2), 91-97.
2. Rivera, M. M. Z. (2016). Características clínicas y epidemiológicas del asma bronquial en niños asmáticos en crisis. Dominio de las Ciencias, 2(4), 72-84.
3. Viña, A. L. (2005). Actitudes para fomentar el cumplimiento terapéutico en el asma. Archivos de Bronconeumología, 41(6), 334-340.
4. Medina, A. A., Armentia, S. M., & Cortés, S. F. (2021). Protocolo de tratamiento del asma. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 13(28), 1588-1592.

Capítulo 64

EL ESTRÉS EN EL PERSONAL SANITARIO. RIESGOS Y POSIBLES DAÑOS

MIRIAM LASTRA RAMOS

1 Introducción

La salud mental es como definición el estado de bienestar respecto a cómo piensas, sientes y la manera en que te comportas. Sufrir una perturbación en alguno de estos aspectos puede desencadenar una mala capacidad para enfrentar situaciones cotidianas.

Además de afectar esos trastornos al ámbito personal, lo hace especialmente en el ámbito profesional, el cual desempeñamos con más presión y a la manera en que socializamos con nuestros compañeros.

En estudios realizados por varios psiquiatras españoles y de otros países del mundo se evidencia el impacto de la pandemia en el personal sanitario, entre el gremio de medicina, enfermería, técnicos, auxiliares de enfermería, celadores, administrativos...

Tras la llegada de la Covid-19 han aumentado de manera exponencial una serie de trastornos de la salud, tanto física, como mental, entre los profesionales.

Al inicio de la pandemia los picos de estrés del personal sanitario ponían de manifiesto signos tales como el nerviosismo y la incertidumbre, que desencadenaba graves ataques de ansiedad ante lo desconocido de la situación.

Tras casi tres años de pandemia y haciendo un repaso de lo vivido, lo que cabe resaltar es que el estrés mantenido por la gravedad de la situación han dado lugar a muchos más casos de depresión entre los trabajadores.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Alertar de los problemas físicos y mentales derivados de la situación vivida por el personal sanitario.

Objetivos secundarios:

- Exponer las dificultades con las cuales debemos lidiar a diario.
- Plantear la necesidad de más equipos de apoyo psicológico para los trabajadores.
- Informar y aconsejar de posibles pautas a seguir para enfrentar el malestar generado desde la pandemia.
- Exponer cómo detectar comportamientos indicativos de deterioro de la salud mental.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes portales de internet de respaldo y prestigio, consultando artículos relacionados con la situación psicológica de los sanitarios a raíz de la pandemia y los problemas generados por esta.

4 Resultados

Trabajar en el sector de la salud conlleva una gran implicación por parte del trabajador, ya que debe estar expuesto a un gran número de retos relacionados con: situaciones de desbordamiento asistencial, riesgo de contagio derivados de su práctica laboral, equipos insuficientes y poco ergonómicos, proporcionar apoyo emocional en muchas situaciones, estrés derivado de trabajar de manera directa con el paciente, situaciones delicadas debido a la toma de decisiones que puedan provocar dilemas éticos y morales.

Si a ello lo sumamos la incertidumbre laboral, la precariedad de contratos, la turnicidad y nocturnidad del trabajo, dan como resultado el riesgo de padecer enfermedades coronarias, cerebrovasculares, problemas reproductivos, obesidad...

Estudios demuestran que casi la mitad de los profesionales que solicitan ayuda es debido a síndromes como el “burnout”, en el que un estrés mantenido a lo largo del tiempo provoca que nos encontremos superados por la situación.

Otros muchos consideran como normales los signos y síntomas en el ritmo de vida que llevamos, o simplemente evitan el tratamiento por vergüenza o miedo.

Las encuestas demuestran un aumento preocupante en el número de adultos en los Estados Unidos que reportan síntomas como los que a continuación vamos a detallar. Consecuencia de ello es que ha aumentado el consumo de alcohol o drogas. Hecho que no hace más que empeorar la enfermedad.

Los datos ponen de manifiesto la multitud de problemas psicológicos severos muy importantes con los que tenemos que lidiar. Entre las manifestaciones emocionales más frecuentes cabe resaltar el miedo, la angustia, problemas de insomnio, ansiedad, depresión, trastornos de estrés postraumático, síndrome del trabajador quemado, etc. llegando a afectar alguna de ellas a dos de cada tres profesionales.

Es por ello imprescindible prestar mucha atención a las necesidades de apoyo emocional del personal sanitario y a la urgencia de mejora en su situación laboral.

Algunos consejos a ofrecer para ayudar al bienestar del personal sanitario pueden ser: informar e insistir en la idea de cuidar de las necesidades básicas de cada uno, facilitar en la medida de lo posible el descanso, especialmente en trabajadores que se encuentren con situaciones laborales de turnicidad, mantener contacto y favorecer la buena relación con los compañeros, facilitar la comunicación entre ellos, planificar los tiempos fuera del trabajo para poder disfrutar de ocio, de tiempo con la familia, etc. limitar la exposición a los medios de comunicación o redes sociales que en muchos casos alarman más que informan. Y lo más importante: solicitar ayuda psicológica si es necesario...

5 Discusión-Conclusión

Es primordial detectar a tiempo los posibles signos o síntomas derivados del estrés por lo que se deben realizar revisiones periódicas para valorar el estado tanto físico, como mental del trabajador.

Un diagnóstico correcto se basa en el estudio de antecedentes clínicos, estudio físico, la realización de cuestionarios o entrevistas adaptados para saber el estado

de ánimo y emocional con la mayor profundidad posible.

Por lo general es importante detectar comportamientos susceptibles como apatía, cambios de humor, ira, sensación profunda de tristeza, abuso de sustancias, incapacidad para el correcto desarrollo del trabajo, etc.

Tras haber sido diagnosticado por el profesional de apoyo psicológico se deben tratar los problemas generados a raíz del estrés.

Por lo tanto, debe haber un respaldo psicológico para la salud mental en la misma medida que lo hay para proteger la salud física.

6 Bibliografía

1. Saepe.es.
2. Unitecoprofesionales.es.
3. Scielo.org.
4. Revistamedica.com.

Capítulo 65

LA IMPORTANCIA DE LA CORRECTA ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

MIRIAM LASTRA RAMOS

1 Introducción

La violencia de género es la violencia basada y ejercida por la diferencia subjetiva entre hombres y mujeres. Abarca o afecta a cualquiera de los estratos sociales, los diferentes niveles educativos, culturales y económicos.

Esta violencia es ejercida por parte de quienes hayan tenido, o tengan una relación de afectividad con la víctima, véase parejas o ex-parejas.

Es importante tener en cuenta, y muy presente, que cualquier acto que atente, o con el cual se trate de dañar a una persona por su género supone una vulneración de los derechos humanos.

A lo largo de este año 2022 la cifra de víctimas mortales por violencia de género asciende a 38 y es aún más escalofriante si vemos la cifra desde el 1 de enero de 2003 hasta hoy, en la que 1171 mujeres han perdido la vida.

La violencia de género puede manifestarse de diferentes maneras, como son en forma de violencia física, sexual, violencia emocional, violencia psicológica, en la que podemos incluir las amenazas la coacción o la privación arbitraria de la libertad.

Esto tiene como resultado el sufrimiento y graves consecuencias físicas, económicas y psicológicas para la mujer.

Por lo tanto, es de vital importancia que la víctima sea consciente de la situación que está sufriendo para contarla, solicitar la ayuda correspondiente y poder denunciarlo.

2 Objetivos

- Concienciar a la población del grave problema que supone la violencia de género.
- Resaltar la importancia de los protocolos y correcta actuación del personal sanitario en los casos de violencia de género.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo he realizado una búsqueda por diferentes páginas web, principalmente las del gobierno de España y determinadas asociaciones contra la violencia de género, con el fin de recoger información lo más veraz y actualizada posible. Seleccionando así artículos de publicaciones revisadas.

4 Resultados

Cabe resaltar que no existe un perfil único de maltratador, pero existe un rasgo a destacar que suele ser común a todos ellos y es la compulsividad. Eso sí, sin llegar a ser necesariamente una psicopatología. Conviene no limitarnos a los estereotipos de antaño en los que la figura de maltratador venía acompañada de individuos los cuales consumían drogas, alcohol, tenían problemas psíquicos o traumas infantiles.

A continuación pasaremos a puntualizar algunos de los signos más susceptibles de considerarse maltrato en una relación de pareja:

- Recibir mensajes de acoso, de tipo humillante, de manera reiterada y continua con el fin de tener controlada a la víctima.
- Demostración de miedo o nerviosismo por parte de la mujer y la justificación de ciertas actitudes agresivas de su pareja.
- Tener acceso limitado o nulo a las finanzas personales.

- La víctima sufre cambios de comportamiento repentinos y evita el contacto visual con el cual llegue a sentirse muy incómoda.
- La mujer pierde interés en dedicar tiempo a sus propias aficiones y sufre cambios en las conductas de sueño y/o apetito.

Existe a disposición de la ciudadanía un número de teléfono de atención a toda víctima de cualquiera de las formas de violencia hacia la mujer que es el 016, el teléfono de Emergencias Sanitarias 112. Un número de WhatsApp, 600 000 016 y diferentes instituciones implicadas en los casos de violencia de género. Algunas de ellas son: la delegación del gobierno contra la violencia de género, unidades de violencia, observatorio estatal de violencia sobre la mujer y otros órganos competentes.

Los servicios sanitarios pueden tener un papel crucial en la lucha contra la violencia de género.

Las mujeres víctimas de esta violencia acuden a diario a los servicios sanitarios, bien sea, a través de atención primaria, urgencias, obstetricia, ginecología y salud mental. Por lo que la coordinación y cooperación de los diferentes servicios es imprescindible.

Se necesita un modelo de atención integral a la salud y una escucha activa y empática por parte de los trabajadores sanitarios, ya que la detección de la situación de violencia predispondrá a la ruptura de silencio de la víctima y podrá suponer el primer paso ante el proceso de denuncia.

En el ámbito sanitario existen unos protocolos de actuación frente a la violencia de género que van dirigidos a los profesionales de los Servicios de Salud y unas actuaciones sanitarias comunes.

La finalidad de estos documentos es elaborar unas pautas de actuación básicas y unos algoritmos sencillos para elaborar unas respuestas.

La prioridad es ofrecer una atención sanitaria integral que incluya:

- Atención específica.
- Toma de muestras para la atención médica.
- Toma de muestras biológicas con fines judiciales.
- Valoración individual de profilaxis.
- Registro en la historia clínica de la paciente.
- Cumplimentar el parte de lesiones, consentimiento informado, cadena de custodia de las muestras y otros.

- Asegurar el seguimiento médico posterior de la víctima.

Existe en la actualidad una campaña de sensibilización para el ámbito sanitario. Se trata de un cartel con el mensaje: “Hay salida a la violencia de género. Confía en tu personal sanitario. Cuéntanos lo que está pasando” con el fin de que la víctima pueda solicitar ayuda en cualquier centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario hasta la actualidad recibe muy poca, o muy pobre formación a cerca de la violencia de género y a cerca de los protocolos de actuación en su comunidad autónoma.

Es importante tener en cuenta que en el caso de denuncias el parte de lesiones elaborado por el personal sanitario juega un papel fundamental ante la ley. Por lo tanto, debe ser imprescindible realizar una batería de preguntas a la mujer maltratada y un examen físico lo más exhaustivos posibles. Esto permitirá elaborar un informe detallado y conciso a cerca de la situación.

La paciente debe ser informada de los medios de apoyo de los que dispone para poder realizar la denuncia.

La formación del personal sanitario permitiría que ellos puedan dar una información útil y actualizada a la paciente y puedan realizarle un seguimiento médico que se alargue en el tiempo para que esa lamentable situación no se repita.

6 Bibliografía

1. violenciagenero.igualdad.gob.es.
2. inmujeres.gob.es.
3. unwomen.org.

Capítulo 66

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y SUS FUNCIONES, ÁREAS Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN EL LABORATORIO

ROSA MARÍA JIMÉNEZ MORENO

JOSE DAVID ALVAREZ GARCIA

BLANCA VERÓNICA GONZÁLEZ MATA

ELENA PABLO ESTEBAN

DAVID GONZALEZ DIAZ

1 Introducción

Un laboratorio sanitario se define como la unidad básica, formada por una o varias salas (técnicas, recepción, almacenamiento, etc.) en las que se aplican diversos métodos analíticos con el fin de proporcionar resultados relevantes para unos objetivos específicos relacionados con la salud (bien sea en investigación, diagnóstico o vigilancia de la salud).

Los laboratorios ofrecen múltiples servicios a distintos receptores. Los laboratorios contribuyen a la mejora de la asistencia sanitaria y la salud pública a través de su actividad diagnóstica.

Hay distintos tipos de laboratorio: biología molecular y genética, bioquímica clínica, hematología, inmunología, microbiología y parasitología, anatomía patológica, análisis clínico.

Los servicios de laboratorio engloban todo un conjunto de actividades llevadas a cabo cuyos resultados se utilizan para fines como la asistencia clínica o la vigilancia de la salud. Es por esto que es una parte importante de todos los sistemas de salud.

El Procedimiento Normalizado de trabajo (PNT) es un documento escrito que desarrolla la secuencia específica de operaciones y métodos que deben aplicarse para una finalidad determinada. Proporciona una manera según debe realizarse el procedimiento cada vez que se repita en el laboratorio. El fin del PNT es garantizar la calidad e integridad de los resultados que se obtienen.

2 Objetivos

- Describir el laboratorio de análisis clínicos, incluyendo sus áreas y organización en el trabajo.
- Diferenciar las funciones entre técnico de análisis clínico y de anatomía patológica.

3 Metodología

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

4 Resultados

El análisis clínico consiste en un examen cualitativo y cuantitativo de las sustancias que se encuentran en nuestro organismo. Su objetivo es determinar si sufrimos alguna alteración o anomalía según la referencia estándar.

En el laboratorio de análisis clínicos se realizan los exámenes de muestras biológicas. Contribuyen al estudio, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención de enfermedades, así como a identificar cualquier alteración del estado fisiológico.

El laboratorio clínico exige una alta preparación de los especialistas que trabajan en él. En el manejo de técnicas complejas, y aparatos que presentan un manejo complicado.

Objetivos básicos del laboratorio clínico: servir de apoyo a la clínica en el correcto diagnóstico del paciente; hacer un seguimiento de la evolución de las enfermedades; y, controlar la eficacia de las terapias.

Funciones del técnico superior de laboratorio clínico: organizar y gestionar la zona de trabajo; realizar los ensayos de bioquímica procesando y analizando muestras; realizar estudios microbiológicos; recoger, registrar, clasificar y distribuir muestras biológicas; realizar estudios genéticos y hematológicos procesando muestras de médula, sangre; conocer las herramientas informáticas necesarias para el desarrollo de su trabajo; comprender el marco legal en el que trabaja.

En cuanto a las áreas del laboratorio, contamos con:

- Sala administrativa, de atención al paciente y de recepción de muestras.
- Sala de espera.
- Sala de toma de muestras.
- Sala o zona de laboratorio, que debe contar con una zona de separación y distribución de muestras y otra zona para el procesado.
- Área de almacén.

Par rentabilizar la inversión en el laboratorio, la organización tiende a invertir en control de calidad, y en grandes laboratorios con una gran capacidad de procesado. Por este se definen unas posiciones de autoridad, estableciendo un responsable de cada tarea, y qué persona o personas tiene a su cargo. La jerarquización debe reflejar relaciones formales que permitan visualizar la división del trabajo y los puestos que hay dentro del laboratorio. Esto sirve para garantizar la prestación, optimizar recursos, mejorar la calidad y el rendimiento, y mejorar la seguridad.

La anatomía patológica estudia alteraciones morfológicas, tanto macroscópicas, como microscópicas, como ultramicroscópicas, que se producen en el desarrollo de una enfermedad.

La anatomía patológica es útil a diferentes niveles como diagnóstico y estudio de procesos patológicos.

Las herramientas que utiliza son la necropsia, la biopsia y la citología.

Objetivos de la anatomía patológica: diagnóstico, establecer factores pronósticos, e investigación clínica.

5 Discusión-Conclusión

Los análisis clínicos contribuyen al estudio, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención de enfermedades. También a la identificación de cualquier modificación del estado de salud.

La anatomía patológica tiene entre sus objetivos: diagnosticar enfermedades, establecer factores pronósticos, y la investigación clínica.

Las funciones de un técnico Superior en Laboratorio Clínico son organizar y gestionar el área de trabajo; recoger, registrar, clasificar y distribuir muestras biológicas; realizar análisis de bioquímica, microbiología, hematología, genética e inmunología, procesando dichas muestras; utilizar programas informáticos relacionados con dichos análisis; interiorizar el marco legal, económico y organizativo que regula la profesión sanitaria.

La principal diferencia entre análisis clínico y anatomía patológica es que en esta última los estudios son generalmente morfológicos.

6 Bibliografía

1. Fraiz, F. J., Organización funcional de los laboratorios de análisis clínicos. 2003. Revista de Diagnóstico Biológico. Vol 52. No 1.
2. Burnett, D. Acreditación del laboratorio clínico. 1998. Editorial Reverte S.A.
3. Guía Laboratorios Clínicos. 2004. Consejería de Salud.

Capítulo 67

TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL CONTEO DE GLÓBULOS BLANCOS

ROSA MARÍA JIMÉNEZ MORENO

JOSE DAVID ALVAREZ GARCIA

BLANCA VERÓNICA GONZÁLEZ MATA

ELENA PABLO ESTEBAN

DAVID GONZALEZ DIAZ

1 Introducción

El conteo de glóbulos blancos en laboratorio es una técnica, en la que se utiliza el conteo de los principales glóbulos blancos (neutrófilos, linfocitos, monocitos, eosinófilos y basófilos) que forman parte del sistema inmunitario, que participan en la lucha de procesos, tanto infecciosos como víricos, donde los niveles de estas células sanguíneas se verían alterados. Es utilizada principalmente para la detección y seguimiento de procesos infecciosos y víricos, así como de enfermedades que afectan al sistema inmunitario de forma temporal o crónica.

Este conteo, también nos serviría para la detección de otros tipos de enfermedades, ya fuera por un aumento o disminución de estas células sanguíneas, siendo estas afectadas de una forma directa o indirecta por dicha enfermedad.

En recién nacidos se realizará de forma rutinaria para comprobar el buen estado de su sistema inmunitario, y comprobar que no existe ningún problema de salud grave.

Hay que tener en cuenta, que este procedimiento tan solo recuenta los glóbulos blancos en sangre de una forma global, por lo que en alguna ocasiones esta prueba se ve reforzada con una prueba denominada fórmula leucocitaria, donde si se lleva a cabo el conteo de cada tipo de glóbulos blancos presentes en la muestra recibida del paciente en cuestión (también puede ser solicitado: un frotis sanguíneo, hemograma, frotis de médula ósea, etc.).

Estas dos técnicas son realizadas en todos los laboratorios donde se analiza sangre de pacientes, ya que permiten valorar de una forma eficaz el estado del sistema inmunitario del paciente, siendo así pruebas de apoyo a la hora de diagnosticar los pacientes atendidos.

2 Objetivos

Explicar e indicar los valores normales y patológicos de glóbulos blancos por parte del técnico de laboratorio en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la confección del actual capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica mediante una búsqueda sistemática en las siguientes fuentes de datos: MedlinePlus, Pubmed, Dialnet y Scielo, de donde se han seleccionado tanto artículos científicos como libros para su análisis posterior siendo todos estos revisados académicamente, utilizando en la búsqueda los siguientes descriptores: glóbulos, blancos y conteo.

4 Resultados

Los niveles normales de glóbulos blancos en un paciente sano en el torrente sanguíneo son de 4500 a 11000 GB por microlitro (dependiendo del laboratorio que efectúe el conteo podrá existir una variación en los niveles que se consideran normales), pudiendo existir variaciones por la edad de los pacientes (como por ejemplo: los niños recién nacidos los niveles estarían al entorno de los 9.000 a 30.000 por mm³) o por tratamientos que estos estén recibiendo.

Unos niveles superiores a los normales sería indicativo una leucocitosis, lo cual podría suponer que el paciente está sufriendo una infección producida tanto por una bacteria como por un virus, que el paciente sufre algún proceso alérgico o enfermedad inflamatoria, algún tipo de leucemia, incluso este ascenso puede ser

producido tras una operación o daño significativo de los tejidos por quemaduras graves.

Unos niveles inferiores a los normales serían indicativos de una leucopenia, lo cual podría suponer: daños en la médula ósea (producidos por una infección, enfermedades como el cáncer de médula, o porque el paciente ha recibido tratamientos como la quimioterapia), trastornos autoinmunitarios (como podría ser el lupus), o que el paciente sufre VIH o sida (por la destrucción de los linfocitos T).

Si la prueba es pedida para el seguimiento del estado de un paciente, los resultados de esta prueba nos estarían indicando si el estado del sistema inmunitario del paciente está mejorando, o en su defecto está empeorando con el tratamiento recibido por el médico, es decir, si los niveles vuelven a la a unos valores dentro de la normalidad, indicaría que el tratamiento es eficaz, mientras que si estos niveles disminuyen o aumentan por encima por debajo de los niveles normales, sería indicativo de que el tratamiento no surte efecto en esta situación.

No hay que descartar que existen otras posibilidades, para que los resultados del conteo sean anormales, como por ejemplo, el uso de fármacos antitiroideos o diuréticos, los cuales pueden llegar a alterar los resultados de estas pruebas, provocando errores en los datos obtenidos e impidiendo que estos puedan ser utilizados para el diagnóstico final del paciente, creando la necesidad por parte del médico a la realización de un mayor número de pruebas para el paciente, teniendo en cuenta la sintomatología, resultados del examen físico, e historia clínica del paciente en cuestión.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva se trata de una prueba poca invasiva, ya que solo habremos de tomar una muestra de sangre venosa procedente de uno de los brazos del paciente, llegando solo a producir una pequeña molestia temporal a la hora de introducir y retirar la aguja. Tan solo variará la zona de toma si el paciente es un bebé, ya que esta se tomará del talón recogiendo un par de gotas, de la cual obtendremos la información suficiente para conocer de una forma rápida y sencilla el estado actual del sistema inmunitario del paciente atendido, así como si el médico está realizando un seguimiento de un tratamiento y es necesario saber si este está funcionando correctamente, o se está realizando el seguimiento de una enfermedad crónica que afecte a las células del sistema inmunitario para conocer si su evolución está siendo la espera o ha sufrido alguna alteración inesperada.

6 Bibliografía

1. <https://dialnet.unirioja.es/>.
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>.
3. <https://medlineplus.gov/>.
4. <https://scielo.org/es/>

Capítulo 68

TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA EVALUACIÓN PARA LA HEPATITIS C

ROSA MARÍA JIMÉNEZ MORENO

JOSE DAVID ALVAREZ GARCIA

BLANCA VERÓNICA GONZÁLEZ MATA

ELENA PABLO ESTEBAN

DAVID GONZALEZ DIAZ

1 Introducción

La gota de sangre seca (DBS) se utiliza cada vez más para la detección del virus de la hepatitis C (VHC). Aproximadamente 71 millones de personas tienen infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) y alrededor del 80% no están diagnosticadas, lo que conduce al desarrollo de enfermedad hepática y/o la transmisión de la infección por VHC a otras personas sin saberlo.

Además, el diagnóstico del VHC sigue siendo problemático para las personas de países de ingresos bajos y medianos (PIBM) y las poblaciones de difícil acceso en los países desarrollados (personas que se inyectan drogas [PWID], personas sin hogar, inmigrantes y trabajadores sexuales), donde pocas personas tienen acceso al diagnóstico.

El diagnóstico estándar del VHC requiere una prueba serológica inicial, seguida de una prueba confirmatoria de ácido nucleico (NAT) para la detección de ácido ribonucleico (ARN) del VHC en muestras de suero/plasma obtenidas durante la

extracción de sangre venosa de rutina. Las pruebas requieren instalaciones y equipos de alto costo (no siempre disponibles en entornos con recursos limitados) y personal especializado e infraestructuras adecuadas para la recolección, transporte y almacenamiento de muestras de sangre venosa. Además, algunos pacientes, como los PWID, pueden tener un acceso venoso limitado, lo que dificulta aún más el diagnóstico.

El cribado del VHC en muestras de DBS tiene un rendimiento diagnóstico sobresaliente, sin diferencias relevantes entre las técnicas utilizadas. Sin embargo, la validez externa puede ser limitada cuando la prevalencia del VHC es baja.

2 Objetivos

- Realizar una revisión de la metodología para el cribado del VHC en muestras de DBS.
- Evaluar el rendimiento del cribado del VHC a partir de muestras de DBS.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se han propuesto varias estrategias para superar las dificultades que presentan estas pruebas para el diagnóstico estándar del VHC. Uno es el uso de gotas de sangre seca (DBS), que se obtienen mediante punción con el dedo y depositando las gotas de sangre sobre un papel de filtro. Este enfoque puede utilizarse para el diagnóstico del VHC en pruebas serológicas (anticuerpos anti-VHC) y en pruebas virológicas (ARN-VHC). DBS facilita el proceso de muestreo al evitar la venopunción y eliminar la necesidad de separar las muestras de plasma. Además, las muestras de DBS son altamente estables a temperatura ambiente, y no es necesario mantener la cadena de frío para el almacenamiento de las muestras y el transporte al laboratorio de procesamiento. Estas ventajas han hecho que el muestreo

con DBS sea un enfoque prometedor para la detección del VHC y la vigilancia epidemiológica en países de ingresos bajos y medianos y grupos de riesgo.

La ECP se utiliza cada vez más para la detección del VHC, aunque la sensibilidad y especificidad de este enfoque para la hepatitis C siguen siendo inciertas. Además, la metodología de laboratorio utilizada para el análisis de muestras de DBS es muy diversa, cubriendo una amplia gama de entornos. En los últimos años, se han publicado varias revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre este tema.

Sin embargo, hasta donde sabemos, ninguno ha realizado un análisis detallado de la precisión diagnóstica del cribado de laboratorio para el VHC. Por lo tanto, nuestro objetivo fue analizar cuidadosamente el rendimiento diagnóstico de la metodología que permite la detección de la infección por VHC en muestras de DBS, particularmente en el tipo de ensayo diagnóstico utilizado, mediante la realización de un metanálisis de todos los estudios elegibles publicados hasta la fecha.

En la era actual de los antivirales de acción directa para el tratamiento del VHC, existe una necesidad creciente de identificación rápida, sensible y específica de las personas infectadas con el VHC para permitir una terapia rápida eficaz contra el VHC, implementar medidas de control de infecciones específicas del VHC y disminuir la prevalencia del VHC.

5 Discusión-Conclusión

Las pruebas de detección del VHC en muestras de DBS pueden tener el potencial de satisfacer algunas de estas necesidades, aunque se deben considerar sus limitaciones actuales en el rendimiento diagnóstico. Deben desarrollarse ensayos más sensibles para aumentar el potencial de DBS como herramienta de detección del VHC.

El cribado del VHC a partir de muestras de DBS tiene un rendimiento diagnóstico sobresaliente, sin diferencias relevantes en la precisión diagnóstica según el tipo de técnica utilizada para la detección de anticuerpos anti-VHC o ARN-VHC. Sin embargo, la validez externa puede ser limitada cuando la prevalencia del VHC es baja. Este enfoque podría ser útil para la implementación de programas nacionales para el control de infecciones por VHC en países de ingresos bajos y medianos y en poblaciones de difícil acceso. Se necesitan más estudios para determinar la precisión del diagnóstico en entornos del mundo real.

6 Bibliografía

1. OMS. Informe mundial sobre hepatitis 2017. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 83 (Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza 2017).
2. Easterbrook, PJ & Group, WGD A quién realizar la prueba y cómo realizar la prueba para la infección por hepatitis C crónica - Guía de pruebas de la OMS de 2016 para países de ingresos bajos y medios. J. Hepatol. 65, S46-S66 (2016).
3. Midgard, H. et al . Epidemiología del VHC en grupos de alto riesgo y riesgo de reinfección. J. Hepatol. 65, S33–45, <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2016.07.012> (2016)

Capítulo 69

LUMBALGIA: FACTOR DE RIESGO OCUPACIONAL QUE AFECTA A LA MAYOR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

LORENA ABREVAYA GONZÁLEZ

LUCIA VIDAL PEREZ

1 Introducción

Lumbalgia se define como una sensación de dolor en área circunscrita a columna lumbar que afecta a la movilidad de la zona. Ese dolor puede tener un origen muy variado desde factores biomecánicos a psicosociales.

Los sanitarios en general, utilizan su cuerpo como herramienta de trabajo. Muchas veces es inevitable en la labor sanitaria adoptar posturas que perjudican a nuestro cuerpo. Aún si las condiciones de trabajos son óptimas, nuestro cuerpo se siente resentido debido a las malas posturas que debemos adquirir para llevar a cabo nuestro trabajo, así como las horas que debemos de estar en pie, posturas estáticas, etc. Todo ello genera una fatiga en nuestra zona lumbar que concluye en una lumbalgia.

A diferencia de una enfermedad común, se le considera una enfermedad ocupacional porque nace a partir del trabajo que realiza una persona. Por ello actualmente es considerada un factor de riesgo ocupacional en el personal sanitario dado que son personal perteneciente al grupo de alto riesgo.

Actualmente es una de las causas mayores de baja en personal sanitario en países desarrollados, por ello hay numerosos estudios intentando mejorar esta situación,

para mejorar la salud de los trabajadores y por los costes económicos que estas conllevan.

2 Objetivos

Hacer una revisión de la lumbalgia en el personal sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Google Scholar e Internet utilizando palabras claves como “lumbalgia en sanitarios”, “riesgo ocupacional en los hospitales” y “lumbalgia ocupacional”. Entre los artículos revisados, destacan los publicados por La Revista Colombiana de Reumatología y por la Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina de Trabajo.

4 Resultados

La lumbalgia es una enfermedad que puede afectar a personas de distinta edad, y que limita la vida de estos pacientes. Este dolor se puede manifestar de múltiples maneras y tener causas muy variadas, por ello se insiste en que el enfoque debería de ser multidisciplinar para que se integren tantos aspectos biológicos, como laborales y sociales.

En el año 2015, fue una de las causas mayoritarias de discapacidad en varios países, lo que trae como consecuencias bajas laborales que se ven reflejadas en un gasto socioeconómico, ya sea por los costes médicos como también por los costes de estas bajas.

Cabe destacar, que no solo el hecho de trabajar en posturas inadecuadas o estáticas genera el dolor lumbar, el sobrepeso y la obesidad, así como la falta de ejercicio influye en el desarrollo de la enfermedad.

En el área de Salud Ocupacional se plantea como modificar las condiciones del trabajador para mejorar su competencia cinética (capacidad de realizar movimientos de manera efectiva).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha definido salud ocupacional como: “... la promoción y el mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones; la prevención entre los trabajadores de las desviaciones de salud causada por sus condiciones de trabajo; protección de los trabajadores en su empleo de riesgos resultantes de factores

adversos a su salud; ubicación y mantenimiento del trabajador en un ambiente ocupacional adaptado a su condición fisiológica y, para resumir, la adaptación al trabajo al hombre y la relación del hombre con su ocupación.”

Muchas de las lumbalgias podrían solucionarse fácilmente gracias a un diseño ergonómico del puesto de trabajo, y a la formación de los trabajadores en cuanto a cuáles son las mejores posturas para desarrollar una tarea. Además, de que la atención temprana de una dolencia puede evitar que se vuelva crónica.

5 Discusión-Conclusión

Es innegable que la lumbalgia es una compañera en el sector sanitario. Se trata de un trabajo asistencial, el cual muchas veces hay que realizarlo adoptando posturas, sobrecargando el cuerpo o estando en posiciones estáticas durante mucho tiempo que afectan a la zona lumbar. Si bien, es inevitable llevar a cabo algunas de esas tareas, otras podrían ser mejoradas con formación a los trabajadores y adaptando los puestos a condiciones ergonómicas mejores.

Es importante resaltar, que tanto la formación del personal sanitario en cuestiones de salud ocupacional, así como la rapidez en la búsqueda de asistencia médica pueden evitar que algunas situaciones agudas se conviertan en un dolor crónico.

Los hospitales, tanto los públicos como los privados, deberían integrar dentro de las gestiones de la empresa la búsqueda de mejoras en los puestos de trabajo para evitar estas dolencias, ya sea buscando la mejora en la salud de sus trabajadores, como para evitar los costes económicos que la baja por enfermedad ocupacional requiera.

6 Bibliografía

- 1- M. T. Pujol. Factores De Riesgo Ocupacionales en el Personal Sanitario.
- 2- M. T. Vicente-Herrero, S. T. Casal Fuentes, G. V. Espí-López y A. Fernández-Montero. Dolor lumbar en trabajadores. Riesgos laborales y variables relacionadas. *Rev colomb reumatol* 2019;26(4):236–246
- 3- J.M. Díez Fernández. Estudio de los factores clínico-epidemiológicos de las lumbalgias en trabajadores y su relación con la satisfacción laboral. *Rev Asoc Esp Med Trab*. Diciembre 2018 vol 27 Núm. 4 189-262

Capítulo 70

EL VIRUS DEL ÉBOLA

SARA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

El ébola es una enfermedad infecciosa viral aguda que produce fiebre hemorrágica en humanos y primates y cuya tasa de mortalidad puede llegar al 90%.

Este virus es uno de los más letales que conozco, se detectó por primera vez en 1976 en dos brotes ocurridos en Sudán y el Congo, la aldea en la que se produjo, está situada cerca del río Ébola y por eso el virus se llama así. El virus ataca principalmente a las células endoteliales que recubren los vasos sanguíneos y participan en la coagulación, al dañar a todos los vasos sanguíneos lo que ocurre es que las plaquetas no son capaces de coagular y en los pacientes se produce un shock hemorrágico que deriva en una enorme pérdida de sangre, este virus se transmite a través de fluidos como saliva o semen entre personas que tienen la enfermedad como en cadáveres que han fallecido a causa de esta enfermedad por ello el manejo de estos cadáveres debe ser bajo riguroso control de higiene mediante la utilización de guantes y productos desinfectantes que eviten la transmisión de esta enfermedad, ya que es potencialmente contagiosa y en la mayor parte de los casos suele ser mortal.

2 Objetivos

Hacer una revisión bibliográfica acerca del virus del Ébola.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se han buscado en libros y se han consultado infinidad de artículos en bases de datos como pubmed, Medline, Google scholar y Scielo, seleccionando artículos mas importantes y relevantes ,procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En España se ha registrado el primer caso confirmado con el virus de Ébola, se trata de una auxiliar de enfermería que atendió a dos misioneros que venían de países africanos, desde este caso han salido hablando una gran cantidad de epidemiólogos y uno de ellos llamado David heymann ha asegurado que tras el contagio de esta auxiliar no hay riesgo de que se produzca una gran epidemia en España, también han asegurado que es difícil el contagio de este virus a través de los inmigrantes que llegan de Ceuta y melilla, existen varias unidades en hospitales de España dedicadas a este tipo de enfermedades tropicales como el hospital de la paz de Madrid y el hospital clinic de Barcelona.

El ministerio de sanidad, tiene un centro de coordinación de emergencias sanitarias desde los cuales se estudian los protocolos de actuación los cuales están llevados a cabos o dirigidos por la OMS, y estos se dirigen a cada comunidad autónoma que es la que se encarga de gestionarlo.

Cada comunidad autónoma se gestiona de manera diferente y acorde con sus valores todo esto lo hemos podido ver en la pandemia que hemos tenido reciente de coronavirus, cada comunidad autónoma se organizaba de una manera determinada, pero todo guiado por la normativa del gobierno o de la OMS que daba una serie de pautas que se debían de llevar a cabo y respetar, pero también esto a lo que puede llevar es a un mayor descontrol y desorganización, ya que cada comunidad aplica sus propias gestiones y no van a ser igual unas a otras provocando un mayor caos y descontrol y provocando un control de la epidemia mucho más descontrolado.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión podemos decir que, para que en los hospitales no haya contagios los trabajadores sanitarios que atienden a pacientes con el virus del Ébola deben aplicar, además de las precauciones generales, otras medidas de control de las infecciones para evitar cualquier exposición a la sangre o líquidos corporales

del paciente y el contacto directo sin protección con el entorno posiblemente contaminado.

Los protocolos también incluyen los modos en que el material sanitario debe usarse y desinfectarse para prevenir el contagio, unas medidas que también se extienden al personal de laboratorio que analiza las muestras tomadas para diagnóstico.

6 Bibliografía

1-pubmed.

2-Tratado médico acerca del Ébola

Capítulo 71

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMÁGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA ARTERIOGRAFÍA

MARTA PEDREGAL ÁLVAREZ

1 Introducción

La arteriografía es una técnica radiológica que a través de los rayos X y un tinte especial permite la visualización del interior de las arterias, permitiendo observar el recorrido de las mismas.

Este procedimiento se utiliza para visualizar las arterias del corazón, cerebro y riñones, entre otras.

Para realizar la prueba, se introduce un catéter dentro de la arteria que se desea llevar a estudio a través del cual se introduce un medio de contraste radiológico yodado. Esta técnica también suele llamarse cateterismo.

La prueba suele durar entorno a 30-60 minutos y el Técnico Superior en Imágenes para el Diagnóstico debe saber qué pasos se realizan para ejecutarla, así como el cuidado que debe prestar al paciente mientras se realiza y las recomendaciones necesarias que debe aportar al paciente una vez finalizada.

Tras la técnica, se debe colocar un apósito compresivo en el punto de punción y se debe indicar al paciente que mantenga reposo en cama entre 6 a 24 horas, según sean las indicaciones médicas establecidas.

A pesar de ser una técnica muy utilizada dentro del ámbito sanitario, no está exenta de complicaciones, las cuales deben estar en conocimiento por parte del Técnico Superior en Imágenes para el Diagnóstico.

2 Objetivos

El objetivo principal establecido para esta revisión bibliográfica ha sido analizar el estudio radiológico de las arterias conocido como arteriografía.

3 Metodología

Recopilación de información en bases de datos científicas como Pubmed, Cuiden y Medline. Para acotar la búsqueda se utilizaron palabras clave como: angiografía, técnica, procedimiento, cateterismo, arteria.

Los criterios de inclusión establecidos fueron publicaciones en idiomas inglés y español, con acceso gratuito, a texto completo y previamente revisadas.

4 Resultados

La arteriografía es un procedimiento radiológico que se utiliza cuando existe sospecha de patología vascular arterial.

Este procedimiento permite saber si existe un bloqueo arterial, en que punto exacto se está produciendo y la gravedad del mismo, determinado si el bloqueo está ocasionado por la presencia de coágulos sanguíneos (embolia) o por la presencia de aterosclerosis (estrechamiento del canal arterial). Otra causa puede ser un aneurisma (dilatación anormal de la pared del vaso sanguíneo) que si se rompe puede ocasionar una hemorragia severa.

La técnica de arteriografía se puede dividir en tres pasos:

- Introducción del catéter: se introduce un pequeño catéter a través de una arteria del paciente. Normalmente suele ser por la arteria inguinal, por la parte superior del brazo o por la arteria de la muñeca.
- Se inyecta el contraste (colorante de rayos X). El radiólogo va obteniendo imágenes a través de una pantalla de rayos X de la arteria llevada a estudio.
- Retirada de catéter.

Existen diferentes tipos de arteriografías: arteriografía con rayos X (la más utilizada), arteriografía con resonancia magnética (se utiliza radiaciones ionizantes y no es necesario introducir un catéter) y arteriografía con tomografía computarizada (se inyecta el contraste y se realiza un scanner el cual permite visualizar depósitos de calcio por la gran resolución de las imágenes).

Dentro de las complicaciones que pueden derivarse de esta técnica, el Técnico Superior en Imágenes para el Diagnóstico debe saber que puede producirse hematomas, infección, disección arterial, trombosis, fallo renal, entre otras. El

paciente también puede presentar náuseas, dolor de cabeza, adormecimiento de pies, sensación de frialdad, hinchazón en la zona de punción, etc.

La obtención de los resultados de la prueba son inmediatos, estableciendo si los vasos sanguíneos están íntegros cuando se visualizan bien perfilados, sin muescas ni pérdida de contraste. Por el contrario, cuando existe una fistula, estenosis o aneurisma, la visualización es directa e inmediata.

Con la angiografía se obtiene información precisa sobre el estado de las arterias, pudiendo planificar el tratamiento más adecuado para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La arteriografía es una técnica radiológica que se utiliza para visualizar el interior de una arteria, conociendo como es su trayectoria y estableciendo si existe algún problema dentro de ella como coágulos, aterosclerosis o aneurismas.

Para realizar esta técnica se utiliza un catéter y un contraste radiológico yodado el cual permite visualizar de manera inmediata a través de radiografías la forma, anatomía y recorrido de la arteria que se desee estudiar.

El Técnico Superior en Imágenes para el Diagnóstico debe poseer los conocimientos necesarios para ejecutar esta técnica de manera eficaz y eficiente, colaborando en todo momento con el radiólogo y con el resto del equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 72

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO

VERÓNICA SÁNCHEZ LASTRA

1 Introducción

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) suponen un gran impacto en el ámbito de la Salud Pública. En los últimos años hay una tendencia al alza de estas enfermedades en nuestro país, notificándose cerca de quince mil casos de infecciones de transmisión sexual por las autoridades sanitarias.

Según los expertos, este crecimiento se debería a dos factores: la mejora de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y la falsa sensación de seguridad en la población a la hora de realizar las prácticas sexuales.

Entre las infecciones de transmisión sexual mayormente notificadas están la clamidia, la gonorrea, la sífilis, la tricomoniasis, las hepatitis B y C, el VIH o el herpes vaginal.

Por suerte, en la mayoría de los casos, estas patologías tienen una fácil solución; en cambio, algunas infecciones se agravan debido a retrasos en los diagnósticos, causados por un profundo desconocimiento sobre las ITS y sus síntomas.

Desde los laboratorios de microbiología, y en función de cada tipo de muestra, se realizará una serie de pruebas diagnósticas entre las que se incluyen: microscopia directa, cultivos microbiológicos, detección por técnicas de amplificación de ácidos nucleicos o pruebas de serología. Todas ellas son técnicas de cabecera

que nos permitirán llevar a cabo la detección de los microorganismos causantes de las diferentes ITS.

2 Objetivos

En este trabajo se pretende describir las características, la acción patógena y los métodos actualmente disponibles en el Laboratorio de Microbiología para la detección de los microorganismos causantes de las principales infecciones de transmisión sexual; así como poner de manifiesto la importancia del diagnóstico de dichas infecciones para la rápida actuación, a fin de evitar las complicaciones asociadas.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica buscando información relevante en diversos artículos de revistas científico-sanitarias y publicaciones (Revista Elsevier), utilizando la base de datos Pubmed.

Como buscador de bibliografía y para consulta de términos y vocabulario científico-sanitario, se ha utilizado Google Académico; páginas web relacionadas con el tema y documentación de organismos oficiales en el área de las Ciencias de la Salud y la Microbiología, como el Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio (SEQC-ML).

También se ha extraído información de bibliografía relevante del área de Microbiología relacionada con el tema central de este trabajo y disponible en la Guía de actuación en urgencias de la Clínica Universidad de Navarra.

Se han seleccionado un total de cuatro referencias, utilizando como descriptores las siguientes palabras: “Enfermedades de transmisión sexual”, “ITS”, “Diagnóstico microbiológico”, “Anamnesis”, “Úlceras genitales”, “Uretritis”, “Exudado vaginal”, “PCR”, “Inmunoensayo”, “Cultivo celular” y “Técnicas de amplificación de los ácidos nucleicos-TAAN”, entre otros.

4 Resultados

1. Consideraciones previas preanalíticas.

El especialista iniciará una entrevista personal con el paciente. Esta exploración clínica inicial se conoce como Anamnesis clínica y nos permitirá orientar el diagnóstico, ya que nos ofrece detalles de cómo es su estado fisiológico, prácticas sexuales y métodos de protección usados, así como la existencia de antecedentes de ITS.

A esta anamnesis le seguirá una exploración física completa evaluando todas las superficies cutáneo-mucosas corporales (palmas, mucosa genital o región anal). Las manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas, siendo las más frecuentes los exudados o secreciones vaginales, úlceras o verrugas genitales o exantemas en la piel (1).

2. Clasificación de las ITS.

Las ITS se clasifican en (2):

2.1. Úlceras genitales:

Producidas por VHS 1 y 2 (*Treponema pallidum* y con menor frecuencia *Haemophilus ducreyi*).

El tiempo que se necesita para que se desarrolle la infección es de 3-7 días, originando la presencia de úlceras genitales o chancros blandos.

2.2. Uretritis:

La Uretritis gonocócica está producida por *Neisseria gonorrhoeae*, y la Uretritis no gonocócica por *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, *Haemophilus ducreyi* o el virus del herpes simple (VHS).

La aparición de los primeros síntomas en la Uretritis gonocócica es de 2-7 días (inicio brusco) y en la Uretritis no gonocócica de 3-6 semanas (inicio gradual), provocando exudados abundantes (Uretritis gonocócica) o exudados mucosos (Uretritis no gonocócica).

2.3. Vulvovaginitis:

Los agentes etiológicos más frecuentes son especies del género *Candida*, así como *Trichomonas vaginalis*. La vaginosis bacteriana habitualmente está causada por un predominio de *Gardnerella vaginalis* y *Mycoplasma hominis*.

Síntomas: prurito intenso, disuria, mal olor y flujo vaginal grisáceo o amarillento.

2.4. Otros:

- Infección por VPH (Virus del papiloma humano): tras un periodo de incubación variable (3-4 meses), se manifiesta como verrugas genitales con la aparición de bultos; en casos extremos deriva en cáncer de cuello uterino o de vulva.
- Infección por VHB (Virus de la hepatitis B): con periodos de incubación de cuatro meses por contacto sexual.

- Infección por VIH (Virus de la inmunodeficiencia humana): es un retrovirus que afecta al sistema inmunitario del cuerpo (linfocitos CD4+).
- Infección por CMV (Citomegalovirus): se propaga de una persona a otra a través de fluidos corporales como saliva, semen u orina; los síntomas son inflamación de ganglios, fiebre, falta de apetito o erupciones cutáneas.
- Sífilis (Infección bacteriana causada por la bacteria *Treponema pallidum*): la enfermedad comienza como una llaga (chancro) en los genitales, recto o la boca alrededor de las tres semanas después de la exposición (Sífilis primaria). Pocas semanas después (6 semanas) se extiende por todo el cuerpo a modo de erupción acompañada de fiebre, malestar general, pérdida de peso o adenopatías (Sífilis secundaria). Si no se resuelve en 2-3 meses y no se recibe tratamiento, la sífilis pasa a una etapa oculta sin síntomas (Sífilis latente); convirtiéndose en Sífilis terciaria (20% de los casos) con implicaciones en el cerebro, corazón, hígado y articulaciones. En cualquier etapa, la sífilis puede propagarse y, entre otras cosas, causar un cuadro demencial progresivo en el cerebro y sistema nervioso (Neurosífilis).

3. Obtención de muestras clínicas para el análisis.

La recogida de las muestras es un factor crítico para el estudio microbiológico de las ITS (3). Deben ser representativas y recogidas in situ, en suficiente cantidad y realizando la técnica más adecuada, antes de iniciar cualquier tratamiento.

- Exudado uretral: para recoger la muestra, se introduce suavemente un aplicador (hisopo) de algodón de aproximadamente 2 centímetros dentro de la uretra y se realizan movimientos rotatorios; el examen se debe hacer al menos 2 horas después de orinar.
- Secreción vaginal (exocervicales): se introduce un escobillón estéril en la vagina (de alginato cálcico o de dacrón) y se recoge la muestra de la zona de mayor exudado para ser enviada al laboratorio en menos de 24 horas y a temperatura ambiente (nunca refrigerar si existe sospecha de infección gonocócica).
- Secreción endocervical: comprimir con suavidad el cérvix con un espéculo e introducir la torunda para cultivo de gonococo y resto de bacterias en el canal endocervical.
- Exudado anal: se empleará para el diagnóstico de la gonococia rectal; para ello introducir una torunda de algodón a través del esfínter anal unos 3 cm y rotar contra las paredes durante unos segundos (evitar el contacto con materia fecal).
- Exudado faríngeo: se frotará con la torunda de algodón sobre la zona faríngea posterior y zonas ulceradas, inflamadas o con exudados purulentos.
- Exudado de úlceras: en ocasiones es preciso romper las vesículas y recoger el líquido con una torunda estéril de dacrón, frotando vigorosamente la base de la vesícula. Si la lesión ulcerada es costrosa, debe retirarse la costra con la ayuda de

la punta de un escalpelo o aguja estéril.

Las muestras enviadas al laboratorio tendrán una supervivencia entre 2-4 horas y que se puede extender a 24 horas si se refrigera a 4°C.

4. Técnicas de diagnóstico (4).

- Examen microscópico directo:

El examen microscópico directo tiene una gran utilidad para el diagnóstico de la gonococia al visualizar diplococos gramnegativos en un extendido de secreción uretral. La sensibilidad del examen directo teñido con Gram en exudado uretral es 90 a 95% y su especificidad de 95-100%, mientras que en las muestras endocervicales es menor.

- Cultivo celular:

Es la técnica de referencia por su sensibilidad, especificidad, bajo coste e idoneidad para múltiples tipos de muestras, permite realizar estudios de sensibilidad antibiótica, aunque está muy influenciado por una adecuada toma y transporte de la muestras.

Para el cultivo, debe emplearse un agar base GC.

- Técnicas de detección antigénica:

Existen dos tipos de procedimientos para la detección de antígenos: la inmunofluorescencia directa (IFD) con anticuerpos monoclonales y los ensayos inmunoanálisis (EIA). En esta segunda categoría se incluyen los ensayos clásicos en microplaca, los ensayos automatizados o las pruebas rápidas.

- Ensayos de hibridación con sondas:

Estas pruebas de detección poseen una elevada sensibilidad y especificidad. Están diseñados para su empleo con orina, escobillones uretrales o cervicales, aunque existen algunos sistemas que pueden ser utilizados sobre exudados vaginales.

- Técnicas de amplificación de los ácidos nucleicos (TAAN):

Estas técnicas emplean cantidades muy pequeñas de DNA o RNA y las amplifica exponencialmente sintetizando grandes cantidades de un segmento específico de ADN o ARN a partir de una sola molécula.

Existen varias tecnologías comerciales de TAAN: la reacción de polimerasa en cadena (PCR), la reacción de ligasa en cadena (LCR) y la amplificación por desplazamiento de hebra (SDA).

5. Tratamiento.

Las enfermedades de transmisión sexual o las infecciones causadas por bacterias generalmente son más fáciles de tratar que las infecciones virales. Los tratamientos suelen ser (1,2):

5.1. Antibióticos:

Los antibióticos pueden curar muchas infecciones bacterianas y parasitarias de transmisión sexual, como la gonorrea, la sífilis, la clamidia y la tricomoniasis. Se recomienda:

- Uretritis gonocócica: tratamiento con Ceftriaxona 500 mg intramuscular + Azitromicina 1 g vía oral; para la Uretritis no gonocócica: Doxicilina 100 mg/12 horas durante una semana.
- Vulvovaginitis candidiásica: Clotrimazol 500 mg vía vaginal.
- Tricomoniasis: Metronidazol 2 g vía oral.
- Sífilis en sus diferentes fases: Doxicilina (100 mg/12 horas vía oral durante un mes) o Tetraciclina (500 mg/6 horas vía oral durante un mes).
- Neurosífilis: Penicilina endovenosa cada 4 horas durante 10 días.

5.2. Medicamentos antivirales:

Los medicamentos antivirales pueden mantener la infección bajo control durante años, sin embargo, se seguirá siendo portador del virus con riesgo de transmisión bajo.

- Infección por VPH: Podofilotoxina en crema al 0.15% dos veces al día durante cuatro semanas en lesiones externas.
- Virus Herpes Simple: Aciclovir 400 mg en tres tomas diarias durante una semana.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de las ITS plantea un gran desafío a los laboratorios, ya que la inestabilidad de los agentes responsables, su gran adaptación al huésped humano y las particularidades de su fisiología hacen que su evaluación esté llena de dificultades.

El diagnóstico de ITS y así como de las enfermedades genitales asociadas representa un importante porcentaje de los análisis microbiológicos de los laboratorios clínicos. Por este motivo, es prioritario que en ellos se establezca normas y controles de calidad que efectúan el diagnóstico de estas infecciones en todas sus etapas, así como la vigilancia epidemiológica y genética de los agentes responsables de su transmisión sexual.

Las evidencias actualmente disponibles indican que, debido a su buena sensibilidad y especificidad, el cultivo debería continuar siendo la técnica de referencia para el diagnóstico de las enfermedades de transmisión sexual. El cultivo tiene además la ventaja de ser apropiado para cualquier tipo de muestras, permite recolectar cepas para la vigilancia de su susceptibilidad antimicrobiana y es

menos costoso y complejo en comparación con otros métodos. Esto los convierte en las técnicas de referencia para el diagnóstico.

6 Bibliografía

1. Sandro P, del Pozo J.L. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)-Guías de Actuación en Urgencias [Internet]. Clínica Universidad de Navarra. 2018 [citado 11 diciembre 2022]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/guia-actuacion-its-1.pdf>.
2. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control [Internet]. Grupo de trabajo sobre ITS- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011 [citado 9 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DocITS2011.pdf>.
3. Vázquez F, Lepe J.A, Otero L, Blanco M.A y Aznar J. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual [Internet]. Revista de medicina integral Elsevier. 2008 [citado 10 diciembre 2022]; 26(1):32-37. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-diagnostico-microbiologico-infecciones-transmision-sexual-S0213005X08726491>.
4. El papel del Laboratorio cuando falla la Prevención: Diagnóstico y Cribado [Internet]. Sociedad Española de Medicina de Laboratorio-SEQCML. 2022 [citado 12 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.seqc.es/docs/Comisiones/microbiologia/albacebollero.pdf>.

Capítulo 73

DETECCIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN EL LABORATORIO CLÍNICO

ANA BELÉN POCEIRO DE LA FUENTE

IRENE VEGA LLAMAZALES

1 Introducción

Helicobacter pylori es una bacteria gramnegativa que vive en el estómago, ya que es capaz de soportar su acidez, medio defensivo del organismo. En ocasiones produce molestias gástricas, como inflamación de la mucosa gástrica, úlcera péptica y en algunos casos cáncer gástrico.

Esta bacteria está presente en la mitad de las personas que se contaminan principalmente en la infancia, siendo la mayoría asintomáticas, aunque también pueden aparecer los siguientes síntomas: hinchazón de estómago, náuseas, vómitos y úlcera péptica. La principal teoría es que se transmite por la contaminación de aguas sucias, alimentos contaminados y por contacto de fluidos de personas contaminadas.

Como no existe vacuna para la *Helicobacter pylori* la mejor medida es prevenirla aumentando la higiene de manos, comer alimentos bien preparados y beber de aguas no contaminadas. Esta enfermedad es la infección más común en las personas de todas las edades y de todas las poblaciones. La *Helicobacter Pylori* tiene mayor incidencia en los países en desarrollo con medidas deficientes de higiene. Hay métodos invasivos y no invasivos para el diagnóstico de la *Helicobacter pylori*, en la actualidad solo se usan en las personas con síntomas, pues como ya sabemos la mitad de las personas presentan esta bacteria en el estómago.

2 Objetivos

Conocer los métodos de diagnóstico de la enfermedad.

Exponer las diferentes pruebas que se utilizan en el laboratorio clínico e interpretar los resultados para facilitar el posible tratamiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para el diagnóstico de *Helicobacter pylori* existen dos métodos:

Métodos no invasivos a) la prueba del aliento con urea demuestra una infección actual, que consiste en tragar una pastilla con moléculas cargadas de carbono que se liberan cuando está presente la bacteria. b) Prueba de antígenos de heces, consiste en buscar antígenos relacionados con la bacteria presentes en heces, esta técnica se usa para el diagnóstico inicial de la bacteria y para confirmar la eliminación de la bacteria después del tratamiento del método más usado. c) Prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Esta prueba se usa en el laboratorio para detectar la presencia de la bacteria en heces, también detecta mutaciones resistentes a los antibióticos.

Métodos invasivos

Consiste en la realización de una endoscopia con la toma de una biopsia gástrica para hacer un estudio histológico que permite conocer las lesiones de la mucosa gástrica. Para visualizar mejor las muestras se usan las tinciones, pues son rápidas, sencillas y de bajo coste. Las más utilizadas son la tinción de Gram, Giemsa, Hematoxilina-eosina o Warthin Starry con nitrato de plata. Al realizar la endoscopia se debe hacer un cultivo de la muestra, considerando está muy eficaz, ya que nos da datos de la sensibilidad antimicrobiana y de la obtención de las diferentes cepas, para dar el antibiótico más adecuado.

Los pacientes que sufren de úlcera gástrica, cuando el agente causal es el *Helicobacter pylori* resulta muy útil el tratamiento con la triple terapia: amoxicilina,

claritromicina y omeprazol, cuando el paciente es alérgico a la amoxicilina se pauta el metronidazol. Este tratamiento ha conseguido curar la úlcera gástrica. Pero al aumentar el número de infecciones las cepas microbianas se hacen resistentes a ese tratamiento y es necesario incorporar un cuarto antibiótico, el bismuto.

5 Discusión-Conclusión

Helicobacter pylori es una bacteria que habita en el estómago, la mitad de la población está contaminada y es asintomática. Las personas descubren su presencia cuando presentan hinchazón, molestias gástricas o úlcera péptica. Para el diagnóstico de *Helicobacter pylori* se realizarán las siguientes pruebas:

- prueba del aliento, prueba de urea en el aliento
- prueba del antígeno fecal, los antígenos son la respuesta inmunitaria del organismo
- prueba endoscópica con biopsia
- Análisis de anticuerpos en sangre, los anticuerpos aparecen cuando hay infección

En resumen, en el laboratorio clínico se realizan todas las pruebas que se necesitan para el diagnóstico de la infección por *H. Pylori*, por este motivo el técnico de laboratorio es la persona que trabaja con las muestras e interpreta los resultados. En el caso de que el resultado de positivo, el facultativo pautará el tratamiento con antibióticos para curar la infección.

6 Bibliografía

<https://es.wikipedia.org>
<https://medlineplus.gov>
<https://www.mayoclinic.org>
<https://www.mdsaude.com>
<https://espanol.kaiserpermanente.org>

Capítulo 74

PROTECCIÓN DE DATOS EN UN SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

VANESSA GARCIA GAYOSO

1 Introducción

En un servicio de radiodiagnóstico hay muchos datos e información susceptibles, la correcta utilización de estos datos está regulada por la ley de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. La digitalización de la historia clínica ha facilitado los procesos de diagnóstico y tratamiento de los pacientes, pero esto también ha dejado muchos datos confidenciales demasiado accesibles para cualquier sanitario con acceso. Otro gran inconveniente de la informatización y digitalización de las historias clínicas serían los ataques maliciosos o el posible robo de datos debido a las brechas de seguridad de los sistemas informáticos, así como el desconocimiento de estos peligros por la mayoría de los usuarios, lo que ayudaría a los ciberataques.

En ocasiones para solucionar los accesos injustificados a las historias clínicas de los pacientes, los sanitarios disponen de un usuario y contraseña a través de los cuales entran en su estación de trabajo, donde quedan registrados los movimientos que realizan. De tal manera que si visita la información de cualquier persona con un fin diferente a su diagnóstico o similar quedaría reflejada en su historial, y esto podría ser revisado por un superior y el titular de esa cuenta podría ser sancionado. De la misma manera, es muy importante cerrar sesión cuando se deje el puesto de trabajo.

2 Objetivos

Identificar y conocer los derechos y responsabilidades sobre la historia clínica y otros datos susceptibles.

Conocer los posibles riesgos de la digitalización de la historia clínica.

3 Metodología

Para realizar el presente capítulo se han consultado las leyes relativas a la protección de datos, y a la digitalización de la historia clínica. También se ha recopilado información de la página web oficial de la agencia de protección de datos española.

4 Resultados

La protección de datos y por tanto de la privacidad de cada paciente en un servicio de Radiodiagnóstico empieza desde el momento que entra en el mostrador de administración, una buena distribución de la sala de espera y el mostrador ayudaran a respetar los datos de cada persona que pasa por allí. Los sistemas digitales para llamar a los pacientes son útiles, siempre y cuando luego se compruebe la identidad de este una vez ya no haya nadie ajeno alrededor. Este sería el primer paso para respetar su privacidad, aunque no siempre es fácil, pues no todo el mundo está atento a la pantalla, o la entiende y finalmente el método para identificar pacientes sería llamarles por el nombre.

El personal sanitario que realiza las pruebas radiológicas y el que las evalúa tiene acceso a determinados datos del paciente tales como pruebas anteriores, historia clínica, etc., estos datos son confidenciales y cada persona que accede a ellos es responsable del uso que le da. Como regla general, el acceso a la historia clínica está limitado, el personal sanitario y no sanitario solo podrá acceder a ella para el desempeño de sus funciones, no revelando a terceros ningún dato a los que tiene acceso. Las funciones profesionales y las finalidades del tratamiento de datos pueden ser muy diferentes, desde la finalidad puramente asistencial, fines jurídicos, educativos o de investigación, incluso para fines de salud pública y epidemiológica. Para todos ellos siempre que sea posible se mantendrá la identidad de las personas afectadas de manera anónima en la medida de lo posible.

Los accesos injustificados a las historias clínicas de pacientes con los que no se guarda ninguna relación profesional, está sancionado por el código penal como

delito de descubrimiento y revelación de secretos, pudiendo llegar a punirse con penas de hasta cinco años de prisión, además de penas de multas, suspensión o inhabilitación. En aquellos casos que en los cuales estas intrusiones no tengan la gravedad suficiente para ser delito, se podrán castigar con una sanción administrativa. Estas sanciones dependerán de si el profesional trabaja en una entidad pública o privada.

También habría que considerar determinadas complicaciones debidas al carácter digital de estos datos, como pueden ser las brechas de seguridad, etc. Para todo ello, hay un sistema de prevención, vigilancia y seguridad, que detecta y ataja este tipo de problemas.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la responsabilidad del tratamiento de datos no siempre recae sobre el profesional sanitario, este debe ser consciente del derecho a la confidencialidad del paciente, y deberá hacer un uso responsable de los datos que trata, siendo estos consultados y usados únicamente para la realización de su función profesional. El desconocimiento de la ley no es excusa para no cumplirla ni exime de pagar las consecuencias, cualquier persona que trabaje con datos confidenciales tendría que conocer la ley y las sanciones que conllevan no cumplirla, aun cuando por sentido común, empatía y responsabilidad todos deberíamos saber qué hacer y qué no hacer con esta información.

6 Bibliografía

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.

Guía para profesionales del sector sanitario. Agencia española de protección de datos. Junio 2022.

Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Capítulo 75

PROTECCION CONTRA LA RADIACION IONIZANTE Y SEÑALIZACION EN UN SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

VANESSA GARCIA GAYOSO

1 Introducción

Todos estamos expuestos a radiación, ya sea natural o artificial, la primera es inevitable, la segunda, en concreto la radiación con fines médicos, se debería minimizar en la medida de lo posible.

En un servicio de radiología se producen, principalmente, radiaciones ionizantes, las cuales constituyen un riesgo biológico para las personas. Es primordial aplicar medidas de protección para que no existan exposiciones injustificadas a estas radiaciones.

El principio más importante para limitar esta radiación será ALARA, que consiste en administrar la menor radiación posible, siempre teniendo en cuenta que el beneficio sea mayor que el detrimento y que este balance no siempre recae sobre la misma persona. Para cumplir este objetivo se usarán tres valores muy importantes: distancia entre el foco y las personas expuestas, tiempo de exposición y blindaje.

Teniendo en cuenta la protección personal, existen trabajadores expuestos o miembros del público, el límite de dosis absorbida autorizada para cada uno de ellos será diferente, siendo esta mayor para los trabajadores expuestos. Para controlar estos límites los trabajadores expuestos tendrán un dosímetro personal, el

cual registrara la dosis de radiación absorbida. Para los usuarios de los servicios de radiodiagnóstico también existe un historial radiológico, en el cual, se registran las dosis de radiación absorbida por prueba radiológica.

2 Objetivos

Exponer, de manera simple, los conceptos básicos en materia de protección radiológica.

Conocer las señales relativas a la clasificación de zonas radiológicas y sus posibles restricciones

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 protección radiológica del servicio de radiodiagnóstico comienza desde el diseño de las salas etc., las paredes y cristales deberán ir plomados así como las puertas, cuando dentro se vaya a operar con radiaciones ionizantes.

Dentro de un servicio de radiodiagnóstico hay diferentes salas, las cuales deberían estar señalizadas y acotadas en función de la normativa. Esta normativa designa, en modo genérico, el control de acceso a las salas y las condiciones de trabajo. Para llevar a cabo esta clasificación se lleva a cabo una vigilancia de las zonas de trabajo, que identifica las condiciones normales de trabajo, detecta los incidentes y que estimara las dosis máximas recibidas de radiación externa. Además, tiene en cuenta las dosis anuales previstas, la probabilidad de posibles exposiciones y su magnitud, así como la posibilidad de contaminación. Con todo ello y teniendo en cuenta la fuente de radiación, la naturaleza de las instalaciones y de los posibles riesgos se delimitan las zonas con posibilidad de recibir dosis mayores a las de público en general y se establecen las medidas de protección para cada una de ellas.

Con todo ello podemos identificar y delimitar los lugares con posibilidad de recibir dosis superiores a los límites establecidos para miembros del público y se establecerán las medidas de protección necesarias. Estas se adaptarán a la naturaleza de las instalaciones, de las fuentes y a la magnitud y naturaleza de los riesgos. La señal usada para zonificar los lugares de trabajo, será un trisector de diferentes colores dependiendo de las zonas que serán:

- de acceso libre
- zona controlada (color verde): de permanencia limitada (color amarillo), de permanencia reglamentada (color naranja), de acceso prohibido (color rojo).
- zona vigilada (color gris).

El trisector de la señal puede tener unas puntas radiales en los extremos, que indicaran riesgo de irradiación, cuando el trisector está enmarcado en un campo punteado indicara riesgo de contaminación, puede existir riesgo de irradiación y contaminación a la vez en cuyo caso, el trisector estaría inscrito dentro de un campo punteado y tendría puntas radiales. El tipo de acceso vendrá reflejado en un cartel encima de la señal, mientras que en la parte inferior se podrá leer el tipo de riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Los daños biológicos que produce la radiación ionizante suelen ser irreversibles y muy perjudiciales, en el caso del uso de esta para fines diagnósticos médicos donde el beneficio es mayor que el perjuicio deberíamos usar medidas de protección radiológica para minimizarlos. Para conseguir este objetivo, también es necesario dar a conocer e informar a los usuarios los significados de las señalizaciones disponibles y hacerlas respetar en la medida de lo posible.

Existen organismos encargados de legislar y vigilar que se cumplan las directrices sobre protección contra las radiaciones ionizantes, estas se encargan de limitar las dosis aceptables según el público, y el tipo de radiaciones ionizantes, previenen las exposiciones inadecuadas y estudian las posibles consecuencias de estas exposiciones injustificadas, regulando las medidas de protección para que no ocurran.

6 Bibliografía

1. Real decreto 783/2001 de 6 de julio, por el que se aprueba el reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes.
2. Folleto informativo sobre protección radiológica. CSN. (2020).

Capítulo 76

REPERCUSIONES PSICOSOCIALES DEL CÁNCER INFANTIL

ROSA GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El cáncer es una enfermedad que se produce cuando las células se multiplican sin ningún control y se diseminan por los tejidos adyacentes.

Cada año se diagnostican 27.000 casos de cáncer infantil en niños menores de 14 años.

Desde hace 50 años hasta ahora, la mortalidad debida al cáncer ha disminuido en un 57%, pero aun así, fallecen cada año en España 350 niños y adolescentes de entre 0 y 19 años a causa de esta enfermedad.

El apoyo social recibido por parte del núcleo familiar de la familia que se ve afectada, repercute mucho en su salud. Es muy importante que todas las personas cercanas a la familia afectada se involucren con ellos para proporcionarles su apoyo y ayudarles en esos momentos tan difíciles.

El estrés es una enfermedad que está muy ligada a las situaciones provocadas por esta enfermedad y la salud y el bienestar de los padres.

Debemos analizar todos los factores que influyen en la salud de los progenitores, ya que esto da la importancia de seguir analizando los factores psicosociales que afectan a las familias con hijos afectados por esta enfermedad, con la finalidad de favorecer su adaptación a la enfermedad y minimizar el impacto que esta pueda tener en su salud.

Sabemos que en España se detectan al año aproximadamente 1000 nuevos casos de cáncer en niños y adolescentes de entre 0 y 14 años, por lo que podemos afirmar que el diagnóstico de leucemia es el más común (forma 30% del total de

neoplasias infantiles), seguido de tumores situados en el sistema nervioso central (20%), linfomas (13%) y tumores del sistema nervioso simpático (10%).

2 Objetivos

El objetivo de esta investigación es analizar los efectos psicosociales que genera el cáncer infantil en los padres afectados.

Para esto, se han estudiado variables relacionadas con síntomas físicos y psicológicos y el papel del apoyo social recibido sobre la salud.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica en “Google académico” con palabras clave tales como: “cáncer infantil”, “pacientes oncológicos infantiles”, “factores psicosociales” o “repercusiones psicosociales”. También se ha obtenido información de revistas médicas relacionadas con el tema tratado en el estudio.

4 Resultados

Si miramos este estudio desde una perspectiva psicosocial, el cáncer es un suceso estresante que interfiere en la calidad de vida del paciente y de su familia.

El estado de salud de los progenitores que se ven afectados, obstaculiza en el desarrollo de otras áreas tales como el trabajo, la autonomía, el ocio, o las relaciones sociales.

A lo largo de la duración de la enfermedad, es muy frecuente la aparición en los padres de sentimientos tales como vulnerabilidad, tristeza, temor a los efectos secundarios, pánico, ansiedad, depresión, e incluso aislamiento social.

La duración media de un tratamiento de cáncer es de 1 a 3 años, y durante todo este periodo, la familia se enfrenta sucesos que, en la mayoría de los casos, aumentan la carga emocional.

La enfermedad también puede repercutir en la vida cotidiana de los progenitores, por lo que podemos observar cambios económicos y en el funcionamiento y el cuidado habitual del resto de los miembros de la familia.

El malestar emocional que provoca el cáncer puede producir algún tipo de trastorno psiquiátrico.

En estos tipos de enfermedad, se ha demostrado que el uso de estrategias de afrontamiento activo, asocia un proceso de adaptación más saludable.

Cuando la familia sabe que cuenta con apoyo social, esto produce un efecto beneficioso y significativo en la salud y el bienestar.

El apoyo social se requiere en distinta proporción y de distintas fuentes en función del momento en el que se encuentre la enfermedad.

Sobre el apoyo social recibido por el núcleo familiar, las madres de niños con cáncer dicen recibir este apoyo en mayor cantidad. Sin embargo, los padres experimentan más experiencias negativas relacionadas con el estrés, lo que puede deberse a que se encuentran con más dificultades laborales para ausentarse del trabajo por razones de la enfermedad de sus hijos.

5 Discusión-Conclusión

Todo lo hablado en los puntos anteriores, nos indica que los progenitores tienen problemas de salud relacionados con la enfermedad de sus hijos. A pesar de todo esto, disfrutan de niveles bastante buenos en lo que se refiere a bienestar.

Los padres afectados muestran un patrón de afrontamiento variable.

Aparte de todo esto, también se sienten apoyados por parte de su red formal (personal sanitario) e informal (núcleo familiar).

Los padres alegan tener más problemas de conciliación en cuanto a lo laboral se refiere, para poder estar acompañando a sus hijos durante el transcurso de la enfermedad. Las madres dicen tener más apoyo familiar y mejor conciliación en su trabajo para poder acompañar a sus hijos.

6 Bibliografía

1. Muñoz, C. P., Nieto, B. B., Méndez, M. J. M., Morillejo, E. A., & Carrique, N. C. (2015). Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(2), 93-101.
2. Nieto, B. B. (2018). Repercusiones psicosociales del cáncer infantil en padres de niños y adolescentes afectados (Doctoral dissertation, Universidad de Almería).

Capítulo 77

ESTUDIO DE LA MORFOLOGÍA NEURONAL EN PROCESO DE NEUROGÉNESIS MEDIANTE TÉCNICAS DE TINCIÓN: NISSL Y HEMATOXILINA-EOSINA

AIDA MORALES

1 Introducción

La neurona es la principal unidad funcional del sistema nervioso. Su función principal consiste en recibir información del medio exterior, procesarla y transmitirla para conseguir una reacción del organismo ante el estímulo. Para transmitir esta información, conducen impulsos nerviosos entre ellas por todo el organismo.

Estas células se crean mediante un proceso denominado neurogénesis, en el que unas células madre neurogénicas, sufren una serie de procesos en los cuales maduran para convertirse en neuronas. Esta maduración neurogénica se da en los conocidos nichos neurogénicos localizados en el cerebro, que proporcionan una serie de factores óptimos para dar lugar a las nuevas neuronas, estos nichos neurogénicos se localizan en la zona subventricular que recubre los ventrículos laterales (ZSV) y en la zona subgranular de la circunvolución dentada en el hipocampo (ZSG).

Para realizar el estudio de muchas de las enfermedades que tienen su origen a nivel neuronal, es necesario examinar las conexiones entre diferentes neuronas, así como su crecimiento y comportamiento. De este modo se puede crear un patrón para dar con un correcto diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades.

Conocer las diferentes técnicas de tinción para estas estructuras neuronales es fundamental, debido a que las neuronas son unas células que poseen ciertas características que nos permiten diferenciarlas respecto a las demás.

2 Objetivos

Determinar la posición de las neuronas en el proceso de neurogénesis y conocer las diferentes tinciones histológicas para la observación y estudio neuronal.

3 Metodología

Para realizar este estudio se dispone de información recopilada de diferentes artículos científicos en páginas como Pubmed, Scielo y Medline, y de tejido neuronal de ratones de laboratorio, especialmente de la región del hipocampo, ya que en esta zona se encuentra la estructura denominada giro dentado en la que tiene lugar el proceso de la neurogénesis.

Sobre esta área se realizarán unas tinciones específicas para la observación del nacimiento neuronal y la disposición de las neuronas en ese momento.

4 Resultados

Existe una gran cantidad de técnicas de tinción tisular, pero en el campo de estudio del sistema nervioso podemos decir que son muy escasas. Entre las técnicas de tinción neuronal más empleadas nos encontramos la tinción Nissl y la tinción hematoxilina-eosina.

En primer lugar, tenemos la tinción Nissl. Esta tinción es específica para la detección de los cuerpos de Nissl, que constituyen las neuronas, y de este modo, se puede observar con gran claridad su estructura básica. El protocolo de la tinción consiste en introducir el corte neuronal en una serie de dos escalas de alcoholes decrecientes y dos escalas de alcoholes crecientes, entre las que se sitúa el colorante principal, que en este caso es el cristal violeta. En esta tinción es especialmente importante controlar los tiempos que pasa el corte del tejido en cada cubeta, ya que como solo interviene un colorante, no existe el contraste con otra serie de colores, por lo que si dejamos demasiado tiempo el tejido en el cristal violeta, quedará teñida toda la muestra y no se podrá diferenciar los componentes de la estructura de la neurona.

Como resultado, obtenemos unas neuronas que, absorbiendo de manera correcta el colorante, adquieren un color violeta-azulado.

En segundo lugar, tenemos la tinción hematoxilina-eosina. Esta tinción no es específica para el tejido neuronal, pero sí lo es para poder diferenciar entre las estructuras que más nos interesan de las neuronas que son el citoplasma y el núcleo de las mismas. El protocolo de la tinción está formado por dos baterías de alcoholes decrecientes y crecientes, entre los que se intercalan los dos colorantes principales de esta tinción, que son la hematoxilina y la eosina.

Gracias a esta tinción, quedan muy bien diferenciados el núcleo neuronal, el cual se tiñe por la hematoxilina, de un color violeta azulado, del cuerpo de la neurona, teñido por la eosina, de un color rosa anaranjado.

Tanto en la tinción Nissl como en la tinción Hematoxilina-Eosina, se han observado las neuronas en el proceso de neurogénesis con los núcleos dispuestos a lo largo del giro dentado y todos los axones en disposición vertical.

5 Discusión-Conclusión

Se han podido estudiar y describir, gracias a páginas web y artículos científicos, dos de las tinciones neuronales más utilizadas en los laboratorios de anatomía patológica para, en este caso, determinar la posición neuronal en su fase de neurogénesis: La tinción Nissl y la tinción Hematoxilina-Eosina.

Gracias a las técnicas de tinción neuronal, se pueden estudiar numerosas enfermedades o anomalías que afectan principalmente al sistema nervioso y de este modo crear un patrón de forma generalizada para entender aquellos comportamientos con conductas alteradas que poseen algunos pacientes, de esta forma, se puede llevar a cabo un correcto seguimiento y tratamiento de la enfermedad.

6 Bibliografía

- 1- Puelles L, Martínez S, Martínez de la Torre M. 2008. Neuroanatomía. Editorial Medica Panamericana S.A. ISBN: 978-84-7903-453-5.
- 2- https://www.researchgate.net/figure/Adult-neurogenesis-in-the-dentate-gyrus-A-Immunohistochemistry-for-the-neuronal-marker_fig2_269715787
- 3- Martos Silván, Cinta. (20 de mayo de 2020). Cuerpos de Nissl: estructura, funciones y alteraciones. Lifeder.

Capítulo 78

CRITERIOS DE UTILIZACIÓN DE LOS FÁRMACOS DURANTE EL EMBARAZO

CARMEN MARÍA GARCÍA BARREDO

1 Introducción

En el embarazo coexisten dos actores, la madre y el feto, así que la cuestión terapéutica tiene controversia.

Cuando la madre padece una enfermedad y existe algún medicamento adecuado para paliar o erradicar su patología, puede que sea malo para su futuro hijo. La salud de la gestante siempre prevalece por delante del feto, así que si su vida está comprometida y necesita algún fármaco con urgencia, se le puede administrar.

Debido a todo lo anterior, los tratamientos medicinales en estado de gestación son distintos a no encontrarse en esta situación. Por lo tanto van a ser especiales los fármacos elegidos y sus respectivas dosis. Además aquí también van a intervenir la evolución fisiológica de la gestación y la lactancia en la modificación de los factores que alteran los procesos de absorción y liberación de los medicamentos y su toxicidad. Los cambios fisiológicos van a ir ocurriendo de forma gradual desde el inicio de la gestación, adquiriendo mayor importancia a lo largo del tercer trimestre y volviendo a recuperarse en las semanas siguientes al parto.

En las primeras semanas del embarazo hay estudios que demuestran que existen medicamentos seguros, estos se refieren, sobre todo, a ciertas vitaminas y minerales que se encuadran en la clase A, los cuales se desarrollarán en este capítulo.

2 Objetivos

Resaltar la problemática en cuanto a administración de medicación en gestantes.

Señalar los riesgos potenciales de teratogénesis de algunas categorías de fármacos.

3 Metodología

En la confección de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación por medio de una revisión bibliográfica de literatura científica existente, con una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline y consulta de legislación pertinente, para su selección.

4 Resultados

Según los riesgos en cuestión de teratogenia (malformaciones, discapacidad funcional, etc, que se manifiestan durante la gestación, en el parto o después), la FDA o Food and drug administration, clasifica los fármacos en las siguientes categorías o clases:

1. A: No hay riesgo para el feto. Se pueden prescribir y administrar durante la gestación.
2. B: No hay pruebas en humanos. Probabilidad alta de seguridad. Se pueden prescribir y administrar durante la gestación.
3. C: Evidencia y efectos adversos en animales de teratogenia. No hay estudios en mujeres. Se deben evitar con alternativas disponibles.
4. D: Hay evidencia de estudios con efectos teratogénicos en el feto. Pero el beneficio supera el mal. Se deben evitar con alternativas disponibles. Solo dispensarlo en situaciones de riesgo vital.
5. X: Contraindicados. Efectos claros teratogénicos y con alto riesgo de toxicidad. Tanto el personal de enfermería como el auxiliar deben tener en cuenta estos principios generales cuando se encuentren ante una paciente embarazada que toma o solicita medicación: Solo deberá tener prescrito lo absolutamente necesario, evitando que sea en el primer trimestre.

Algunas pautas para tener en cuenta en relación a los fármacos son:

- Los fármacos nuevos deben evitarse.
- Tomar dosis mínimas en poco tiempo.
- Evitar la polimedicación.

Además, se deben tener en cuenta dos aspectos muy importantes durante la gestación:

- • El mayor riesgo se produce cuando la mujer aún no conoce que está embarazada.

- • El miedo irracional no debe impedir el normal tratamiento de las enfermedades que pueda padecer la embarazada.
- Como normas básicas, se deben seguir las siguientes:
- Prescribir fármacos solo si son necesarios.
 - Evitar automedicación.
 - Evitar fármacos nuevos en el mercado.
 - Uso de dosis mínimas que aporten eficacia.
 - Las características de la gestante y su hijo no tienen que ser similares.

5 Discusión-Conclusión

Como norma general se deben evitar ingerir cualquier medicamento cuando se está en estado de gestación. Pero hay una serie de estados patológicos que obligan a la madre a tener que tomar algo para remediar esa disfuncionalidad. La automedicación sin supervisión puede provocar en el feto riesgos teratogénicos, pérdida de este, malformaciones, discapacidades, nacimiento prematuro, etc. Por eso es necesario que un facultativo prescriba lo que la embarazada pueda tomar en ese momento y llevar un control sobre el proceso.

La mayoría de medicamentos alertan en el prospecto sobre posibles daños en el feto, como también si no hay riesgo. Depende del tipo de fármaco va a tener una toxicidad u otra.

6 Bibliografía

Armijo J.A y Benítez J. Factores fisiológicos que condicionan la respuesta a los fármacos. J Flórez. Farmacología humana. 3ª ed. Barcelona: Madson; 1997, pp. 107-129.

Bejarano Rojas P. Fármacos en lactancia y embarazo. Hospital Universitario Valme. Sevilla. Medline. 2002: 840-841.

Capítulo 79

LAS INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS, UNA DE LAS EPIDEMIAS DEL SIGLO EN EL QUE VIVIMOS

ADRIANA RUBIO MENÉNDEZ

1 Introducción

La intolerancia alimentaria es una reacción adversa provocada por el consumo de ciertos alimentos, actuando en distintas partes de nuestro organismo.

No se deben confundir con las alergias alimentarias, ya que estas tienen unas consecuencias más graves y diferentes.

Por eso, cada vez es más frecuente que se investiguen y se quiera saber más sobre sus causas.

Hoy en día, aún existe el gran desconocimiento de la mayoría de estas.

Se cree, que sería remediable en muchos casos, incluyendo dichos alimentos poco a poco en la dieta.

Diferentes efectos en el organismo serían los desórdenes digestivos o déficits nutricionales, de los cuales hablaremos más adelante.

Ahora, vamos a recoger el reglamento (UE)1169/2011 del parlamento europeo del 25 de octubre del 2011.en el marco de dicho reglamento se incluirán todos los productos alimenticios ofrecidos por:

- Todo tipo de negocios de hostelería.
- Negocios en los cuales su actividad esté destinada o incluya, la venta de alimentación.

-Otros espacios en los que se pueda proporcionar alimentos (centros educativos, hospitales, etc.).

El 13 de julio de 2017 la comisión europea hizo pública una notificación sobre las etiquetas de los alimentos que puedan contener alérgenos con arreglo a la directiva 2000/13/ce.

Este documento tiene unos objetivos, los cuales serán, poder entender y facilitar el entendimiento del antiguo reglamento que causan alergias o intolerancias.

2 Objetivos

Dar a conocer qué es la intolerancia, cuáles son las más conocidas y observar sus síntomas.

Estudiar la diferencia entre alergia e intolerancia.

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

Las intolerancias alimentarias son aquellas que producen condiciones adversas en el organismo por la ingesta de un alimento que no se puede digerir.

En las alergias, algunos de los síntomas, sobre todo los digestivos puedan ser los mismos, con lo cual pueden confundir a la persona que está padeciendo esta afección, incluso llegando a confundir en un primer diagnóstico al médico, por la similitud de estos.

Las alergias alimentarias se producen por una reacción adversa del sistema inmune, con una respuesta exagerada, porque identifica sustancias alimentarias como extrañas y peligrosas. Mientras que en la intolerancia, el organismo no puede asimilar bien un alimento o uno de sus componentes y el sistema inmune no interviene, con lo cual son más difíciles de identificar.

Las intolerancias más comunes son:

- La lactosa: tipo de azúcar que se encuentra en la leche y otros lácteos.
- El gluten: proteína que se encuentra en muchas semillas de cereales.
- La fructosa: tipo de glúcido, encontrado en vegetales, las frutas y la miel.
- La sacarosa: azúcar de mesa, encontrada en mucha cantidad de alimentos.
- La histamina: algunos vegetales tienen altos contenidos.

Siendo la lactosa y el gluten las más conocidas.

Dentro de sus efectos en el organismo pueden ser de dos tipos:

- desórdenes digestivos provocando náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, etc.
- déficits nutricionales.

Estos efectos en el organismo se manifiestan con dolores abdominales, hinchazón, ardor de estómago, mareos y náuseas.

Aunque, menos comunes, pero que también se dan en casos son: las erupciones cutáneas, fatiga general, pérdida de peso, dolores de cabeza.

El reglamento europeo (UE)1169/2011 del 25 de octubre de 2011, sobre intolerancias y también alergias obligan a todas las empresas que comercialicen con alimentos que indiquen contenidos de trazas o causantes de intolerancias.

Este reglamento es aplicable a todos los alimentos envasados o no y que se puedan ofrecer en cualquier comercio o lugar en el cual tengan los permisos oportunos para ello.

5 Discusión-Conclusión

Cada vez se dan más casos de alergias e intolerancias alimentarias, no se sabe con exactitud si es por el procesado de los alimentos, la manera que nos alimentamos, etc.

Lo que está claro que algo ha cambiado y sigue en constante cambio.

Cada vez son más las personas que lo sufren, siendo cada vez mayor el porcentaje de este tipo de intolerancias y alergias alimentarias, aumentando la variedad de las mismas. Por eso que me parece tan importante el reglamento donde todos los establecimientos que de una manera directa o indirecta sean responsables de informar de su etiquetado lo más detallado posible para evitar males mayores y que el cliente, paciente o persona que vaya a consumir ciertos alimentos se sienta con seguridad y sin miedo a ingerirlos, evitando producir efectos negativos en las personas que sufren dichas intolerancias o alergias alimentarias.

6 Bibliografía

GLOGLE,WWW.MEDICUR.ES,EL NORTE DE CASTILLA.ES.
LIBRO SEGURIDAD E HIGIENE,EDITORIAL ALTAMAR.

Capítulo 80

EL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD, UN ATENUANTE ANTE LA LLEGADA DEL COVID-19 Y SUS VARIANTES

ADRIANA RUBIO MENÉNDEZ

1 Introducción

El estrés y la ansiedad vienen de la mano, desde siempre ha afectado a la mente del ser humano con repercusiones en el cuerpo negativas, ya que no es bueno vivir en ese estado, ni con momentos de él.

Ante la llegada de este virus tan letal y desconocido del cual siguen saliendo variantes, la mayoría de personas que ya sufrían estrés laboral o ansiedad, ya sea por la carga de trabajo, por problemas familiares u otros factores se ha visto atenuado por la llegada de la gran pandemia vivida en el 2020, la cual de alguna manera pero controlada persiste.

El miedo y el pánico ante esta, y el gran desconocimiento ha hecho que se atenúe de una manera considerable.

El estrés y la ansiedad es algo muy difícil de controlar, ya que en la mayoría de casos va más rápido la mente, (es decir, la mente domina a la cabeza) llegando a no poder controlar ese estado y, por lo tanto, manifestándose de una manera incluso grave en el cuerpo y mente; el ser humano desencadena un estado de problemas psicológicos que en muchas ocasiones también repercute en el organismo del cuerpo humano manifestándose afecciones de múltiples maneras.

Para el ser humano cada vez es algo más difícil de controlar dado que cada vez vivimos con un ritmo de vida más acelerado y con más presiones en nuestro trabajo y entorno social.

2 Objetivos

- Dar a conocer qué factores influyen en la ansiedad y el estrés.

3 Metodología

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

4 Resultados

Podemos decir que el estrés es un conjunto de emociones y reacciones fisiológicas que se dan cuando una persona sufre un estado de tensión nerviosa, mientras que con la ansiedad se define como un sentimiento de miedo e inquietud adelantándose a un acontecimiento en muchos casos en forma de amenaza siendo una posible reacción del estrés.

Nos pueden influir numerosos factores como por ejemplo: la tensión laboral, problemas familiares, una mente inquieta (que el individuo se preocupe demasiado) etc.

Entre las múltiples vivencias que se pueden dar, vamos a destacar la situación vivida en la pandemia, la cual sufrimos en nuestras vidas con la llegada del virus Covid-19 y sus variantes.

Hasta las personas con recursos para manejar el estrés y que apenas habían sentido esas reacciones, se han visto estresadas o con estados de ansiedad en algún momento de esta pandemia, derivado de la tristeza, la pena y el miedo de ver cómo las personas caían como moscas ante un virus tan desconocido.

La situación de no saber que iba a pasar en el mundo... De no poder visitar y estar al lado de un ser querido que se infecta de él.

Los enfermos que no se contagian tenían que estar aislados para que no se les complica el diagnóstico,(aun así se complicaba en muchos de ellos)porque era muy difícil controlar una epidemia nunca vista.

En muchos casos la información era escasa ,dejando en algunos pacientes unas secuelas irreversibles y con el pánico de perder a uno de ellos.

Incluso el miedo en las personas de que si no se protegían lo suficiente o aunque lo hicieran de una forma desmedida, era inevitable sentir la muerte tan cerca de uno mismo, sabiendo que cada día centenares y miles de muertes se producían debido a este virus.

Aunque nos dieran muchas pautas,todas ellas eran pocas,porque el virus podía con ellas y seguía arrebatando vidas.

5 Discusión-Conclusión

Las personas con un alto estrés en su vida laboral o familiar y con estados de ansiedad de por sí,ante la llegada de esta pandemia lo han tenido que vivir realmente mal,aguzidanzoles estos síntomas y a muchas de ellas,manifestándose como un estado nuevo.

De hecho las consultas de especialistas en salud mental aumentaron durante y tras la pandemia,debido a las secuelas que esta misma nos ha dejado y que con sus variantes a la orden del día siguen haciendo daño,al no poder atajar esta situación de manera radical, aunque sí muy controlada gracias al campo de la ciencia y sus vacunas.

Por ello es muy importante saber manejar herramientas que nos ayuden a controlar estados de estrés y así poder evitar que se desencadenan en episodios de ansiedad.

6 Bibliografía

- 2 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 81

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD MENTAL

MILUDA MOHAMED AHMED

FÁTIMA SOHORA ABDESELAM AHMED

MINA ALI ABDESELAM

1 Introducción

Vamos a empezar describiendo al Auxiliar Administrativo como el personal no sanitario que se engloba dentro de un equipo multifuncional que constituyen y forman parte de una inmensa mayoría de departamentos del Sistema Sanitario. Dentro del área de Salud Mental podremos encontrarlos en: Hospitales, Centros de día, Ambulatorios, etc.

A la hora de describir algunas de las funciones que llevan a cabo los Auxiliares Administrativos dentro del Departamento de Salud Mental vamos a reseñar algunas de las que se pueden considerar como más relevantes:

- Atención directa a los usuarios / pacientes de manera presencial, telefónica e informática.
- Uso y gestión del Software informático implantado, junto a base de datos y controles Estadísticos.
- Control y organización tanto de la agenda como de las citas del departamento.
- Organización y custodia de documentación, historias y demás informes que le sean encomendados.

- Designación administrativa de pacientes tanto antiguos como nuevos a los distintos especialistas.
- Envío de documentación e informes bajo demanda.
- Solicitud de transportes sanitarios: Traslados y recogidas planificadas, ambulancias...

Como podemos apreciar tras lo anteriormente reseñado la gran amplitud de tareas llevadas a cabo por los Auxiliares Administrativo tanto dentro de ámbito de Salud Mental como en el resto de los departamentos es de una vital importancia a la hora del proceder y buen funcionamiento de cualquiera de las áreas de las que forman parte, ya que sin su actuación no sería posible.

2 Objetivos

Con este capítulo intentaremos ensalzar la figura del Auxiliar Administrativo de manera que quede reflejada de manera manifiesta y concisa su proceder y actuación dentro del un departamento tan diversificado y complicado como es el de la Salud Mental.

3 Caso clínico

Mujer de 34 años que tras fallecer su único hijo varón de 2 años en un accidente doméstico, no consigue asumir la muerte, entrado en un cuadro de ansiedad y depresión, acude al departamento para solicitar consulta donde tras esperar su turno es atendida en la zona de mostradores por nuestra Auxiliar Administrativo, donde tras solicitarte sus datos y consultar en él la base de datos su historia clínica le solicita consulta con alguno de los especialistas disponible. Tras consultar la agenda de los distintos facultativos y ver la disponibilidad de estos le da fecha para dentro de 2 semanas (el tiempo de demora suele ser mayor, pero tras percibir el estado de la mujer ve un hueco en la agenda y le cuadra la cita para dicho día), quedando la usuaria muy contenta y satisfecha por tal hecho, agradeciéndoselo de manera muy visible a la administrativa.

Una vez llegado el día, la paciente acude al departamento de salud mental donde se acerca mostrador donde es atendida por la Auxiliar Administrativo donde le invita a pasar a la sala de espera donde será avisada a pasar a consulta una vez llegado su turno, a su vez avisa al Facultativo asignado haciéndole saber que la paciente se encuentra en la sala. Tras ser tratada y finalizada la consulta, vuelve al mostrador donde tras indicación del Doctor vuelve a pedir cita para continuar su tratamiento. Se le agenda una cita para dentro de 1 mes donde volverá a

pasar consulta en dicho centro, se procede a la actualización de la historia clínica de la paciente tras esta primera consulta en dicho departamento. Debido a una indisponibilidad por motivos personales la paciente 2 días antes de la cita, se pone en contacto telefónicamente con el departamento donde le comunica a nuestra administrativa que le será imposible acudir el día de consulta por lo que le ruega que, si puede ser reagendada la consulta, tras lo cual y después de consultar fechas y horarios disponibles le da cita para 1 semana después quedando todo solucionado y la paciente quedando de nuevo muy satisfecha.

4 Discusión-Conclusión

Vamos a concluir volviendo a remarcar el papel del administrativo, que actuando desde el que puede ser un papel más secundario están sometidos a un continuo stress telefónico, presencial y por parte del resto de componentes del departamento, todo ello debido a la alta demanda por parte de los usuarios al tratarse de un servicio con unas demandas muy amplias y un campo de actuación que engloba a una amplia parte de la sociedad. Su actuación se vuelve imprescindible para que tanto usuarios como profesionales puedan atender y ser atendidos de manera organizada, eficaz y responsable haciendo de todo ello un gran trabajo de equipo.

5 Bibliografía

- Documentos. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Organización Institucional - Documentos Mejorar atenciones pacientes. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/excelencia/map/mapDocs.htm#saludMental>.
- III plan integral de salud mental 2016-2020. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/elsas/servicios-y-centros/salud-mental/iii-plan-integral-de-salud-mental-2016-2020-en-revision>.
- Gestiones Administrativas. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ciudadania/gestiones-administrativas>.

Capítulo 82

INVESTIGACIÓN Y EXPOSICIÓN DEL CELADOR SOBRE MÉTODOS PREVENTIVOS DE AISLAMIENTO

JESUS LOPEZ REJON

RAUL GARCIA CALVO

JOSE MARIA CALVO ZAPATA

ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA

CONSOLACION DOMINGUEZ LOAISA

1 Introducción

El aislamiento difiere de unos sucesos a otros, Las prácticas y materiales, serán diversos dependiendo a la infección que nos enfrentemos y que queramos aislar y controlar. El aislamiento está dirigido a cortar la cadena de infección actuando prioritariamente sobre la o las vías de transmisión.

La fase de aislamiento debe durar hasta que la fase de infección de la patología haya finalizado. La fase infecciosa es diferente para cada patología. Cortar la cadena de transmisión de una patología infecciosa a fin de prevenir el contagio entre comunidad, enfermos y profesional sanitario.

Los aislamientos son sistemáticas de actuación y están indicados ante la evidencia o por la sospecha clínica de una patología infecciosa. Las normas deben ser

cumplidas para todos los enfermos con patologías transmisibles con infecciones nosocomiales o de la comunidad o en prevención de dichos sucesos. El control y la prevención de epidemias o pandemias minimizando los sucesos de contagio, así como controlar la contaminación de estos patógenos evitando la transmisión instaurando normas y protocolo de aislamiento.

La normativa MINSAL esgrime y maneja principalmente tres modos de aislamientos: Aislamiento considerado estricto por aerosoles, aislamiento de contacto, así como el aislamiento respiratorio a través de gotitas.

Así observaremos la manera de prevención hacia el referente del contagio de las patologías o enfermedades transmisibles entre los profesionales, los enfermos y los individuos visitantes.

Pasaremos a ver distintos modos y formas de actuación de prevención, así como de aislamiento y control.

El primer objetivo de toda intervención será aislar el foco considerado infeccioso. A fin de establecer las medidas de aislamiento concernientes y correctas, sin minimizarlas ni tampoco exagerarlas, sino siempre en su justa medida, para esto es preciso conocer la epidemiología de la patología o enfermedad infecciosa que está afectando al paciente enfermo.

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta en relación con los modos y métodos de aislamiento hospitalario por parte de los profesionales trabajadores del ámbito de la salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es esencial destacar sin duda alguna, que primeramente se debe actuar en la prevención pero que si ya se ha instaurado la infección, la actuación es la de que se deberá controlar los brotes epidémicos de estas patologías o enfermedades transmisibles, minimizando así el número de epidemias y por supuesto en consecuencia el número de individuos infectados.

El hospital deberá de proporcionar siempre los medios materiales para el correcto manejo y control de métodos de aislamiento. Para esta finalidad se deben tener en consideración una serie de particularidades y de características, como servicios de los que se dispone, modo de enfermos que se asisten y por supuesto de la complejidad del cuidado y de la asistencia.

Los cuidados a tomar en cuenta con el enfermo contagioso, será primeramente proceder a la evaluación del modo de aislamiento más adecuado y conveniente, en consecuencia, y conjunto del proceso infeccioso que le atañe, para la prevención de la trasmisión.

Las medidas de control corresponden a la categoría de aislamiento

Las medidas de aislamiento serán conformes y concernientes al agente etiológico promotor de la infección, entre las que nos podemos encontrar con el aislamiento de la vía aérea en cohorte, aislamiento por gotitas en cohorte y aislamiento por contacto en cohorte.

Los que posee prescrito un aislamiento en cohorte solo podrán abandonar el aislamiento cuando se le proporcione el alta del proceso infeccioso por el que ingreso.

En el aislamiento protector su fin es el de proteger a enfermos de alto riesgo del contacto con microorganismos patógenos, será esgrimible a enfermos inmunosuprimidos, trasplantados y oncológicos. Los fómites que son utilizados y manejados en las instituciones y centros hospitalarias son el reservorio de microorganismos patógenos, sin embargo, la evidencia científica, ha demostrado que la mayor y gran transmisión desde estos gérmenes patógenos es a través de las manos por transmisión holodactila del profesional de salud.

El aislamiento de contacto se esgrime ante la sospecha o confirmación de los microorganismos que afectan con cuadro diarreico de origen infeccioso, como el Rotavirus, Salmonella, Shigella, Adenovirus, Campylobacter, Yersinia, entre otros, úlceras, heridas abiertas con secreción y quemaduras.

En cuanto al aislamiento entérico, es la prevención de la transmisión de patologías por contacto directo o indirecto con las secreciones o deposiciones infectadas, se deberán aislar en habitaciones individuales, enfermo imposible de

- educar, uso de cartel de aislamiento por precaución entérica, guantes e inclusive de delantal. Higiene de manos, será esgrimible en el cólera, gastroenteritis por Amebiasis, diarrea, Hepatitis modo A, enterocolitis necrotizante, Fiebre tifoidea.
- Aislamiento con secreciones: Prevenir contaminación con contacto indirecto o directo con secreciones, excreciones infectadas o material purulento, no es precisa habitación individual, uso de cartel de aislamiento por precauciones con secreciones, guantes y bata. Proceder a la higiene de mano antes, durante y después. Se debe emplear este aislamiento en conjuntivitis no gonocócica, abscesos menores, infecciones pequeñas de la piel, en heridas operatorias, quemaduras y úlceras de decúbito con proceso infeccioso.
 - Aislamiento Respiratorio, su objetivo será el prevenir la transmisión de microorganismos de las vías respiratorias, con las gotitas que se expulsan en la respiración con la tos o estornudos, será en habitación individual siempre se mantendrá cerrada, cartel de aislamiento por aislamiento respiratorio, requerirá de mascarilla con filtro EPA o mascarilla quirúrgica, higiene de manos, se esgrime en patologías tales como, meningitis meningocócica, eritema infeccioso, parotiditis, influenza, sarampión, tuberculosis y tos ferina.
 - Aislamiento Estricto: prevendrá la diseminación y trasmisión de patologías por contacto indirecto y directo, habitación individual siempre cerrada. La higiene de las manos. Usar obligatorio de los carteles de aislamiento estricto, mascarilla, guantes, será esgrimible patologías o enfermedades como la Difteria faríngea, enfermo con inmunodepresión, Herpes Zóster diseminado o Varicela.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión de la suma importancia que posee el cumplimiento exhaustivo y conocimiento por todo el profesional que trabaja en salud y con enfermos infecciosos, de todos los métodos existentes en cuanto a prevención de la transmisión de patologías nosocomiales, tanto en enfermo, profesional sanitario y no sanitario e inclusive a las visitas y familiares, la principal responsabilidad cae en el profesional de salud, ya que somos los que tenemos más contacto con el infectado y que nuestras manos son el principal vehículo de microorganismos patógenos, de ahí la importancia de la higiene de manos a la hora de la atención y asistencia a un paciente enfermo el cual se deberá efectuar precedentemente, durante y posteriormente de la asistencia al enfermo.

6 Bibliografía

1. M.J. García García – Saavedra J.C.Vicente García.- Higiene del medio hospitalario. Madrid.Paraninfo.1997
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
3. <https://www.scielo.org/es/>
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 83

PERIODOS DE HOSTILIDAD POR LOS QUE TRANSITA EL PACIENTE MENTAL. INVESTIGACIÓN POR EL CELADOR

JOSE MARIA CALVO ZAPATA

RAUL GARCIA CALVO

JESUS LOPEZ REJON

ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA

CONSOLACION DOMINGUEZ LOAISA

1 Introducción

Con la aprobación de la Ley General de Sanidad en el año 1986, (Ley 14/1986, 25 de abril, General de Sanidad), se toma en cuenta al paciente psiquiátrico enfermo con patologías mentales como paciente psiquiátrico mental y, por tanto, un usuario más que requiere de los existentes servicios sociales y sanitarios en igualdad con el resto de los pacientes enfermos. Por ello, las instituciones sanitarias cuentan con unidades especiales de hospitalización para el tratamiento y control de los pacientes enfermos mentales que así lo precisen.

Lo que se pretende y la finalidad de esta Ley, es que aparte de reconocer al paciente psiquiátrico enfermo dentro de la sociedad, es incorporar a estos pacientes

enfermos mentales dentro de Sistema Sanitario, y por eso se comienza a crear hospitales de día, instituciones especializadas de salud mental, unidades de hospitalización, y fomentar la eliminación de lo que conocíamos antiguamente como los famosos manicomios, que eran instituciones o centros en los cuales se recluía a estos pacientes mentales enfermos para mantenerlos totalmente reclusos y apartados de la sociedad.

Según referencia la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su enunciación de salud, la describe no solo como la ausencia de patologías físicas, sino como un estado completo de bienestar físico, psíquico y mental. Así pues, no es posible tener una buena salud sin tener en cuenta la correcta salud mental.

2 Objetivos

- Describir las denominadas periodos de hostilidad por la que el paciente psiquiátrico enfermo pasa, indicando pautas que nos puedan ayudar a anticiparnos y controlar una posible situación de emergencia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando un paciente psiquiátrico enfermo ostenta un estado de mucha agresividad o exponencial nerviosismo, el celador deberá auxiliar y apoyar al equipo de salud sanitario en la contención del paciente psiquiátrico mental, y para poder efectuarlo y además de una manera eficaz y eficiente debemos saber primero las denominadas periodos o modos de Hostilidad por la que franquea el paciente psiquiátrico enfermo que vienen descritas como:

1. Periodo primeramente racional. Los pacientes enfermos mentales están abiertos y demuestran querer razonar la gran mayoría de ellos, por lo que se debe intentar siempre primero hablar con ellos, discrepando lo que le ocurre de forma

y modo apacible y tranquilo el problema de ese momento, y con ello poder resolver la controversia con el poder de la palabra, hablándole siempre desde la calma y seguridad e intentando convencerle de que se tranquilice.

2. Periodo estimado como sólido. En este periodo, se debe lograr encontrar y averiguar el detonante que incita que el enfermo esté enfadado e intentar que no vaya subiendo el nivel a más y se agite demasiado. El paciente psiquiátrico enfermo no logra razonar o no es capaz, por lo que no intentaremos calmarlo hablando, ya que se lograra el efecto contrario. La opción más conveniente y correcta en este periodo es manejar la escucha activa, dejar que el paciente mental sea el que se desahoga, exprese y hable, escuchándole con mucha calma y sobre todo paciencia.

3. Periodo de laxitud o enlentecimiento. La sensación de agitación y de enfado no continuará si no existe otro detonante o condicionante que le siga incitando y provocando, por lo que el paciente mental enfermo debería por norma general ir calmándose, incluso llegara al agotamiento y bajara el nivel de agitación.

4. Periodo de conciencia o afrontamiento. Ulteriormente de estar escuchándole sin interrupciones por nuestra parte, se podrá intervenir, siempre desde el modo de la empatía, en ningún momento entraremos en realizar juicios al respecto de su actuación. Debemos hablarle con buen tono cordial, mucha calma y siempre tratando siempre de entenderlo. Todo ello tendrá como efecto beneficioso el llegar al periodo de calma y su ira descenderá.

5. Periodo de enfriamiento. Si realmente se logra y llegamos a crear una confianza de empatía con el paciente mental, este llegará a calmarse por sí solo al sentirse ya entendido.

6. Periodo de solución. El paciente psiquiátrico enfermo retorna al estado inicial dentro de su propia normalidad, y es aquí cuando se intentará resolver e intentar averiguar la resolución del problema, porque para ese momento ya estará más razonable a la par que receptivo. Si no se logra y consigue llegar a este periodo citado de solución, pediremos ayuda y se seguirá insistiendo.

5 Discusión-Conclusión

Para afrontar los periodos por los que pasa un paciente psiquiátrico enfermo en estado de agitación, llegamos a la conclusión de la importancia que tiene el empatizar con estos pacientes mentales enfermos, manejar la muy bien la escucha activa, manifestando sentimientos e incluso recompensarle si así se cree oportuno. No debemos tener dudas nunca en pedir ayuda si no se es capaz de controlar la situación, el celador que trabaja en la Unidad de Psiquiatría siempre debe es-

tar familiarizado y correctamente instruido con los diferentes tipos de trastornos mentales que soportan el paciente enfermo, para poder efectuar sus funciones con mayor eficacia. Debemos tener en cuenta, que son pacientes enfermos sensibles que requieren de un trato muy delicado, ya que debido a su patología, son muy imprevisibles a veces en sus reacciones.

6 Bibliografía

1. Temario celador Campus Salud.
2. celadoresonline.blogspot.com
3. cgtsanidadlpa.org
4. <https://www.scielo.org/es/>
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 84

CELADOR EXPOSICIÓN E INVESTIGACIÓN EN MANEJO Y ELIMINACIÓN DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS

ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA

RAUL GARCIA CALVO

JESUS LOPEZ REJON

JOSE MARIA CALVO ZAPATA

CONSOLACION DOMINGUEZ LOAISA

1 Introducción

Como profesionales de la salud en la categoría de celadores en el área de sanidad ya sea hospitalaria o de Atención Primaria se expone y se hará un estudio de la importancia de los desechos originados de los servicios de asistencia sanitaria que es el tema que nos ocupa, es por ello que la enunciación de residuo sanitario u hospitalarios serán los que vienen derivados y que estos son generados de la función de la práctica clínica y las actividades sanitarias, se sabe que una buena parte de ellos están contaminados potencial y exponencialmente por líquidos, desechos y/o sustancias biológicas, así como los derivados de los tratamientos clínicos como pueden sobre todo y en los que habrá que poner especial atención por todo trabajador sea sanitario o no de los citotóxicos y los citostáticos.

En estos residuos que son considerados y registrados como peligrosos, se encuentra el material infeccioso, los restos de vacunas, o de material de laboratorio, inclusive de los restos anatómicos, hemoderivados de pacientes que son infecciosos, o los equipos de la administración de quimioterapia y todo lo que se haya utilizado en cuanto a material y envases, para su administración, entre otros muchos.

Sin embargo, aunque exista esta parte mencionada en cuanto a residuos potencialmente contaminados, el mayor porcentaje se lo lleva los residuos derivados de la práctica clínica y asistencia normal por así decirlo de la actividad sanitaria por ejemplo los que son provenientes de las oficinas y solo serían papel, pero se genera también una gran parte en las consultas de enfermería que son los derivados de las curas o de la higiene de los pacientes, como logran ser los empapadores, las toallas higiénicas, los pañales, las bolsas de diuresis o inclusive de colostomía, estos son considerados como residuos no peligrosos o asimilables a urbanos.

2 Objetivos

- Exponer por parte del profesional de celadores la importancia en la adecuada y conveniente gestión de los residuos sanitarios
- Resaltar la gravedad de que estos residuos no se gestionaran convenientemente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha efectuado una búsqueda sistemática de libros 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

Debe implantarse a la hora de gestionar y saber segregar convenientemente para evitar incidencias de contaminación, los residuos se dispone de un sistema de carácter universal e integral, para poder conseguir una mejora tanto a corto, medio como a largo plazo en la adecuada y correcta gestión de los desechos de la actividad sanitaria en salud.

Los métodos de gestión serán lo más inocuos y seguros posibles para el medio ambiente, con la finalidad de proteger a los individuos expuestos y a los profesionales que lo manipulan sobre todo del peligro en la recogida, tratamiento, almacenaje, transporte, eliminación de los citados desechos.

Deben crearse ya que se anda escaso en normativas más concluyentes o unificadas, muchas más directrices y más ayudas por parte de los ministerios encargados, para así lograr su posterior implantación, más implicación sobre todo de las comunidades autónomas y de las gestiones de los organismos públicos desde el más importante, hasta los estamentos mucho más pequeños como son los ayuntamientos en la prevención, y concienciación del concepto de reciclaje de desechos en cuanto a cómo se podrían reducir al máximo posible, además de su posterior reutilización, fomentar y dar más apoyo tanto logístico como en el plano económico a las plantas de reciclado y la valorización y los estudios con el fin de generar o producir el mínimo posible de desechos, estas son las claves principales al respecto de la eliminación y tratamiento de toda clase de desechos y así poder facilitar a las instituciones sanitarias en particular y a los ciudadanos en general la fácil gestión y eficaz eliminación.

Es de suma importancia que esta gestión sea eficaz ya que de ella dependerá la salud de los colectivos, si esta fuera deficiente conllevaría un gran riesgo de salubridad para toda la sociedad en cuanto a plagas, riesgos biológicos, y diseminación de agentes patógenos infecciosos afectando a la salud de la población y los propios trabajadores en la prevención está la premisa de no incurrir en la degeneración del medio ambiente, para no llegar a los problemas referidos anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a los principales peligros y riesgos existentes en el ámbito hospitalario, estos se sitúan en la manipulación de los desechos sobre todo en su carga y descarga.

Como profesionales del gremio de celadores estamos en continuo contacto y manipulación así como expuestos a estos riesgos o sustancia ya sea debido a la asistencia y/o manipulación del enfermo, así como derivado del transporte de las muestras o de cualquier actividad de la cual se demande nuestra presencia y trabajo, será de vital importancia el conocimiento en este tema de residuos para lograr esa buena gestión y que no derive en un riesgo para nosotros mismos o para los pacientes.

6 Bibliografía

1. Hevia Mosquera M; Tolivia Fernández J.C.; Menéndez García M.I.; López Rodríguez Y.; García Rodríguez M.; Fernández Llera A. ;
2. <https://geaccenpat.wixsite.com/geac/integrantes?lightbox=c8o9>

Capítulo 85

INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

ÁLVARO MARTÍNEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Una denominada enfermedad rara afecta a un máximo de 50 personas por cada 100.000 habitantes. La mayoría de estas dolencias carecen de tratamiento curativo o preventivo alguno. Se definen como medicamentos huérfanos aquellos que se utilizan para tratar a pacientes diagnosticados con una enfermedad rara.

Se calcula que las enfermedades raras afectan a un 5% de la población mundial y en población total suponen prácticamente 60 millones de habitantes. Es más, cada año, se identifican nuevas enfermedades con estas características, contabilizándose en occidente más de 6.000 enfermedades raras. El avance de la genética hace que se afinen más los diagnósticos desde ese punto de vista y puede hacer diferenciar diagnósticos que son similares desde el punto de vista clínico.

Son enfermedades difíciles de diagnosticar y clasificar, pues pueden afectar a distintos órganos y de distinta manera, cada una tiene un grado de afectación distinto en sí mismo y en cada persona, son enfermedades que se manifiestan a distinta edad según en cada persona, comparten sintomatología, pero en diferente grado y eso hace complejo decir que esas 2 personas tienen igual diagnóstico.

Dada su baja afectación resulta fácil concluir que la industria farmacéutica no está interesada en invertir en investigación en este ámbito, pues esto supone

una escasa rentabilidad. Así, siguiendo una aproximación puramente empresarial, no resulta viable o interesante comercialmente. Es por esto, que en farmacia se conoce a estos fármacos como medicamentos huérfanos.

La mayoría de estas enfermedades tiene un origen genético, lo que hace que tanto para su diagnóstico como para su tratamiento la genética tome un papel preponderante y cada día parece que más. Las nuevas técnicas de edición genética pueden jugar un papel importante en un futuro para su tratamiento.

En este trabajo identificaremos cuáles son los aspectos primordiales en la investigación clínica en medicamentos huérfanos. Esto incluye, elementos económicos, así como el fomento de la investigación como punto de partida para que se logre un tratamiento aplicable a estas enfermedades

2 Objetivos

- Identificar cuáles son los aspectos primordiales en la investigación clínica en medicamentos huérfanos.

3 Metodología

La metodología empleada ha sido la lectura y revisión bibliográfica, en especial de la publicación “Ética en la investigación de las enfermedades raras” publicada por el CIBERER (Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras). En concreto el capítulo elaborado por Rafael Dal-Ré “Investigación clínica en el desarrollo de medicamentos huérfanos”.

También me he apoyado en 13 años de experiencia con un paciente de enfermedad rara en la familia y otros tantos de permanencia en una asociación de pacientes.

4 Resultados

En los países desarrollados existe normativa que apoya y fomenta la investigación y el desarrollo en el ámbito de los medicamentos huérfanos. La asesoría científica gratuita es uno de ellos y la exclusividad comercial, una vez el medicamento esté aprobado, es otra de ellas.

Sin embargo, únicamente el 2% de estas enfermedades conocidas como raras, es decir, enfermedades de baja prevalencia, han logrado algún tipo de tratamiento.

En el caso de los medicamentos huérfanos, existen tres alternativas diferentes para lograr que sean aprobados:

- 1) autorización normal
- 2) autorización en condiciones excepcionales. Así la compañía debe informar periódicamente a la Agencia Europea del Medicamento sobre la eficacia.
- 3) Autorización condicionada, de forma temporal

Hasta el 35% de los medicamentos huérfanos que han sido aprobados por la Agencia Europea del medicamento lo han hecho en base a las dos últimas alternativas planteadas.

Queda demostrado que las agencias de aprobación de medicamentos son más flexibles con los medicamentos huérfanos que con medicaciones de enfermedades habituales. Para el tratamiento de enfermedades comunes se suelen requerir más ensayos que confirmen su eficacia.

Se han llegado a autorizar medicamentos solo con datos bibliográficos; también se ha autorizado algún medicamento con ensayo probatorio de no inferioridad, cuando lo normal sería exigir la superioridad.

Un estudio sobre medicamentos huérfanos autorizados mostró problemas en los ensayos clínicos de ciertos medicamentos. Por ejemplo, solamente el 60% tenía pruebas clínicas aleatorias y la mayoría habían sido probados en menos de 200 pacientes.

Otro estudio incidió sobre planes de ensayo clínico de medicamentos autorizados en varios años y se llegó a ver que el 71% de medicamentos huérfanos y el 65% de medicamentos comunes fueron autorizados. El permiso por parte de la agencia del medicamento fue denegado debido mayoritariamente a la falta de eficacia.

En muchas ocasiones los ensayos clínicos que se han realizado para la aprobación de medicamentos huérfanos cuentan con un nivel de seguridad inferior frente a los ensayos que se realizan para enfermedades comunes. Sin embargo, estas desviaciones no influyen en la relación riesgo/beneficio de los medicamentos huérfanos.

5 Discusión-Conclusión

Las distintas agencias de regulación de medicamentos comparten los mecanismos de concesión de medicamento huérfano, además son comúnmente muy flexibles con los ensayos clínicos en distintos aspectos que consiguen fomentar su desarrollo y facilitar la llegada a su finalidad en los resultados finales, incluyendo una muy probable autorización del medicamento ensayado.

El objetivo de la Agencia Europea del medicamento es identificar y desarrollar nuevas vías para proceder a la aprobación de nuevos fármacos, aplicando fórmulas como la autorización progresiva, que permitirá a los pacientes acceder de forma ágil y rápida a los tratamientos. Igualmente, esta fórmula favorecerá una mayor participación en los ensayos por parte de las asociaciones de pacientes.

Los pacientes y sus familias han de influir en mayor medida en los ensayos clínicos, así como en el diseño de protocolos para un mejor tratamiento en su día a día, no solo en temas médicos sino también en su quehacer diario y su desarrollo como seres humanos con plenitud de derechos. Duele ver como todos los organismos locales dicen apoyar las enfermedades raras o las discapacidades a la vez que se les limita el acceso a una simple plaza de aparcamiento gratuita.

6 Bibliografía

- Ética de investigación en enfermedades raras, elaborado por Teresa Pàmpol, Carmen Ayuso y Guillem Pintos. Publicado por CIBERER y editado por Ergon (2016)
- 2 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
 3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
 4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 86

ALIMENTACIÓN TERAPEÚTICA: ENFERMEDADES ENDOCRINAS

MARÍA JOSÉ FAL MIYAR

1 Introducción

El sistema endocrino está formado por un conjunto de tejidos y órganos encargados de producir hormonas que son conocidas como moléculas mensajeras que son liberadas a la sangre hasta llegar un receptor específico y regular algunas funciones del cuerpo tan diversas como la velocidad de crecimiento, el desarrollo de los órganos sexuales, algunos aspectos de la conducta, el desarrollo del metabolismo o la actividad de determinados tejidos.

El catálogo de enfermedades que tienen que ver con el sistema endocrino es amplísimo así que nos fijaremos en aquellas en donde la alimentación terapéutica tiene un papel importante o fundamental. De ahí que entre las patologías que veremos está la diabetes tipo 2 asociada, en la mayoría de los casos, con adultos con sobrepeso, que manifiestan resistencia a la insulina y por lo tanto, no son capaces de generar la energía que se produce cuando el azúcar que entra en la sangre se reparte por las células. Las causas de esta enfermedad están muy ligadas a los antecedentes familiares y situaciones de riesgo como un bajo nivel de actividad física y la obesidad. Los síntomas son muy sutiles y en muchas ocasiones no se dejan ver avanzada la enfermedad. Algunos de ellos pueden ser la visión nublada, orinar con frecuencia, consumir líquidos en exceso y cansancio frecuente.

Una de las enfermedades más comunes es el sobrepeso y la obesidad, ya que cuando se agrava surgen otras patologías graves como la diabetes, la hipertensión y las complicaciones cardiovasculares. Las causas del aumento de personas con sobrepeso debemos buscarlas en un cambio de vida en el que la alimentación se

basa en procesados hipercalóricos ricos en grasas y azúcares y el sedentarismo propio de trabajos de oficina y nuevos métodos de movilidad.

Y por último entre las enfermedades del sistema endocrino destacamos las hiperlipemias que son un grupo de alteraciones de las grasas siendo los triglicéridos y el colesterol los más habituales.

2 Objetivos

- Identificar las causas que provocan enfermedades del sistema endocrino.
- Relacionar los alimentos y dieta aconsejable para cada una de las patologías.
- Estudiar las dietas hospitalarias adecuadas para la diabetes tipo 2, la obesidad y las hiperlipemias.
- Exponer cambios en los hábitos alimentarios para cada una de las patologías.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas así como recomendaciones alimentarias para los diferentes tipos de enfermedades endocrinas así como las pautas de este tipo de dieta hospitalaria.

4 Resultados

En cuanto a las recomendaciones alimentarias para los pacientes de Diabetes tipo 2 encontramos:

- Alimentación sana controlando el peso por eso se recomienda una dieta con pocas grasas y baja en sal.
- La actividad física es clave no solo para mejorar la asimilación de la insulina, sino porque ayuda a quemar calorías y eliminar la grasa.
- Sustituir el azúcar por acidulantes como la Stevia.
- Uso moderado de la sal para evitar la hipertensión muy frecuente en pacientes con diabetes tipo 2. Lo ideal sería sustituirla por hierbas, especias o condimentos que saboricen los platos.
- En la elaboración de la dieta, que deberá ser personalizada por un nutricionista o endocrino se puede emplear el método de unidades de intercambio de alimen-

tos. Este método de planificación divide los grupos de alimentos en diferentes porciones de tal manera que cada una de ellas, modulando las cantidades, cuenta con el mismo número de calorías, carbohidratos, proteínas y grasas. Estos grupos de alimentos son:

- Porciones de almidón/pan: pan, cereales, arroz, pasta y verduras amiláceas.
- Porciones de vegetales. Han de ser de consumo diario.
- Porciones de leche y derivados. Se recomienda leche desnatada y el yogur.
- Porciones de proteína: pescado, aves y huevos.
- Porciones de fruta, siempre fresca y de temporada.

-Porciones de grasa: aceite de oliva crudo o para preparaciones a la plancha.

A la hora de abordar la obesidad deberá hacerse de la mano de un doctor endocrino y un nutricionista que acompañe, adapte y recomiende un tratamiento para cada tipo de problema. En todo caso, el proceso será largo y requiere de una gran fortaleza mental para afrontar una nueva manera de comer que deberá comenzar cambiando determinados hábitos alimentarios como:

- Introducir abundantes frutas y verduras, lácteos desnatados y cereales integrales.
- Cambiar el consumo de carne cambiando las carnes rojas por aves o conejo. Modificar también la manera de cocinarlo con métodos que requieran poca grasa como al vapor, al horno, a la plancha o papillote.
- Disminuir las cantidades de sal y alcohol.
- Beber al menos un litro y medio de agua.
- Poner especial interés en realizar un desayuno completo y cinco comidas diarias para evitar sensaciones de hambre.
- A la hora de ir a la compra mejor llevar una lista cerrada en la que por su puesto no tienen cabida ni los alimentos procesados ni la bollería.

En cuanto al tratamiento dietético de las hiperplemias las recomendaciones son las siguientes:

- Dieta baja en grasas especialmente las saturadas. Para ello es importante saber identificarlas en el etiquetaje de los alimentos que compramos para evitar los que contengan grasas vegetales (palma y coco), ácidos grasos trans, grasas hidrogenadas y los ricos en sodio habituales en margarinas, bollería y chucherías.
- Modificar las técnicas de cocción evitando las frituras, los empanados, rebozados y estofados. Por el contrario emplear cocciones al vapor, plancha, horno, microondas y hervidos y escalfados.
- Entre los alimentos recomendados están los desnatados, el aceite de oliva como única grasa de alta calidad y en pequeñas cantidades, los frutos secos por su capacidad para saciar y el rico aporte de energía, los alimentos frescos y de temporada y los cereales integrales.

5 Discusión-Conclusión

Mejorar los hábitos alimentarios debe ser cosa de todos especialmente en la edad adulta. Una buena manera de ir modificando la dieta puede ser acercándose a los principios de la alimentación saludable que encontraremos en la pirámide de los alimentos, el plato Naos o los principios de la dieta mediterránea. Este interés se convertirá en obligación cuando empiezan aparecer problemas que se pueden corregir o amortiguar con una nutrición adecuada como son la diabetes tipo 2, la obesidad o el colesterol.

Además de cambios en la dieta lógicos como la reducción en el consumo de grasas, azúcares, alimentos procesados y alcohol, se debe complementar con un plan de actividad física que requiera la realización de ejercicio diario al menos durante media hora.

6 Bibliografía

- 1-Curso Principios de alimentación terapéutica en la asistencia sanitaria impartido por Fysa (Formación y Servicios Asesoría para Organizaciones Sindicales).
- 2- José Luis Armendáriz Sanz “Gestión de la calidad de la seguridad e higiene alimentaria” de de E. Paraninfo (2013).

Capítulo 87

EL CELADOR DESTINADO EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL

BEATRIZ MENÉNDEZ PÉREZ

1 Introducción

Podemos definir el concepto de "Salud mental", como aquel equilibrio entre la persona y el entorno sociocultural que le rodea. Si esto se cumple, aseguraremos la participación intelectual, laboral y las relaciones, lo que, llevará a dicha persona a alcanzar un estado de completo bienestar y calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud, incluye el concepto de salud mental en su definición de salud, aunque no lo menciona explícitamente. La OMS, dice que la salud es un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

No debemos confundir el término "salud mental" con "trastorno mental", ya que, este último tiene como característica una alteración de la cognición, con dificultad para regular o controlar las emociones y como consecuencia, se producirán comportamientos anormales.

Desgraciadamente y debido al ritmo de vida al que estamos sometidos, son numerosas las personas que padecen este tipo de trastorno o enfermedad. Los más comunes suelen ser, la depresión y la ansiedad, pero también existen otros muchos como son:

1. Trastorno de bipolaridad.
2. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).
3. Conductas psicóticas: esquizofrenia, trastorno delirante, psicosis de Korsakoff, psicosis puerperal, trastorno esquizoafectivo, etc.
4. Trastornos del comportamiento alimenticio.

Afortunadamente, la ciencia avanza en este área de la salud a pasos agigantados y son numerosas las personas que acceden a un tratamiento personalizado que se ajuste a sus propias necesidades.

2 Objetivos

A lo largo de este capítulo tengo como objetivo:

1. Definir el concepto de "salud mental", así como, el concepto de "trastorno mental".
2. Resaltar la figura del celador destinado en el servicio de salud mental, así como, enumerar sus funciones.
3. Enfatizar la importancia de cuidar la salud mental de la población.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo que nos ocupa, he llevado a cabo lecturas exhaustivas en un libro de texto que profundiza en el tema objeto de estudio. Además, para apoyar y ampliar la información obtenida en los libros, realicé búsquedas sistemáticas en diferentes páginas web relacionadas con la temática que estamos estudiando.

4 Resultados

Cuando un celador es destinado a un servicio de salud mental situado en una institución sanitaria, deberá ser conocedor de las funciones que le corresponden, así como, de los protocolos a seguir en cada situación que pueda producirse. Entre las funciones del celador, destacan:

1. Traslado de pacientes, ya sea, dentro de las consultas del centro sanitario, de las diferentes unidades o en las ambulancias.
2. Traslado de material, objetos o documentación.
3. Recogida de medicación en el servicio de farmacia.
4. Salvaguardar la buena armonía de los pacientes, así como, mantener su integridad física (Evitar las autolesiones).
5. Bajo la supervisión médica, será el encargado de controlar el suministro de tabaco de aquellos pacientes fumadores.
6. Cuidará del bienestar del paciente, es decir, cada mañana será el que suba las persianas para que en la estancia entre la luz natural. El entorno ambiental es

indispensable y fundamental para la recuperación de enfermo.

7. Cuando un paciente se encuentre alterado, ayudará a su sujeción, además, en el caso de ser necesario la aplicación de un inyectable, colaborará con los sanitarios para que estos lo suministren de forma eficaz.

8. Cuando se realice un pedido al almacén, será el encargado de recogerlo.

9. Vigilará que todos los pacientes se asean y ayudará en dicha tarea a todos aquellos que lo necesiten.

10. Si el médico lo ordena, acompañará a los pacientes durante sus paseos, a la vez que vigilará a los demás.

Además de lo anterior, el celador destinado en el servicio de salud mental, deberá conocer los protocolos a seguir en caso de urgencia psiquiátrica, así como, el protocolo de sujeción mecánica y terapéutica. A rasgos generales y sin profundizar en el tema, diremos que, el celador deberá seguir las pautas de actuación que el médico haya dejado por escrito.

El celador tendrá claro que la sujeción mecánica/física, tiene como fin evitar situaciones peligrosas para el propio paciente y para su entorno. Este tipo de contención siempre será el último recurso, estará motivada y solo se realizará previa orden del facultativo.

5 Discusión-Conclusión

Una vez expuesto el tema que nos ocupa y bajo mi punto de vista, considero imprescindible que los celadores, como pieza fundamental del puzzle, reciban formación en materia de comportamiento y pautas a seguir ante un paciente psiquiátrico. El celador debe entender que este tipo de enfermo requiere de más comprensión que otro paciente situado en otro área del centro sanitario. Además, el profesional conocerá lo importante que resulta para la recuperación del paciente, la creación de un entorno de bienestar. Lo ideal es que previo a comenzar a prestar sus servicios en la planta de psiquiatría, reciban la formación previamente mencionada, ya que, el celador desarrollará más fácilmente su trabajo, conocerá los pasos a seguir en cada situación y todo ello repercutirá en la prestación de un mejor servicio a los pacientes.

6 Bibliografía

- Libro preparación de oposiciones en la categoría de celador del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Editorial: MAD.
- Wikipedia.

- www.usa.gov.
- www.who.int
- www.revistamedica.com

Capítulo 88

CONFLICTOS LABORALES

RUBÉN GARCIA PEREZ

1 Introducción

Un conflicto laboral se puede entender como una disputa entre miembros de una empresa a causa de diferencias de opinión, percepción o problemas de relación. Esta es una definición muy reduccionista, ya que los conflictos laborales pueden surgir entre compañeros de trabajo, entre la dirección y un trabajador o entre la propia dirección de la empresa.

Además, las causas que motivan estos conflictos pueden ser de diversa índole, desde conflictos de intereses, hasta de caracteres, pasando por actitudes intolerantes por alguna de las partes. Lo que siempre tienen en común es que se producen en el ámbito laboral.

La prevención y resolución de conflictos está captando cada vez más atención a nivel mundial. La eficaz prevención y resolución de conflictos laborales es crucial para mantener relaciones laborales sólidas y productivas. Los procesos de resolución de conflictos ofrecen a las partes interesadas un recurso para la negociación colectiva y para fortalecer las alianzas sociales.

Dado que el conflicto es inherente e inevitable en las relaciones laborales, establecer procesos eficaces de prevención y resolución de conflictos es fundamental para minimizar la incidencia y las consecuencias de los conflictos en el lugar de trabajo.

Muchos países han implementado sistemas de prevención y resolución de conflictos, tanto dentro como fuera de los Ministerios de Trabajo.

2 Objetivos

Muchos conflictos laborales se pueden prever si se aplican las medidas correctas

Detectar el conflicto: el primer paso es detectar y conocer cuál es el problema

Identificar a las personas: una vez conocemos todos los detalles del conflicto, deberemos identificar qué personas están involucradas directa e indirectamente.

Mediación imparcial: es necesario escuchar de forma imparcial las diferentes versiones de las personas implicadas.

Negociación: hay que crear un espacio de negociación en el que todos aporten sus versiones,

Solución: el objetivo debe ser Encontrar una solución de manera eficaz evitará que el problema se enquiste y que aumente la desconfianza o la frustración.

Evaluación es necesario realizar un seguimiento y una evaluación del proceso para saber si el problema se ha resuelto completamente.

3 Metodología

Realizar una búsqueda bibliográfica sobre los factores que influyen en la aparición del estrés laboral y cómo prevenirlos, o ayudar a que no aparezcan, en diferentes bases de datos: medline plus, Ibecs, y artículos científicos, usando palabras clave :conflicto laboral resolución de problemas laborales etc

4 Resultados

Es cierto que existen ambientes físicos o tareas que pueden provocar más conflictos laborales que otros. Pero, lo que no cabe duda es que cuando las personas van a trabajar a un ambiente tranquilo, se sienten más felices y están más predispuestas a trabajar, es decir, son más productivos para la empresa.

Las causas que provocan los conflictos son las siguientes

Escasez de recursos:

Los trabajadores necesitan, para llevar a cabo sus tareas, determinados recursos como ordenadores, hojas, etc. En una empresa, donde éstos escasean, puede provocar que los trabajadores compitan por ellos, y originar así determinados desacuerdos.

Distribución de tareas deficiente:

Cada empleado debe tener detalladas y por escrito cuales son sus tareas,

Diferentes percepciones:

Los trabajadores pueden tener diferentes puntos de vista sobre una determinada situación, la confrontación de ellos puede llevar a discusiones y a la consiguiente resolución de conflictos laborales.

Diferentes objetivos:

La empresa debe marcar con la máxima claridad posible sus objetivos

Mala comunicación:

Un deficiente comunicación puede provocar malos entendidos entre trabajadores o entre trabajadores y gerente.

Distintas maneras de trabajar:

Cada trabajador tiene una forma distinta de desempeñar sus tareas, por lo que esto puede originar malos entendidos.

Por presión laboral:

Cuando a los trabajadores se les exige la realización de un trabajo en una determinada fecha, puede provocarles presión, y de esta manera estarán más susceptibles, por lo que es más fácil que se produzcan altercados.

El conflicto y la cooperación son elementos que forman parte de la vida de las organizaciones. Las teorías recientes de la organización han prestado atención a los dos y hoy se considera que la cooperación y el conflicto son aspectos de la actividad social o, más bien, que son dos caras de la misma moneda. En la práctica están ineludiblemente ligados, de modo que la resolución de conflicto se entiende, más bien, como una fase del esquema conflicto-cooperación y no como una resolución final del conflicto. El pensamiento administrativo se ha ocupado a fondo de los problemas de cómo lograr la cooperación y sanar los conflictos. El conflicto no es casual ni accidental, sino algo inherente a la vida de la organización o, en otras palabras, algo inherente al ejercicio del poder.

5 Discusión-Conclusión

El tema de manejo de conflictos organizacionales, ha sido objeto de muchas investigaciones en los últimos años y que, a partir de esto, se ha ido generando un conjunto de enfoques y herramientas que pueden contribuir a mejorar las habilidades de los directivos en el manejo de diferentes situaciones de confrontación. A manera de conclusión se puede finalizar indicando que las actitudes, valores y estilos de las personas son las determinantes para el desenlace positivo o negativo del conflicto. Los conflictos no necesariamente dañan el funcionamiento de una organización o evitan que sus integrantes sean eficaces.

Todos los niveles de conflicto (Intrapersonales, Interpersonales, Intragrupales, Intergrupales) se ven afectados de alguna manera por el sistema de percepciones

individuales.

El adecuado manejo de las situaciones conflictivas (administración del conflicto) conduce a favorecer el clima organizacional y los resultados del trabajo a partir de los estilos asertivos y de cooperación que se empleen. El conflicto involucra de manera objetiva el mundo afectivo y cognoscitivo del hombre, y gana terreno además en sus proyecciones y expectativas individuales y laborales.

6 Bibliografía

<https://virtual.urbe.edu/tesispub/0102774/conclu.pdf>

[https://www.monografias.com/trabajos24/incidencia-conflictos-laborales/
incidencia-conflictos-laborales](https://www.monografias.com/trabajos24/incidencia-conflictos-laborales/incidencia-conflictos-laborales)

Capítulo 89

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y SOLICITUD DEL GRADO DE DEPENDENCIA DESDE EL TRABAJO SOCIAL

SERGIO YBARRA DIEZ

1 Introducción

Se considera a una persona dependiente cuando precisa de ayuda para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD), dentro de ellas encontramos las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Las actividades instrumentales no son esenciales para la vida, pero si necesarias para poder mantener una vida independiente en su casa.

Estas personas no son capaces de realizar todas o algunas de las actividades por sí solas y necesitan ayuda debido a una pérdida de autonomía en esas actividades causada por razones de edad, deterioro o falta de autonomía intelectual, física o mental.

En las Actividades Básicas de la Vida Diaria encontramos las de baño/ducha, vestirse, uso del wc, movilidad para levantarse y sentarse/acostarse de una cama y una silla, si existe incontinencia y la capacidad de alimentarse sola.

Entre las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria estarían hacer la compra, mantener la limpieza del hogar, manejo del dinero, uso del teléfono, etc.

Las personas que lo consideren pueden realizar la solicitud de su valoración del grado de dependencia con el/la profesional de Trabajo Social de Servicios Sociales Municipales, del Centro de Atención primaria o del Hospital si se encuentran ingresadas. Este profesional puede realizar una primera valoración de la dependencia de esa persona mediante el índice o escala de Barthel, que se evalúa cada acción con una puntuación de 0, 5 o 10 y nos dirá según la puntuación obtenida si esta persona tiene una dependencia leve, moderada, severa o total. A menor puntuación mayor será la dependencia de esa persona para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria. Otra herramienta a nuestro servicio es el índice de Katz o Escala Funcional de Katz, es más sencilla, pero también nos permite evaluar la dependencia física tiene una persona para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

2 Objetivos

- Conocer cuáles son las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- Indicar el proceso de solicitud del grado de dependencia desde el Trabajo Social y los Servicios y Prestaciones de la Ley de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación en 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 más pertinentes como puede ser el Boletín Oficial del Estado.

También se ha contado con la propia experiencia laboral para la realización del mismo.

4 Resultados

El aumento de población mayor de 65 años en nuestra sociedad provoca que cada vez tengamos mayor número de personas dependientes. Estas personas muchas veces acuden derivadas por el personal de medicina o enfermería para la realización la solicitud de su Grado de Dependencia.

En ocasiones no es la propia persona la que acude al profesional, ya que puede tener problemas de movilidad reducida o nula, o que tenga un grave deterioro cognitivo, pero podemos realizar la entrevista y la escala a la persona que acude al servicio de trabajo social, ya que por norma general es una familiar que se hace cargo de los cuidados y ayuda diaria y conoce las limitaciones de la persona dependiente; así que le preguntaremos sobre la capacidad para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Con su DNI -y DNI de representante legal si fuera el caso-, certificado de empadronamiento, un informe de su médico de atención primaria y la solicitud de dependencia podrá solicitar su valoración.

Informaremos a la persona solicitante que existen 3 grados de dependencia:

Grado I - Dependencia Moderada: Cuando necesita ayuda para ciertas actividades básicas de forma discontinua o solo una vez al día.

Grado II - Dependencia Severa: En este caso necesita ayuda para algunas actividades básicas varias veces al día, pero no precisa apoyo permanente ya puede seguir viviendo de forma autónoma con ciertas ayudas.

Grado III - Gran Dependencia: Cuando la persona requiere apoyo de forma continuada para varias o todas las actividades básicas de la vida diaria de forma, ya que carece totalmente de autonomía personal.

En caso de que se le reconozca la dependencia, que se hará mediante resolución y tendrá validez para todo el territorio español, le vendrá reconocido el grado que le asignan. A partir de ahí se le hará su Programa Individual de Atención (PIA) en el cual, dependiendo de sus necesidades se le explicarán los servicios o prestaciones más adecuadas a su caso para que escoja.

Prestaciones económicas: Prestación económica para que la persona dependiente pueda afrontar el pago de alguna persona o servicio que contrate en referencia a la ayuda de autonomía, prestación económica para cuidadores informales en el hogar -cuando la persona cuidadora es alguien que vive en el domicilio con la persona dependiente-, y prestación para contratar un asistente personal.

Servicios que ofrece la Ley de Dependencia: para la autonomía y atención a la dependencia, la teleasistencia, la ayuda a domicilio, centros de día y de noche y centro residencial.

5 Discusión-Conclusión

Las personas que necesitan ayuda para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria pueden solicitar la valoración de su grado de dependencia a una/a profesional de trabajo social. Se valorará su grado en relación a la ayuda que precisa de forma diaria respecto a estas actividades y cuando se resuelva su caso le llegará la resolución donde expone su nivel o grado de dependencia. Con esta resolución el/la profesional de trabajo social, junto con la persona dependiente o quien le represente en caso de que la persona no pueda acudir o decidir por sí misma por falta de autonomía, decidirán los servicios o prestaciones que quieren solicitar entre los ofertados por la Ley de Dependencia.

6 Bibliografía

-Caser Fundación [Internet] [Citado 05 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.fundacioncaser.org/autonomia/preguntas-frecuentes/que-es-la-dependencia>

-Allegra [Internet] [Citado 05 diciembre 2022]. Disponible en: <https://allegra.cat/es/medir-dependencia-mayores/#::text=El%20%C3%ADndice%20o%20escala%20de%20Barthel%20es%20el%20instrumento%20m%C3%A1s,de%20las%20sillas%20de%20ruedas>.

-Psicología y mente [Internet] [Citado 05 diciembre 2022]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/indice-katz>

-BOE [Internet] [Citado 05 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

Capítulo 90

MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LAS PATOLOGÍAS DE LA VOZ EN LAS PERSONAS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL

ANA ISABEL ANIA GONZÁLEZ

1 Introducción

El Trabajo Social es una profesión esencialmente comunicativa para lo que se sirve de diferentes herramientas principalmente de la voz, pero también de los gestos y de la forma de presentarse en su profesión.

L@s profesionales del Trabajo Social, deben hacer uso de la voz en su día a día laboral, para poder obtener información y trasladar sus directrices y orientaciones sociales a las personas usuarias de sus servicios.

Los diferentes canales utilizados para lograr procesos de comunicación, son complementarios entre sí.

En determinadas ocasiones, el resto de tipos de comunicación tiene el mismo peso o más que la comunicación oral, pero ello depende de las circunstancias, los gestos, la comunicación escrita, etc. Principalmente, para l@s profesionales del Trabajo Social, la voz es su herramienta fundamental de trabajo, sin la que no podrían realizar su actividad laboral.

La comunicación oral cumple la función principal de ser un instrumento de expresión y se puede definir como las sucesivas etapas que debe recorrer la información desde que se emite hasta que es recibida.

Todo sistema de comunicación está integrado por diferentes variables que cuando se combinan de la forma adecuada, forman sistemas eficaces y eficientes.

Los elementos principales de la comunicación son: a) Emisor: la fuente de la que parte el mensaje. En el caso del Trabajador@ Social, tendría la función e informar, orientar y persuadir. b) Receptor: es quien recibe el mensaje, lo transforma y lo interpreta. c) Canal: es el medio por el que se transmite el mensaje. d) Mensaje: es la idea que se quiere comunicar. e) Código: se trata del conjunto de signos o señales que utilizamos para comunicar. En este caso, podemos hablar de lenguas, idiomas, etc.

Existen, además, diferentes variables que pueden ejercer influencia sobre el proceso de comunicación como la motivación, las interferencias, el entorno, las discapacidades, etc.

La voz es el medio por el que expresamos un mensaje a la par que emitimos sentimientos, estados de ánimo y más información que influye en la comunicación.

En el presente capítulo, se identificarán las principales patologías y alteraciones de la voz como herramienta profesional, así como determinar las medidas adecuadas de prevención de enfermedades profesionales de la voz en el Trabajo Social.

2 Objetivos

1. - Reconocer el uso de la voz como herramienta de trabajo esencial en el ámbito social.
2. - Identificar las principales patologías y alteraciones de la voz en el Trabajo Social.
3. - Exponer medidas preventivas adecuadas en el uso profesional de la voz en el Trabajo Social.

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 revistas sanitarias 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

Casi un tercio de las personas en edad laboral trabaja en profesiones en las que la voz es una herramienta fundamental, como el Trabajo Social. El uso profesional de la voz sin el adecuado entrenamiento puede provocar lesiones persistentes, con una sintomatología que puede afectar seriamente las habilidades para el desempeño del trabajo.

La persona profesional del Trabajo Social, necesita indudablemente de la voz como instrumento de trabajo, de forma que debe hacerse necesario adaptar las funciones fonatorias del profesional, a las demandas por las condiciones laborales.

La actividad profesional requiere características diferentes de la voz. El estado de salud de la voz en una profesión de atención al público como el Trabajo Social, depende de la influencia de varios agentes que pueden ser internos: enfermedades, estados de ánimo, etc; o podrán ser agentes externos como el ruido, el ritmo de trabajo, las condiciones ambientales, las condiciones estructurales del entorno, etc.

Por todo ello, la voz debe tratarse desde un punto de vista laboral como una herramienta de trabajo más y por ello deben identificarse las condiciones laborales en las que se desarrolla la actividad profesional con el fin de evaluar los riesgos y establecer las medidas preventivas que garanticen la salud del trabajador.

Atendiendo a lo establecido en la normativa vigente sobre equipos de trabajo, el Real Decreto 1215/1997 determina que la voz es el principal equipo de trabajo de los profesionales del Trabajo Social.

La enfermedad profesional está definida en el Art. 116 de la Ley General de la Seguridad Social: “la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esta proceda por la acción de elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”.

En el ordenamiento jurídico español, el cuadro de enfermedades profesionales del actual sistema de la Seguridad Social se aprobó en el año 1978, desde entonces el mercado laboral ha sufrido grandes cambios en cuanto a métodos de trabajo, etc. Por otra parte, también se han producido grandes avances en investigación científica y en el ámbito de la medicina lo que permiten un mejor conocimiento de los mecanismos de aparición de algunas enfermedades, así como mayor facilidad a la hora de establecer su posible vinculación con el ámbito laboral.

A nivel europeo, la recomendación Europea 2003/670/CE, de 19/09/2003, sobre enfermedades profesionales, en la que se recogen entre otras, enfermedades de los nódulos de las cuerdas vocales para determinados sectores.

Se determinó la necesidad de modificar el cuadro de enfermedades profesionales de 1978 para su actualización. Esta modificación se lleva a cabo por medio del Real decreto 1299/2006 en el que se introducen entre otras las siguientes enfermedades profesionales: a) Nódulos en las cuerdas vocales a causa de esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales b) Actividades en las que se precise uso mantenido y continuo de la voz, como profesores, Trabajadores Sociales, cantantes, actores, teleoperadores, etc.

Los principales problemas debidos al mal uso de la voz, se agrupan en: a) Problemas funcionales: anomalías que se presentan de forma progresiva comenzando con agarrotamiento del cuello, picores, carraspeo, cansancio vocal...lo que deriva en dolor al emitir sonidos. Son disfonías que aparecen de forma esporádica, pero cronifican, aunque en la mayoría de las veces son reversibles. b) Problemas orgánicos: pólipos, papilomas, granulomas...requieren habitualmente de intervención quirúrgica y posterior rehabilitación foniátrica por parte de profesionales del ramo.

El uso correcto de la voz requiere del conocimiento de la técnica vocal, de forma que pasemos a emplearla conscientemente, lo que requiere un aprendizaje. Se trata de obtener el mayor rendimiento sin que se resientan las cuerdas vocales. Las técnicas de educación vocal consisten en preparar a los trabajadores para que desarrollen la actividad sin tensión en la laringe, obteniendo una fonación fluida y descansada.

Cuando el Trabajador Social adquiere conocimientos sobre su sistema fonador y sobre la adecuada técnica vocal, aprende a: a) Utilizar la adecuada metodología para el uso continuado de la voz sin suponer alteraciones para su salud. b) Conseguir una tonalidad correcta proyectando su voz sin grandes esfuerzos. c) Evitar problemas derivados del mal uso de la voz durante su actividad profesional diaria. d) Adquirir hábitos de vida saludable en el uso diario de la voz.

La respiración es la base de la fonación, de ahí la gran importancia para el Trabajador Social de saber controlar la respiración en su trabajo y en su proceso de fonación. La más importante es la respiración diafragmática o abdominal.

Además, es importante para l@s trabajadores sociales, saber evitar los problemas de tensión generados por su práctica laboral y aprender técnicas de relajación tanto mental como muscular sobre todo facial, lo que ayuda a su vez al sistema

fonador. La actividad desempeñada diariamente por los trabajadores sociales genera tensiones que influyen directamente en la emisión de la voz.

5 Discusión-Conclusión

La voz de l@s profesionales del Trabajo Social, posee unas cualidades que determinan su capacidad de uso lo que implica que sus posibilidades no sean ilimitadas, por lo que su capacidad depende del uso que cada persona le dé.

Las disfonías afectan principalmente a todos los profesionales que utilizan la palabra como herramienta de trabajo habitual, como es el caso de l@s Trabajadores Sociales que son de los grupos profesionales más afectados por las alteraciones vocales.

Entendemos por afonía la pérdida total de la voz y disfonía como la alteración o pérdida de calidad acústica de la voz.

Conocer y aplicar las técnicas vocales básicas, así como las herramientas de respiración, relación, etc dificultará la aparición de patologías de la voz de los trabajadores sociales. Cualquier alteración orgánica puede provocar una disfonía.

Las condiciones del puesto de trabajo de cualquier profesional del Trabajo Social, deben ser estudiadas por el servicio de Prevención de Riesgos Laborales de forma que se identifiquen las circunstancias que tengan relación directa con las patologías de la voz.

En las alteraciones vocales de l@s Trabajadores Sociales, influyen las condiciones laborales, pero también las provocadas por situaciones emocionales como las laborales o personales, así como por los hábitos y las características individuales de cada profesional del Trabajo Social.

6 Bibliografía

1. Boone, D. (1987). La voz y el tratamiento de sus alteraciones. Barcelona. España Editorial Médica Panamericana.
2. Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Ley 31/95.
3. Bustos Sánchez, Inés. 1995, Edición 2015, Tratamiento de los problemas de la voz. Madrid: Cepe.
4. Ley General de la Seguridad Social, art. 116.
5. Carmen Quiñones (2006). Programa para la prevención y el cuidado de nuestra voz. www.eumed.net/libros/2007b/

Capítulo 91

RESIDUOS SANITARIOS

REBECA LOBO DEL ESTAL

DANIEL FERNANDEZ ALVAREZ

1 Introducción

Hasta hace unos años, podíamos definir la palabra residuo como aquel material que deja de ser útil una vez haya cumplido su misión, lo que se conoce como “basura”. Actualmente, con la conciencia que hay en torno a proteger el medio ambiente y los recursos, las propias normas nos hablan de residuos cómo materiales que pueden ser altamente reciclables. Si queremos conocer la normativa referente a los residuos tenemos que ir a la ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados,

Lo que nos trata de explicar esta ley es debemos de separar los residuos peligrosos de los no peligrosos desde el momento en que se fabrican. Para determinar los residuos que tenemos que considerar como peligrosos y no peligrosos, nos fijaremos en los parámetros que marque la Lista Europea de Residuos (LER) y que distingue los peligrosos con un asterisco.

Los residuos sanitarios son todos los que se generan en los centros, servicios y establecimientos sanitarios y que hacen referencia tanto a los envases como a los residuos de esos envases y que normalmente están contaminados, por lo tanto, necesitan unas precauciones específicas para su recogida y gestión.

Atendiendo a este concepto podemos incluir: laboratorios de análisis clínicos, institutos anatómicos forenses, bancos de sangre y cualquier otra actividad que tenga relación con la investigación, prevención, diagnóstico y tratamiento de la salud humana.

Dentro de cada centro sanitario, tiene que haber un responsable que es el que se va a encargar de todo lo relacionado con los residuos y cuya función es que cumplan las obligaciones que tengan lugar como consecuencia de la producción y gestión de los residuos y contar con un procedimiento escrito que deberá ser conocido y aplicado por el personal de los mismos.

2 Objetivos

- Identificar los principales tipos de residuos sanitarios.
- Establecer pautas de actuación profesionales que sean responsables y adecuadas.
- Conocer las leyes que se puedan aplicar a la gestión de residuos sanitarios.
- Estar al tanto y saber distinguir los diferentes envases que existen para la recogida, almacenamiento y eliminación.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo se hizo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha recopilado información de diferentes artículos de actualidad referentes al tema. Se utilizó el Google académico además de lecturas en diversas páginas web.

4 Resultados

Es importante conocer y establecer unas buenas pautas para la gestión de residuos sanitarios. Cuando hablamos de gestión de residuos sanitarios nos referimos a todas las operaciones encaminadas a dar a los mismos el tratamiento más adecuado en función de sus características. Cuando hablamos de conjunto de operaciones nos estamos refiriendo a su clasificación, minimización, manipulación, segregación, envasado, etiquetado, transporte y almacenamiento.

Clasificación: Podemos dividirlos en peligrosos, no peligrosos y radioactivos.

Minimización: Hay que aprobar una serie de medidas de organización y que sean efectivas para poder disminuir la cantidad y peligrosidad de los residuos. La mayoría de los residuos que se generan en un hospital no son peligrosos, por lo tanto, si no los mezclamos con los más peligrosos se pueden reutilizar o reciclar. Es importante que para hacer una buena separación y tramitación de todo lo que tiene que ver con los residuos, el personal cuente con toda la información y formación de como poder tratar cada residuo. Con esto conseguiremos que su impacto

ambiental, económico y social sea el menor posible.

Manipulación: En la manipulación de los residuos sanitarios se debe de garantizar la mayor protección tanto de los pacientes como de los trabajadores. Es importante adoptar todas las medidas que sean necesarias. La recogida de residuos deberá cumplir con los criterios de asepsia, inocuidad y economía.

Segregación y envasado: La segregación y el envasado se realiza en función del grupo al que pertenecen.

Etiquetado: Cuando hablamos de residuos peligrosos el etiquetado debe ser claro, legible e imborrable.

Transporte: Los centros sanitarios deben de tener claramente identificados los puntos de producción de residuos. Como norma general, se recomienda una recogida como mínimo diaria y siempre que las circunstancias lo aconsejen.

Almacenamiento: De acuerdo con la legislación y normas técnicas que se puedan aplicar. El almacén debe de permanecer cerrado y señalizado.

5 Discusión-Conclusión

El manejo de desechos hospitalarios ha ido tomando importancia en los últimos años. Los residuos que se producen en un centro sanitario son un problema que no puede pasar desapercibido. No todos tienen el mismo poder de toxicidad o peligro ni para las personas ni para el medio ambiente y por eso es importante una adecuada gestión que no ponga en peligro ni la salud de las personas ni el equilibrio ambiental. Una gestión ineficiente puede tener un gran impacto ambiental, económico y social. Es importante que todas las partes tomen conciencia para que así salgamos de una manera u otros beneficiados.

6 Bibliografía

www.insst.es.

NTP 372. Tratamiento de residuos sanitarios. www.miteco.gob.

Capítulo 92

RECICLAJE DE MATERIAL ELÉCTRICO Y ELECTRÓNICO EN EL ÁMBITO SANITARIO

DAVID SASTRE RAMOS

1 Introducción

Con este trabajo resaltaremos la importancia de un buen reciclado de material eléctrico y de aparatos electrónicos utilizados en sanidad. En el ámbito sanitario existen infinidad de aparatos los cuales llevan componentes que generan muchos contaminantes por lo que un correcto reciclaje se hace más importante si cabe.

Hemos de explicar lo que se consideran aparatos eléctricos y electrónicos :son aquellos que para funcionar necesitan estar conectados a corriente eléctrica o a una fuente adicional externa de energía. También se consideran aparatos eléctricos, aquellos utilizados para medir y gestionar los sistemas de corriente.

Tal y como informan Naciones Unidas, gobiernos, industrias , científicos y ONG, debido a la gran cantidad de residuos que estos aparatos generan se hace muy importante el reciclaje de estos residuos.

Principalmente intentaremos, siempre que tengamos opción, reparar o reutilizar estos aparatos alargando a lo máximo posible su vida útil. Si esto no fuera posible, debemos desmontarlos separando el mayor número de piezas posible para su correcto reciclaje. Teniendo en cuenta que muchos de los componentes que forman equipos usados en hospitales y centros sanitarios, son muy perjudiciales tanto para las personas como para el medio ambiente, si no son procesados de modo adecuado.

La correcta gestión de las sustancias más contaminantes, es a través de un proceso de descontaminación que se debe de hacer correctamente antes de su reciclaje haciendo especial hincapié en su manipulación. Dentro de los centros de reciclaje existen diferentes departamentos para la correcta gestión de cada residuo.

2 Objetivos

Valorar y poner de manifiesto la importancia del adecuado proceso de reciclaje del material eléctrico y electrónico con el que trabajamos en el ámbito hospitalario, ya que cuando estos materiales se desechan se convierten en residuos muy contaminantes y perjudiciales.

3 Metodología

Como ya hemos expuesto, en los centros hospitalarios se genera mucho material eléctrico y electrónico para su reciclaje. En la actualidad se pone en manifiesto la importancia de cumplir las normas y leyes que ya están vigentes de una forma concienzuda y metódica. Es importante explicar que tanto los aparatos eléctricos como los electrónicos deben reciclarse en centros autorizados para este fin. En los mismos es donde se lleva a cabo los diferentes procesos y tareas de reciclaje, eliminando de este modo los materiales más contaminantes y perjudiciales como el fósforo, el mercurio o los gases refrigerantes y demás componentes como el plástico, aluminio, cobre, Zinc o vidrio. Estos son procesados para su reutilización en nuevos productos.

4 Resultados

Como se recoge en diferentes estudios y ensayos, las consecuencias de no reciclar correctamente los aparatos eléctricos y electrónicos en el ámbito sanitario, cuando dejan de funcionar, no solo tienen consecuencias medioambientales y económicas, sino que se agravan en aquellos puntos del planeta donde la extracción de materias primas produce graves impactos sociales y medioambientales. Es importante el conocimiento del valor que tiene un correcto reciclaje no solo porque contaminen el suelo, el agua, el aire y en general el ecosistema, sino por el impacto socioeconómico que estos procesos tienen. Siendo un bien tangente el ahorro económico que puede suponer para un hospital, el uso de productos compuestos de materiales reciclados.

Tanto en los aparatos eléctricos como en los electrónicos pueden encontrarse metales preciosos como por ejemplo oro, plata, cobre, platino, paladio, rutenio, rodio, iridio u osmio, materias primas críticas y de muy difícil extracción, la cual ya aporta muchos contaminantes adicionales a la biosfera como por ejemplo cobalto, paladio, indio, germanio, bismuto o antimonio y metales no críticos como aluminio y hierro. La resultante es una valiosa fuente de residuos eléctricos y electrónicos que a su vez aporta una gran cantidad de suministro de materias primas secundarias, lo cual reduce significativamente la demanda de materiales y de una forma indirecta el coste económico que supone la obtención de estos materiales.

Existe la también llamada Economía Circular, esto es un sistema de aprovechamiento de recursos cuyo fundamento es el uso de las cuatro “R”: Reducir, Reutilizar, Reparar y Reciclar. Con ello el objetivo es conseguir un ciclo circular que evite el derroche de los recursos naturales y mantenga su valor durante el mayor tiempo posible, lo que supone un beneficio social y medioambiental, ya que reaprovecha todos los elementos de manera continua.

5 Discusión-Conclusión

Los aparatos eléctricos y electrónicos utilizados en centros sanitarios como equipos de transformación para iluminación, así como las reactancias necesarias para el funcionamiento de los diferentes tipos de lámparas, el aluminio de las diferentes pantallas o los chips de los equipos electrónicos, tan importantes hoy en día, son solo algunos de los equipos que utilizan materiales tan necesarios en la cadena de reciclaje. .

Por todas estas causas descritas anteriormente, debemos utilizar todos los medios disponibles para una buena y correcta gestión del reciclaje de los aparatos eléctricos y electrónicos utilizados en hospitales y otros centros sanitarios , teniendo en cuenta los protocolos registrados por los organismos de control autorizados. Un buen reciclaje aporta no solo ahorro energético sino también económico a los centros sanitarios, además de numerosas ventajas medioambientales y psicosociales.

6 Bibliografía

<https://www.ecotic.es>

<https://www.consumer.es>

www.miteco.gob.es

Capítulo 93

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN TRABAJOS DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

ISRAEL LINARES BAO

1 Introducción

El plan de prevención de riesgos laborales es una herramienta fundamental que incorpora todas las actividades del ámbito de la protección y la seguridad laboral dentro del sistema de gestión integral de la empresa, y que define por lo tanto la política a seguir en dicha materia. Este documento ha de ser aprobado por la dirección, asumido por toda la organización y seguido fielmente por todas y cada una de las personas trabajadoras.

Tiene que estar a su vez, y en todo caso, a disposición de la autoridad laboral, de las autoridades sanitarias y de la representación legal de los trabajadores.

A grandes rasgos el escrito ha de contener formando como partes más significativas:

- Identificación de la empresa así como su actividad principal.
- Estructura organizativa y de RR.HH.
- Organización del trabajo en relación a procesos y tareas así como modalidad preventiva utilizada.
- Política, objetivos y metas así como recursos técnicos, humanos y económicos de los que se dispone y se hará uso efectivo.

Todo plan de prevención comienza primeramente con la evaluación inicial de los riesgos, tanto los inherentes como los derivados de los trabajos/tareas en sí, en

este caso de obras y/o mtto. de instalaciones sociosanitarias y hospitalarias, junto con el posterior establecimiento de las medidas correspondientes para eliminar o reducir en todo caso los riesgos detectados. Esta evaluación proporciona los elementos necesarios para la posterior obligada planificación. (Trabajos en comités de seguridad y salud, elaboración de procedimientos y protocolos, campañas para la formación e información en materia preventiva, así como los manuales/planes de autoprotección de emergencia obligatorios en cada centro de trabajo). El plan de protección utiliza por lo tanto como herramienta de gestión la evaluación de riesgos y la planificación de la actividad preventiva (art.16 de la Ley 31/1995 del 8 de noviembre), siendo el responsable último el empresario, con el cual han de colaborar obligatoriamente los trabajadores y sus representantes.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de la importancia de la implantación del plan de prevención dentro del servicio de mantenimiento y de gestión del centro hospitalario, así como la exposición tanto de los riesgos así como de las medidas necesarias para la eliminación o reducción de los mismos.

3 Metodología

Dentro del proceso de elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de información sobre prevención de riesgos laborales, tanto Leyes de aplicación, Órdenes y manuales técnicos, así como varios artículos científicos seleccionados procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dentro de los trabajos de manutención y obras de mejora de los centros ambulatorios y hospitalarios (fontanería, calefacción-climatización, eléctricos y mecánicos, etc.) pueden aparecer una serie de riesgos que de no ser tratados adecuadamente pueden terminar ocasionando accidentes laborales:

- Caídas de personas al mismo nivel.
- Caídas de personas a distinto nivel.
- Caída de objetos por manipulación.
- Exposición al ruido y a temperaturas extremas en calderas/climatización.
- Contactos eléctricos.

- Sobreesfuerzos en manipulación de cargas.
- Atrapamiento por partes móviles de maquinaria.
- Quemaduras/ contactos térmicos.
- Riesgos de producir incendios.
- Contactos con sustancias peligrosas, agentes físicos o biológicos.

Ante tan extensa lista de posibles potenciales problemas solamente se puede trabajar para la reducción y disminución de los mismos de dos únicas formas elementales: Utilización de equipos de protección individual específicos y seguimiento/uso de procedimientos y protocolos adecuados. Con la aplicación de estas dos medidas los riesgos se encuentran controlados y no debe aparecer problema alguno.

EPI:

La Ley de prevención indica que el empresario ha de proporcionar a los trabajadores los equipos de protección individual y estos hacer buen uso y riguroso de ellos.

Estos elementos no eliminan el riesgo, sino que sirven para proteger al trabajador en el caso de que el peligro continúe y no se haya podido se ha eliminar previamente con acciones colectivas siempre estas preferentes ante las individuales. Las zonas de uso donde se requiera el uso de los mismos han de estar siempre señalizadas y todas las personas trabajadoras que hagan uso de ellos han de estar formadas previamente de manera adecuada en su utilización.

Las condiciones que han de reunir los equipos de protección son las siguientes:

- Ser adecuado y específico para el riesgo determinado.
- Ser eficaz al 100%.
- Encontrarse en buen estado.
- Ser cómodo en su utilización/desempeño.
- Son siempre equipos de uso individual y personal y no pueden compartir.

Tipos funcionales de EPI juntos con ejemplos significativos:

- De cabeza: Casco y gorra de protección.
- De ojos y cara: Gafas de seguridad y pantallas faciales.
- De oído: Auriculares, tapones y cascos auriculares.
- De vías respiratorias: Máscaras faciales, mascarillas filtrantes, equipos de respiración autónomo.
- De las extremidades, tanto superiores como las inferiores: Guantes, manguitos, muñequeras, zapatos y botas de seguridad, polainas.
- De tronco: Trajes, equipamientos y mandiles

- Anti-caídas: Cinturones y arneses.

Protocolos:

Cuando una persona trabajadora realiza una tarea de detección de averías o de mtto. y/o mejora de instalaciones se deben seguir los siguientes pasos:

Antes de comenzar el trabajo la zona debe de ser balizada. Puede ser necesario incluso, en función de la instalación sobre la que se trabaje, aislar el área completamente.

Si el área es una zona de poca extensión, por ejemplo un pequeño armario eléctrico, puede ser válido en estos casos la simple señalización con conos. En esta situación nunca se podrá abandonar la zona dejando el armario abierto y solamente señalizando con los conos, es decir debe haber siempre una persona trabajando o bien estar el armario cerrado.

La idea del balizamiento es identificar los riesgos que hay dentro, enumerarlos y que no entre ninguna persona a esa área, sin el conocimiento de las personas que están dentro y sin seguir las indicaciones en cualquier caso en relación al uso de equipos de protección indicados en dicha zona. Por lo tanto, ninguna persona podrá entrar sin el conocimiento y autorización.

Todas las personas que estén dentro de la barricada deben estar coordinadas.

Dentro de dicha zona de trabajo restringida no puede haber ninguna persona que no participe en el trabajo y durante todo el proceso (antes del inicio de este, su ejecución y hasta finalizar el mismo) se han de seguir a rajatabla las premisas de seguridad establecidas específicamente, por ejemplo, dentro de un trabajo eléctrico habría que seguir las 5 reglas de oro para este tipo de tareas.

El seguimiento de la pauta en PRL es fundamental.

Otro aspecto importante en el que se debe incidir es tener presente siempre que el mantenimiento regular y ciertas tareas de riesgos específicos en las instalaciones sanitarias, tanto eléctricas, mecánicas como de otra naturaleza, debe ser realizado en múltiples ocasiones, la Ley así lo recoge, por personal cualificado y habilitado legalmente para ello.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha establecido, la prevención de riesgos en el trabajo se encarga de eliminar o reducir los mismos a través de diferentes actuaciones encuadradas en todas y cada una de las etapas de la gestión y el desarrollo de cada puesto de trabajo, según establece la normativa aplicable, evitando de esta manera accidentes.

Todos los trabajadores en general, así como las de los encargados de mantenimiento en los hospitales en particular, han de disponer de procedimientos de prevención de riesgos laborales adecuados que establezcan medidas de protección eficaces en función de cada actividad específica que realizan los citados profesionales.

Si queremos evitar por lo tanto los accidentes, “La única solución es la prevención”.

6 Bibliografía

1. <https://prevencionar.com>.
2. <https://www.gestion-sanitaria.com/prevencion-riesgos-laborales-sectoresanitario>
3. <https://www.iaprl.org>
Instituto asturiano de prevención de riesgos laborales
4. <https://www.insst.es>

Capítulo 94

EL ACOSO LABORAL. CÓMO PREVENIRLO

ISRAEL LINARES BAO

1 Introducción

Se puede definir acoso laboral cómo “El comportamiento negativo y amenazador de uno o más miembros de una organización hacia un individuo dentro ámbito del trabajo, una persecución tiene como objetivo producir miedo, desprecio y sobre todo desánimo en el trabajador hasta que este renuncie o se ha despedido por incurrir en faltas graves, sancionables laboralmente”

Quienes sufren esta violencia psicológica y acoso lo sufren a través de diversos actos hostiles, dentro y fuera del trabajo, pero siempre de una manera continuada y permanente. Suelen a veces erróneamente culparse a sí mismos de la situación, ya que esta viene dada en múltiples ocasiones por más de un sentido:

- Superiores, que tiene la función de mando (acoso descendente o bossing).
- Subordinados, siendo poco frecuente (sentido ascendente).
- Mismo nivel jerárquico (acoso horizontal).

O en sus diferentes formas:

- Acoso sexual.
- Tratos vejatorios.
- Acoso discriminatorio.

Esta problemática se indica como uno de los factores más estresantes del trabajo, con consecuencias adversas tanto para la propia persona afectada como para la organización laboral en su conjunto, dado que dicha persona tiene niveles altos de insatisfacción laboral, de ansiedad y depresión, e incluso deseos de abandonar su lugar de trabajo siendo su nivel de compromiso notablemente bajo.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es destacar la relevancia que tiene el necesario desarrollo de una cultura que establezca parámetros contra un problema con tanta repercusión final como es el acoso en el entorno laboral, o mobbing, así como exponer los diferentes tipos existentes y las medidas eficaces para afrontarlo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión en varias revistas médicas, buscadores científicos como pueden ser Cuidem y PubMed entre otros, así como también artículos relacionados con la materia, usando palabras clave como "acoso", ya que es un tema recurrente y de actualidad tratada de manera sistemático por los investigadores.

4 Resultados

Como ante cualquier otro riesgo laboral, es responsabilidad directa de la organización productiva establecer las medidas adecuadas para prevenir el acoso laboral en todas sus formas, pero igual de importante es el rigor en el establecimiento de sistemas y métodos para que los empleados reconozcan y actúen de manera adecuada en caso de producirse dicha problemática.

Resulta fundamental llevar a cabo actividades para prevenir el acoso laboral en todas las formas en las que pueda presentarse mediante cursos de formación y sensibilización de los empleados, no solo cuando se presenta el riesgo sino anticipándose a su desarrollo, creando así un buen clima de trabajo.

Recomendaciones para fomentar un entorno de trabajo sano:

- Se debe crear una cultura en el centro de trabajo adverso hacia todo tipo de forma de acoso laboral y promoverla entre los trabajadores estableciendo una normativa que persiga y sancione el mobbing.
- Favorecer la resolución de conflictos laborales, para evitar que estos derive en acoso.
- Análisis sobre la eficiencia de los procedimientos existentes en materia de acoso laboral atendiendo opiniones en la materia que puedan aportar los trabajadores.
- Permanecer atentos ante cualquier conducta susceptible de ser considerada acoso laboral.
- Formación específica a todos los mandos de la empresa sobre prevención del acoso y actuación ante los posibles casos encontrados.

Entre los parámetros y estrategias a adoptar en el centro de trabajo estaría la elaboración de un protocolo de acoso laboral, que recoja el compromiso tanto en la persecución de cualquier forma de acoso dentro del centro de trabajo, así como su sanción, dejando claras las actitudes y comportamientos que pueden ser sospechosas de acoso.

La toma de estas medidas y todas las que pudieran ser aportadas por los trabajadores, se podría erradicar en gran medida el acoso en el ámbito laboral.

5 Discusión-Conclusión

En la prevención de cualquier forma de acoso, es necesario contar con una política rigurosa en la que todas las personas empleadas se sientan identificadas, protocolos de actuación que sean claros y procesos formativos adecuados que abarquen a toda la organización.

Es altamente recomendable crear un clima tanto psicológico como social saludable, sin estrés ni cargas de trabajo excesivas que perjudiquen a los trabajadores y debiliten el clima de trabajo en la empresa, contando con un Plan de Actuación en el centro de trabajo adecuado para prevenir el acoso laboral así como de los protocolos necesarios de actuación en caso de que finalmente este ocurra.

6 Bibliografía

1. <https://www.laboralix.com/acoso-laboral/>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>
3. <https://www.insst.es/documents/94886/326775/854+web.pdf>
Acoso psicológico en el trabajo.

Capítulo 95

DESPLAZAMIENTOS PREVENTIVOS, SEGUROS Y RESPONSABLES

ISRAEL LINARES BAO

1 Introducción

Hoy en día debido al uso intensivo de los vehículos para los desplazamientos de la vida cotidiana en el mundo actual del siglo XIX, un tanto por ciento muy importante de los accidentes laborales se engloba en el aspecto relativo a la siniestralidad viaria, porcentaje que se incrementa notablemente cuando se trata de los accidentes laborales mortales.

Resulta por lo tanto un problema de gran trascendencia tanto social como económica dentro de la sociedad industrial y avanzada en la que nos encontramos.

Dada esta situación la prevención vial laboral debería ser considerada como un elemento clave sobre el que actuar para conseguir la mejora de las condiciones de seguridad y salud de las personas trabajadoras.

El ratio de accidentes de tráfico que se producen por desplazamientos relacionados con la actividad laboral (in-misión), así como el porcentaje de accidentes con causa en los desplazamientos al centro de trabajo (in-itinere) es muy elevado. Además, dado que los accidentes de tráfico suelen revestir enorme gravedad en la mayoría de los casos, dentro de los accidentes laborales suelen ser de los que mayor gravedad ostentan.

Es imprescindible establecer medidas para reducir el impacto de la siniestralidad generada por los desplazamientos inherentes a la actividad laboral y sus importantes repercusiones.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es destacar la relevancia que tiene la necesaria implantación de una cultura de la seguridad vial adecuada tanto en las ocupaciones profesionales como en los desplazamientos a los centros de trabajo y vida personal.

3 Metodología

Dentro del proceso de realización del presente capítulo se ha utilizado una búsqueda e investigación en artículos, leyes así como manuales técnicos, realizando una recopilación de los mismos y además se ha tratado de establecer las pautas generales establecidas para la temática seleccionada.

4 Resultados

La obtención de resultados positivos en materia de seguridad vial debe en primera instancia, como en toda evaluación de riesgos, analizar los aspectos que pueden provocar los accidentes con el fin de poder determinar la mejor forma de evitarlos, diseñando e implantando posteriormente un plan de seguridad/movilidad que sirva para atajar de forma efectiva la problemática.

Los elementos que definen fundamentalmente los riesgos -vial y laboralmente hablando- son cuatro factores, en los cuales se desarrollan peligros específicos. Los riesgos asociados a cada uno de ellos que pudieran ser de aplicación a cada uno de ellos se enumeran a continuación:

Factor empresarial:

- Ausencia de cultura preventiva en el centro de trabajo.
- Mala planificación de la movilidad y deficiente organización del trabajo - Planificación sistemática de las rutas.

Factor vehículo:

- Riesgos derivados de la seguridad activa del vehículo así como elementos de seguridad pasiva del vehículo (elementos que reducen repercusiones en el caso de sufrir un accidente).

Factor humano:

- Velocidades, distracciones/estrés y muy importante es el estado físico de la persona conductora.

Factor entorno:

- Tipo de vía.
- Horarios o épocas del año.
- Climatología adversa.

Dadas tales circunstancias la mejor herramienta para poder trabajar a favor del desarrollo de la cultura preventiva en relación a la movilidad en la empresa es establecimiento del plan de seguridad vial en la misma.

Este elemento aglutinador engloba todas las actuaciones que tienen como objetivo final un desplazamiento seguro y sostenible de los trabajadores tanto en los itinerarios de ida y vuelta de su trabajo como en el desarrollo de sus labores. Se compone de diversas fases siendo imprescindible la consecución efectiva de todas para lograr los resultados esperados:

- Fase análisis: Investigación y estudio de los elementos preliminares de partida. Situación inicial.
- Fase de diseño: Listado de objetivos y desarrollo del plan.
- Fase establecimiento: Actividades específicas instauradas con rigor recogiendo a su vez elementos “feedback” para la adecuación del plan si fuese necesario.
- Fase de evaluación: Comprobación del cumplimiento tanto de las medidas como los resultados finales obtenidos.

5 Discusión-Conclusión

Para abordar la reducción de los accidentes laborales de tráfico, la implantación de un plan de seguridad-movilidad ofrece instrumentos y orientaciones básicas perfectas para incluir a su vez en los planes de prevención de riesgos laborales generales dentro de los centros de trabajo.

Es muy efectivo también añadir esta parte de la prevención dentro de las evaluaciones internas de la empresa que se realizan recurrentemente.

Teniendo en cuenta estas pautas, y diseñando dichos protocolos que aborden con rigurosidad los principales factores de riesgo con medidas concretas para cada uno de ellos, se puede lograr una gran reducción de los accidentes laborales de tráfico e incluso llegar a eliminarlos por completo.

6 Bibliografía

1. <https://www.iaprl.org/>
 2. <https://www.dgt.es>
- Instituto asturiano de prevención de riesgos laborales

3. <https://fesvial.es/>
- Fundación española para la seguridad vial.

Capítulo 96

INTERVENCIÓN DEL PERSONAL EDUCATIVO CON PERSONAS AFECTADAS POR DISCAPACIDADES MOTORAS

ROBERTO BENITO FERNANDEZ

1 Introducción

Podemos definir la discapacidad motora, según Babio et al. (1991), como la persona que presenta de manera transitoria o permanente alguna alteración en su aparato locomotor, debido a un deficiente funcionamiento en el sistema óseo-articular, muscular y/o nervioso, y que, en grados variables, limita alguna de las actividades que pueda realizar como el resto de las personas de su edad.

Estas personas presentan una clara desventaja en su aparato motor en relación con el promedio de la población que se va a manifestar en posturas, desplazamientos, coordinaciones y manipulación.

En este capítulo, se va a centrar la atención en dos tipos concretamente, parálisis cerebral y espina bífida y en cuál es la intervención que puede aportar el personal educativo.

Para contextualizar brevemente, por un lado, la parálisis cerebral es una encefalopatía, progresiva o no, que afecta a la postura, al movimiento y a la coordinación antes que su desarrollo y crecimiento sean completos, atribuible, entre otros factores, a la anoxia, a las infecciones víricas, metabólicas de una o varias partes del cuerpo, etcétera.

Por otro lado, la espina bífida significa espina hendida o abierta. Es una alteración de alguna de las estructuras del tubo neural. Se puede diagnosticar mediante ecografía y análisis del líquido amniótico o del plasma sanguíneo. Representa un problema más amplio por estar implicadas varias estructuras del sistema nervioso central.

2 Objetivos

Estudiar las intervenciones del personal educativo con personas con discapacidad motora.

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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para llevar a cabo una intervención eficaz, desde el equipo educativo se debe tener en cuenta las características personales y la lesión que presenta cada persona en particular, así como la incidencia que tiene en el desarrollo global de todas sus capacidades.

Lo fundamental es lograr en la medida de lo posible que estas personas tengan una vida diaria lo más parecida posible al resto de los ciudadanos. De no producirse una adecuada integración estas personas se verán afectadas, además de por su déficit, por sentimientos de rechazo y marginación.

Las deficiencias motoras pueden afectar a:

- Mayores dificultades en las actividades relacionadas con la vida diaria: aseo e higiene, alimentación...
- Trastornos del comportamiento y alteraciones en la personalidad, en ocasiones tienen que convivir durante años con patologías dolorosas.
- Problemas en las relaciones familiares.
- Dificultades de relación con otras personas.

- Falta de oportunidades para insertarse en actividades en el exterior.

El Personal educativo estará en coordinación con otros profesionales para intervenir en la vida cotidiana de estas personas, en actividades básicas del día a día tales como:

Alimentación. La alimentación independiente puede presentar numerosas dificultades para personas afectadas por deficiencias motoras, en especial la parálisis cerebral, ya que se ve dificultada por una fuerte presión de la lengua, la existencia de reflejos de masticación exagerados y prolongados, la regurgitación, la hipersensibilidad del área oral y el babeo

Para facilitar la autoalimentación y controlar la masticación la persona necesita mantener una posición corporal apropiada. El equilibrio en la posición de sentado es imprescindible para que sea independiente.

El control, de la dieta es necesario en todos los trastornos de naturaleza neuromuscular.

En ocasiones para facilitar la autoalimentación es necesario usar utensilios específicamente adaptados, que se sustituirán a medida que controle los movimientos. En ocasiones hay que alimentarles.

Aseo e higiene. Enseñarles a vestirse por sí mismos, a asearse o a cuidar su higiene personal requiere enseñarles previamente, a conocerse a sí mismos, a reconocer su propio cuerpo y los movimientos que le permiten su control.

Aprender a vestirse le lleva al niño normalmente 6 años, no es probable que todos los minusválidos físicos sean capaces de dominar una secuencia de acciones tan compleja, sin embargo, puede ser facilitada a través del entrenamiento y el empleo de ropas que le permitan ser independiente.

Hay que prestar especial atención al aseo y a la higiene personal, sobre todo en aquellos casos, como la parálisis cerebral, donde el niño se encuentra más indefenso ante ciertas enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

La prioridad de la intervención por parte del personal educativo hacia los niños con discapacidad motora, es que consigan alcanzar la mayor autonomía posible en cuanto a movilidad, comunicación e interacción con su entorno.

La intervención educativa debe estar estrechamente relacionada con el ámbito familiar, ya que es en su familia, donde el niño/a empezará a formarse la visión de sí mismo, la autoestima; la relación con sus padres, hermanos y el trato que estos le den a la problemática, va a influir de forma importante en el autoconcepto del niño. La familia debe convertirse, por lo tanto, en parte activa del proceso, que suponga un avance en cuanto a la consecución de su autonomía.

6 Bibliografía

1. Luque Parra, D. y Luque-Rojas, M (2013). Necesidades Específicas de Apoyo Educativo del alumnado con discapacidades sensorial y motora. Dialnet. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4703039>
2. VOJTA, V. Alteraciones motoras cerebrales infantiles. Diagnóstico y tratamiento. Fundación Paidea.

Capítulo 97

LA CONFIDENCIALIDAD Y EL COMPROMISO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SANIDAD

VANESA MARTINEZ VEGA

NOELIA OTERO BARTOLOMÉ

1 Introducción

Todo profesional que sea conocedor de un dato o hecho privado de una persona está obligado a no divulgarlo a nadie sin su permiso (salvo en los casos que están previstos en la Ley).

Si repasamos el contenido del párrafo anterior, vemos que estamos definiendo la confidencialidad.

Cuanto más privada sea la información, será también más sensible y será por tanto necesario un mayor grado de confidencialidad.

En Sanidad se debe respetar siempre la intimidad del paciente. Porque la intimidad está relacionada con los valores y lo más íntimo y privado de las personas. El administrativo debe ser totalmente discreto con la información que maneja del ámbito privado de las personas.

En la atención al usuario, la privacidad, aunque debería ser uno de los aspectos más prioritarios, en ocasiones, los pacientes se ven atacados por continuas violaciones de su intimidad, por accesos a historias sin permiso o incluso por

divulgación información sobre su salud. Aunque nunca debe olvidarse que siempre primarán los criterios sanitarios y la protección de la salud del paciente, a la confidencialidad.

En el día a día, los pacientes nos muestran tanto datos personales como sobre su salud, que no deberán ser revelados, ya que podría ser motivo de sanción.

2 Objetivos

Exponer la importancia de mantener el secreto profesional, junto con el control del acceso a las historias clínicas, por parte del auxiliar administrativo en el centro hospitalario.

3 Metodología

Para llevar a cabo la publicación de este trabajo, se ha realizado una revisión de la bibliografía sobre la materia, se ha consultado la legislación, se han revisado publicaciones al respecto y se han visualizado diferentes portales de páginas web.

4 Resultados

Todo paciente está amparado por la confidencialidad de los datos sobre su salud y también protegido de que se acceda a sus datos sin previa autorización reconocida por la Ley.

Si recurrimos a la Ley de Sanidad, podremos comprobar que recoge que cada paciente tiene derecho a que toda la información sobre su estado de salud quedará reflejada por escrito. Esta información no deberá salir del centro sin su permiso.

Es de vital importancia que, dentro de la organización, se establezca un Plan de Atención al Usuario, donde se reflejen las diferentes causalidades que pueden surgir para el acceso a la historia clínica, a qué datos podrán acceder los profesionales sanitarios, y los que no son sanitarios, así como la documentación que será necesario presentar para poder obtener una copia de esta.

Solamente se accederá a los datos de un paciente, por una vinculación profesional y el acceso siempre será proporcional al compromiso de los diferentes profesionales tanto sanitarios como no sanitarios.

La destrucción de los documentos que contengan datos personales, evitar transmitir información sobre los pacientes a terceras personas y usar siempre contraseñas seguras, son medidas que llevan a asegurar la confidencialidad de los datos del paciente.

La dirección de cada centro es la responsable de la guarda y custodia de la historia clínica de cada paciente y la gestión se llevará a cabo por la Unidad de Admisión y Documentación Clínica, donde desempeña su labor el Auxiliar Administrativo.

Es por ello, por lo que el administrativo sanitario, es primordial en la confidencialidad, ya que es el que trabaja con esta información, mecanizándola en la base de datos o bien mediante el archivo, en caso de que esta sea en formato papel.

5 Discusión-Conclusión

Es indispensable la correcta formación del auxiliar administrativo, para que todos los documentos sean archivados de forma legal y segura.

Al inicio de la relación laboral, sería ideal que se informe al auxiliar administrativo de la normativa vigente y sobre su responsabilidad sobre cómo proteger en secreto la información manejada en su puesto de trabajo.

Del mismo modo, debe quedar claramente detallado, que nunca se deberá acceder a la historia clínica del paciente salvo por motivo profesional, ya que siempre queda rastro de ese acceso.

Si no existiera ningún motivo profesional para el acceso, se podrá incurrir en responsabilidad penal.

6 Bibliografía

1.<https://www.aepd.es>media>guias>:

Guía para pacientes y usuarios de la Sanidad.

2.https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/derechos-y-deberes-de-los-usuarios-de-la-sanidad2019_06_23.

NP DECRETO HISTORIA CLINICA ELECTRONICA.

3.<https://www.seaus.net.es>:

El Administrativo de la Salud: Conceptos básicos para alcanzar la excelencia profesional.

4.<https://www.asturias.es>:

Guía de confidencialidad en los Servicios Sociales

Capítulo 98

DESGASTE PROFESIONAL EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL.

LUCIA MIRANDA MESA

MARÍA ANGELES ALONSO AGUIRRE

LUCIA FERNÁNDEZ MATILLA

LAURA GONZÁLEZ ALONSO

MARTA APARICIO ROLDÁN

1 Introducción

La sobrecarga de trabajo a la que están expuestos actualmente los trabajadores de la salud, hace que la aparición de altos niveles de estrés sea más frecuente, afectando la salud y el desempeño laboral de estos profesionales.

Esta sobrecarga, que no es otra cosa que un aumento de funciones y actividades tiene sus consecuencias. El nivel de estrés crónico alcanzado por los profesionales de la salud en el desarrollo diario de su profesión genera unas secuelas que son claramente identificadas como agotamiento físico y emocional, desmotivación y depresión. La consecuencia más directa de todas condiciones laborales es lo que se conoce desde algunas décadas como el síndrome de desgaste profesional o síndrome de burnout.

Este síndrome de desgaste o burnout fue introducido y descrito en los años ochenta por Freudenberg, cuando observo en alguno de sus colaboradores, una

perdida de energía en sus actividades, para luego pasar al agotamiento y desmotivación. Este investigador describió a estos colaboradores como menos sensibles, poco comprensivos y muy agresivos. Unas personas que habían tomado su actividad de voluntariado como mucha ilusión, mucho interés, con muchas ganas, y con el paso del tiempo se estaban apagando con una sensación de agotamiento tanto físico como mental, en las cuales se nota una pérdida de interés por sus actividades.

Posteriormente las autoras Maslach y Jackson aprovecharon este término de burnout para describir una actitud de pérdida gradual de interés y responsabilidad entre los compañeros de trabajo. Estas investigadoras lo conceptualizaron como el cansancio emocional que llevaría a una pérdida de motivación y que suele encaminar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso.

En la literatura más especializada se identifica este término de burnout con otros como el síndrome de estar quemado, síndrome de quemazón, desgaste profesional, y también como desgaste psíquico. Varios autores diferencian este síndrome con otros conceptos como depresión, insatisfacción laboral. La depresión se identifica como una serie de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en la persona, mientras que el burnout es más agudo y es siempre en el entorno laboral. Con respecto a la insatisfacción laboral, estos autores señalan que el burnout es una consecuencia del estrés crónico sufrido en el entorno laboral y, que este incluye un cambio de actuación conductual hacia los compañeros de trabajo, además de un descenso en la calidad del trabajo, y un agotamiento progresivo con una disminución de motivación y energía hacia el trabajo.

También encontramos en la literatura, autores que identifican al síndrome de desgaste profesional con una desmotivación que se origina con el abandono de interés que en algún momento fueron de importancia para el sujeto, pero que no guarda relación con la excesiva carga de trabajo

Otros autores definen este cansancio y desgaste profesional como el estado de agotamiento psíquico, físico y emocional consecuencia de la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes. Se podría describir como una respuesta al estrés laboral continuo, generada por actitudes y sentimientos negativos hacia su profesión y hacia los compañeros de trabajo.

Al no existir una claridad conceptual, varios lo describen sin unanimidad, sin embargo, sí existen unos criterios y características comunes en todos los estudios bibliográficos revisados. Predominan los síntomas disfóricos y sobre todo el agotamiento emocional, destacan las alteraciones conductuales, se identifican síntomas físicos (cansancio hasta el agotamiento, existe un malestar general, algunas veces se presentan conductas adictivas, etc.).

Parece producirse una inadecuada adaptación al trabajo, también se manifiesta por descenso en el rendimiento laboral, una disminuida realización personal, desmotivación, ineficacia laboral, etc.

2 Objetivos

Revisar documentalmente, la situación de los trabajadores de la salud, en relación al síndrome de burnout, sus posibles causas y consecuencias en los profesionales sanitarios.

3 Metodología

La metodología utilizada para la realización de nuestro trabajo ha sido una revisión documental de artículos científicos de estudios de investigación sobre el síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional, obtenidos en páginas especializadas de bases de datos como Pubmed, Medline, Cochran, Astursalud, etc., complementado con textos científicos extraídos de revistas de corte científico como Science, etc.

Las palabras claves utilizadas para nuestro trabajo de revisión han sido: desgaste profesional, síndrome de burnout, personal sanitario, ámbito hospitalario.

Para todos los casos se limitó el periodo temporal de búsqueda, al comprendido entre 1990 y 2019. Se filtraron los resultados por el tipo de documentos “artículo de revista” y en cuanto al idioma su limitación ha sido al castellano.

Tras la búsqueda bibliográfica se identificaron 19 referencias. Primeramente, se eliminaron los trabajos duplicados y posteriormente se aplicaron unos criterios de inclusión/selección. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: estudios que analicen la situación de burnout o desgaste profesional entre el personal sanitario, cualquier diseño metodológico fue admitido, aportación de datos empíricos sobre la situación, con acceso a texto completo, en castellano. Los criterios de exclusión eran los siguientes: no se admitieron notas editoriales, ni estudios de caso, ni burnout en otras profesiones no sanitarias, ni relatos de sucesos de violencia contra el personal sanitario.

4 Resultados

De la revisión bibliográfica sistemática que se realizó con este trabajo, hemos podido extraer los siguientes resultados que en gran parte son coinciden con los

criterios expuesto en nuestra introducción.

El burnout es un síndrome de desgaste emocional profesional, que se produce preferentemente en las profesiones que centran su actuación en la prestación de servicios, por lo que hay un contacto directo con las personas a las que se destina el trabajo realizado.

Hemos observado en nuestro estudio que la gran mayoría de los trabajos realizados sobre este síndrome del desgaste son relacionados con profesiones asistenciales o de servicios, en las que las profesiones sanitarias ocupan un importante puesto. Las profesiones como auxiliares de enfermería, médicos de atención especializada, profesionales con pacientes con VIH, salud mental, psicólogos, etc., y sobre todo enfermería, son los profesionales más sufridores de este síndrome de burnout.

Los profesionales de la salud se encuentran diariamente comuna tarea difícil y compleja en la que se concentran varias circunstancias y estresores específicos que generan una importante implicación emocional, además de los factores organizacionales.

Dentro de los factores estresantes podemos encontrar, permanentemente enfrentados al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como al dolor, estar en constante contacto con personas que exigen un alto grado de implicación en la relación de ayuda, lo que puede generar importantes problemas relacionales si esta implicación no se canaliza adecuadamente. Estos trabajadores de la salud también se enfrentan a la frustración de no siempre poder curar, además de la excesiva proporción de pacientes a atender y curar. La escasez de formación emocional también se debe tener en cuenta a la hora de manejar adecuadamente el estrés generado por nuestra laboral asistencial. La excesiva burocratización, la falta de cohesión en el equipo interdisciplinar, la ambigüedad de responsabilidades y sobre todo los horarios de turnos inadecuados son también a tener en cuenta en la aparición del estrés generador de burnout.

Las variables personales mayoritariamente seleccionadas en los estudios revisados son, el sexo, la edad, estado civil, antigüedad en el empleo, y también las características de personalidad y las estrategias de enfrentamiento.

En referencia al sexo o género, no hay unanimidad entre los autores y los estudios revisados para nuestro trabajo. Ciertos autores señalan las mujeres como más propicias a sufrir estrés y desgaste profesional, y otros más numerosos indican que es el sexo masculino el que más puntúa, sobre todo en lo relacionado con la despersonalización y como los más quemados con su labor.

En cuanto a la edad, parecer que sobre los cuarenta años sería el momento más delicado para sufrir el desgaste profesional en sanitarios, aunque parece que

pasando esta edad suele disminuir el grado de cansancio emocional con relación a la labor profesional sanitaria.

En relación al estado civil, tampoco tenemos datos homogéneos. Algunos autores señalan que el grupo de casados puede ser propenso a sufrir burnout, cuando otros autores indican al grupo de separados y divorciados como el más relacionado con la baja realización profesional.

La antigüedad en el trabajo suele relacionarse, casi por unanimidad en los estudios revisados, con la aparición de desgaste o síndrome de burnout en el entorno laboral. Se sitúa entre cinco y diez años como el periodo de tiempo en el que aparece preferentemente el problema del desgaste profesional.

A nivel personal las principales patologías asociadas a este síndrome son de orden físico con problemas osteomusculares, problemas tensionales, alteraciones neurovegetativas, etc, y también de orden psiquiátrico como ansiedad y depresión.

Haciendo referencia a las variables organizacionales, los principales factores organizacionales encontrados en nuestra revisión sistemática han sido el clima laboral, grado de autonomía, el apoyo social, el bienestar laboral, la ejecución en el trabajo, la ambigüedad del rol, etc.

En la totalidad de los estudios hemos identificado que cuanto más positivo es el ambiente y entorno laboral, menos nivel de estrés y desgaste personal hay en los trabajadores de la salud. El grado de autonomía o independencia puede ser en algunas profesiones como enfermería, un posible factor de aparición de estrés laboral, si esta libertad de actuación es limitada por el tipo de organización.

En relación a la ambigüedad del rol profesional, parece ser que puede facilitar la aparición del quemazón profesional o burnout, en cuanto no hay claridad sobre las exigencias de la propia tarea y los métodos con los que se debe ejecutar, esta. En la relación organizacional, también hemos de referirnos a la excesiva carga de pacientes o usuarios a atender en un tiempo dado. Esta sobre carga hace que se genere el sentimiento de no corresponder de manera proporcional, a la necesidad que estas personas necesitan de los profesionales de la salud, y se propicie una sensación de impotencia e inutilidad que será un factor de riesgo importante en la aparición del queme personal y profesional.

Otros aspectos importantes que se relacionan con la aparición de este fenómeno de desgaste profesional son las excesivas horas de trabajo, el tipo de contratación del personal sanitario y del tipo de servicios prestados, etc. De estos datos identificamos que el profesional que más está expuesta a padecer burnout, es el trabajador que realiza profesiones que pasan un gran número de horas de trabajo, con un contrato eventual o cambiante, y en un destino o servicio donde el impacto

emocional es importante.

En cuanto a las variables psicosociales, detectamos en nuestro estudio que son muy variables e importantes. La cohesión entre los compañeros, la estructura de la organización, la presión en el trabajo, etc., son factores de riesgo muy importantes que no se deben de infravalorar, en el estudio de factores de riesgo laboral, como prevención de la aparición del síndrome de desgaste profesional.

El estrés laboral crónico termina generando el desgaste personal laboral. La exposición continua a diversos estresores, tanto individuales como organizacionales, por parte de un sujeto en el entorno profesional, esta, relacionado con un deterioro de la salud del individuo sufridor. Considerando que el profesional sanitario como un grupo de riesgo a padecer burnout, por las situaciones estresantes a las que se relaciona, podemos identificar, en base a la bibliografía revisada, una serie de consecuencias directas que podemos dividir en tres grupos. Las primeras consecuencias identificadas son las que inciden de forma directa sobre la salud física provocando alteraciones físicas. Las alteraciones cardiovasculares, fatiga crónica, cefaleas, migrañas, alteraciones respiratorias, dolores osteomusculares, etc.

Otras consecuencias directas producidas por el estrés y al final del proceso por el burnout son alteraciones a nivel psíquico y psicológico, alteraciones emocionales. Son frecuentes los síntomas de depresión, ansiedad, disforia, irritabilidad, baja autoestima, dificultades de concentración, etc.

Por otra parte, también son frecuentes y habituales las consecuencias relacionadas con el ámbito laboral del tipo de alteraciones conductuales. Son habituales conductas como el absentismo laboral, abuso de sustancias, aumento de conductas violentas, disminución de la productividad, falta de competencia, deterioro de la calidad de la organización, etc.

A nivel emocional también pueden aparecer signos defensivos para protegerse en lo posible de estas circunstancias agresivas para su integridad emocional.

Desde los comienzos de investigación del síndrome del desgaste profesional o burnout, varios autores intentaron proponer estrategias de prevención y control para paliar los efectos negativos sobre el personal asistencial sanitario, así se desarrollaron estrategias e intervenciones para su control y reducción, y mejorar la calidad de vida en el entorno laboral

Proponerlas todas sería muy extenso, pero si podemos proponer dos grupos de estrategias orientadas, unas hacia un nivel individual y otro grupo de estrategias orientadas hacia el ámbito organizacional. La unanimidad de los autores señala que no existe ninguna solución simple para reducir, prevenir o paliar de forma efectiva el burnout. Se debe aplicar modelos de intervención integrados de forma

completa con técnicas orientadas al individuo complementado de técnicas orientadas a la organización.

En el primer grupo de estrategias relacionadas con las variables individuales, se debe en un principio tener en cuenta que las consecuencias derivadas de esta situación de quemazón profesional estas divididas en tres aspectos: físico, emocional y conductual. Interviniendo de manera global sobre estos aspectos podemos citar como intervenciones las siguientes actuaciones; técnicas de relajación, biofeedback, técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento para facilitar la asertividad, facilitar el aprendizaje de técnicas de afrontamiento y de autocontrol dirigidas a gestionar las conductas, etc.

En cuanto a las estrategias dirigidas a la mejoría de la organización podemos decir que principalmente irán orientadas a reducir o eliminar la importancia directa de los estresores. En este sentido podemos citar algunos cambios que se podrían plantear por parte de la organización para reducir el fenómeno del burnout en el ámbito laboral. Un incremento de la autonomía del trabajo, es decir la responsabilidad y el control sobre el trabajo a los mismos profesionales sería un paso importante. La gestión de un horario flexible para los trabajadores ayudaría en mucho a la disminución de burnout. La elección de turnos por el profesional iría en esta dirección. Incrementar la toma de decisiones por el propio trabajador es importante. También una mejora de los niveles de calidad del ambiente físico ayudaría positivamente en la reducción del síndrome de desgaste. Limitar el número de horas y el número de pacientes a atender es un importante paso hacia la meta propuesta, una planificación en equipo de los objetivos en equipo es muy deseable para lograr un buen clima y ambiente laboral, etc.

5 Discusión-Conclusión

Con nuestra revisión sistemática hemos confirmado gran parte de los criterios expuesto en nuestra introducción sobre un fenómeno, que lleva décadas existiendo, cada vez más creciente en una sociedad en donde el individualismo prima sobre lo colectivo.

Las consecuencias de este fenómeno son cada vez lesivas, partiendo de alteraciones físicas, hasta problemas sociales, pasando por desajustes psíquicos y emocionales.

La confirmación, después de nuestra revisión bibliográfica, que el burnout es un fenómeno que ocurre después de un estrés crónico en la realización o desempeño de una profesión, donde el personal, y más en caso de trabajadores de la salud donde las condiciones resultantes de su trabajo asistencial durante un peri-

odo largo de tiempo, es incapaz de resolver adecuadamente las exigencias de su entorno laboral y utiliza principalmente y mayormente, en el caso de los profesionales sanitarios, técnicas desajustadas para la resolución de problemas, como pueden ser las técnicas de evitación, por ejemplo, que generan una muy mala calidad asistencial por parte de estos profesionales de la salud. Este comportamiento evitativo supone cambios en la forma de desarrollar el trabajo, así en los profesionales sanitarios esto implica la no implicación total con los enfermos, pasando el menor tiempo posible con los pacientes en la habitación, por ejemplo, o limitando su comunicación con los familiares del enfermo, manteniendo un menor contacto físico con el paciente, no mostrando interés por el paciente ni su enfermedad, etc., pudiendo llegar en los casos más extremos en absentismo laboral, o incluso solicitando el cambio de servicio.

Varios autores ante la magnitud del problema, tanto individual como social y organizacional, han realizado estudios en el intento de aportar soluciones y estrategias para la reducción o eliminación de este síndrome de desgaste profesional sanitario, cuyas consecuencias a nivel económico son desastrosas (bajas laborales, absentismo laboral, baja calidad asistencial...). La solución al problema no es simple y pasa por estrategias a nivel personal individual de los profesionales y en grado organizacional, como complemento positivo.

6 Bibliografía

Caro Hernández, M. (2006). Reseña de “el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, vol.22, nº1, 123-125.

Cebriá Andreu, J. (2003). Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. Aten Primaria, 31(9), 564-574.

Corredor Pulido, M.E., y Monroy Fonseca, J.P. (2009). Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. Revista hacia la promoción de la salud, vol. 14, nº1, 109-123.

Ferrer, R. (2002). Burnout o síndrome de desgaste profesional. Med Clin (Barc), 119(13), 495-496.

García Izquierdo, M., Saéz Navarro, M.C., y Llor Esteban, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Vol.16, nº2, 215-228.

Gaynés, E., Giménez, M., y Portell, M. (2004). El burnout en los profesionales sanitarios: una aproximación bibliométrica. Arch Prev Riesgos Labor, 7(3), 101-108.

Giraldo Giraldo, Y., López Gómez, B., Arango David, L., Goez Henao, F., y Silva, E. (2013). Estrés laboral en auxiliares de enfermería. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*.vol.45, nº 1, 23-31.

Gomero Cuadra, R., Palomino Baldeón, J., Ruiz Gutiérrez, F. y Llap Yesán, C. (2005). El síndrome de burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera South Perú Copper Corporation: estudio piloto. *Rev Med Hered*, 16(4), 233.

Capítulo 99

CRONOGRAMAS LABORALES IRREGULARES Y RIESGOS PARA LA SALUD DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL.

ANA BELÉN MARTÍNEZ PÉREZ

ENRIQUE GARCÍA MENÉNDEZ

MARÍA CONCEPCIÓN PENEDO DÍAZ

ARÁNZAZU GONZÁLEZ ZAPICO

MARIA DEL CARMEN MARTÍNEZ BAYÓN

1 Introducción

El tiempo empleado en el desarrollo de la profesión se está convirtiendo en uno de los aspectos que influye y repercute más directamente sobre la vida y salud de los trabajadores. En el ámbito hospitalario la atención que se presta a los usuarios/pacientes es continuada durante las 24 horas del día. Esto ha obligado a adaptar el contexto laboral y organizar los turnos de trabajo de los profesionales sanitarios para poder responder a esta atención imprescindible.

Debemos entender los turnos de trabajo como una organización de la jornada diaria de trabajo, donde las actividades son realizadas en diferentes horarios, y algunas veces en horarios fijos. En este sistema de organización, de cronogramas,

se incorporan esquemas donde se presentan cambios rotativos, en los cuales se mezclan el tiempo nocturno con el diurno. Estos cambios de turno influyen de manera negativa en los ciclos fisiológicos del profesional que realiza estos cronogramas, a través de un desajuste de los biorritmos y ciclos circadianos.

Los ciclos circadianos están regulados y sincronizados por el estímulo de la luz a través de las neuronas fotosensibles de la retina. El núcleo supraquiasmático es el responsable de esta sincronización de los diversos relojes circadianos del organismo. El ciclo luz/oscuridad es el principal estímulo de este núcleo.

Ciertos estudios indican la relación entre el turno laboral y el desajuste progresivo y continuo de funciones como el sueño, la calidad alimentaria, la variabilidad de las concentraciones de insulina en sangre, aparición de problemas de obesidad, sobrepeso, y presentación de patologías como la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, etc.

2 Objetivos

Realizar una revisión bibliográfica para mejorar la evidencia acerca de la afectación bio-psico-social producida por los turnos laborales irregulares en los profesionales de la salud.

Identificar las principales patologías aparecidas en los profesionales como consecuencia de esta turnicidad.

3 Metodología

Para la realización de nuestro trabajo se ha realizado una búsqueda documental de material literario científico para posteriormente realizar una revisión y valoración exhaustiva del mismo, a fin de obtener una información científica fiable que nos permita valorar la relación entre trabajo a turnos irregulares y el progresivo deterioro de la salud de los profesionales sanitarios que cumple con esos turnos irregulares.

Nuestra búsqueda documental se centró en la recolección de información científica extraída de trabajos identificados en páginas especializadas de internet con Pubmed, Scielo, Cochrane, etc.

Las palabras claves utilizadas para nuestra búsqueda han sido: turnicidad, profesionales sanitarios, salud.

La búsqueda documental se realizó durante los meses de enero 2021 y marzo 2021, dando como intervalo de tiempo para las publicaciones desde el año 2015 hasta el año 2021.

Se localizaron 25 trabajos de una primera recolección, que una vez sometidos a criterios de inclusión/exclusión quedaron reducidos a 9 los estudios admitidos para nuestro trabajo.

4 Resultados

De los trabajos revisados en nuestra investigación, destacamos principalmente las siguientes patologías aparecidas en los profesionales de la salud como consecuencia del cronograma laboral u horario profesional con turnicidad irregular. Son muchas y variadas las patologías identificadas en nuestro estudio, por lo que solo citaremos las más frecuentes y comunes. Dependiendo de la profesión del personal sanitario, unas serán más frecuentes que otras, pero en resumen podemos citar las principales como son el riesgo cardiovascular, el deterioro del estado nutricional, incremento de los trastornos del sueño, aparición de trastornos psicológicos y trastornos oncológicos, detección de trastornos relacionados con la reproducción, etc.

A continuación, describiremos las patologías más significativas y representativas del deterioro ocasionado en los profesionales de la salud, por una turnicidad irregular.

Varios autores consultados concluyen que el trabajo por turnos es un importante factor de riesgo para la hipertensión, la inflamación y las enfermedades cardiovasculares. Los trabajadores con turnos irregulares suelen presentar una desalineación del ciclo circadiano, lo que explicaría un aumento de la presión arterial sistólica y diastólica.

Otros autores relacionaron la duración en horas del trabajo nocturno de los enfermeros, con la posibilidad y probabilidad de desarrollar una enfermedad coronaria. A mayor número de horas de trabajo nocturno, mayor probabilidad de aparición de una enfermedad coronaria. Además, se puede relacionar la irregularidad del horario laboral con un aumento de infartos de miocardio, ictus isquémicos y eventos coronarios.

Otra patología muy frecuente en los profesionales sanitarios con irregularidad en el horario del cronograma profesional es una evolución negativa del estado nutricional del sanitario. Diferentes autores relacionan los turnos rotatorios y nocturnos con la aparición de problemas de obesidad y alteraciones metabólicas debidas a una pérdida del orden temporal interno.

Se recoge en varios estudios consultados que el trabajo nocturno aumenta los niveles de glucosa, leptina e insulina de manera que el riesgo de alcanzar un estado prediabético sea mayor. Se identifica en varios trabajos que los cambios

metabólicos son mayores en los turnos nocturnos ya que es cuando hay un bajo nivel de actividad, baja temperatura corporal y baja eficiencia para la absorción de nutrientes lo que favorece el sobrepeso y la obesidad.

Los trastornos del sueño se observa en la mayoría de los sanitarios a turno rotativo irregular, en cuyo cronograma aparecen turnos con horarios nocturnos. El sueño es un estado y un proceso fisiológico esencial para la vida, en el cual se realizan actividades de restauración, protección y homeostasis. Durante este proceso, se secreta la hormona del crecimiento, se fortalece el sistema inmunitario y facilita la consolidación de corto a largo plazo.

Varios estudios revisados para este trabajo revelan que el horario de trabajo era una de las amenazas más importantes para la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores sanitarios. Existe una correlación entre turnicidad irregular y disminución de la calidad y eficiencia del sueño, es decir existe la presencia de un sueño no reparador con la salud.

Dentro de los trastornos del sueño identificados, observamos una alta prevalencia somnolencia excesiva, pesadillas, ronquidos, etc. Además, de las complicaciones a largo plazo como apneas, insomnios, etc., también aparecen desde las primeras horas del trabajo nocturno una serie de signos y síntomas principalmente por la privación de sueño y el cansancio.

Todo esto afecta, de forma muy directa al rendimiento laboral, la siniestralidad, dificultad de concentración, etc.

Podemos citar como patologías importantes aparecidas en los sanitarios como consecuencia de la turnicidad irregular, los trastornos psicológicos y oncológicos. Dentro de los primeros podemos observar un serio incremento de la irritabilidad, ansiedad, estrés laboral, depresión, etc.

Muchos autores consultados indican la posible relación entre turnicidad irregular y la carcinogenicidad, ya que el trabajo por turnos que involucra la alteración circadiana es probablemente carcinogénico para las personas y los profesionales.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de las patologías más importantes aparecidas como consecuencia de una rotación horaria laboral irregular podemos citar las patologías cardiovasculares como la hipertensión arterial con una alta prevalencia entre los profesionales sanitarios. Además, de esta importante patología podemos nombrar a enfermedades coronarias, infartos de miocardio, etc.

Por otro lado, también se relaciona en los trabajos consultados que una alteración del sueño producido por el cronograma laboral está relacionada con un aumento

de la obesidad, el sobrepeso y riesgo de padecer diabetes, y la aparición de trastornos gastrointestinales.

También se evidencia una seria relación entre los turnos laborales y las alteraciones psicológicas en los profesionales de la salud. Se observa una importante conexión entre la calidad del sueño deficiente y problemas de estrés, concentración, depresión, etc.

Sería muy interesante que los servicios de riesgos laboral considerarán la turnicidad laboral, sobre todo en el sector sanitario, como un factor de riesgo importante para la salud de los profesionales sanitarios, en beneficio de una mejor distribución horaria de las funciones y una mejor calidad asistencial.

6 Bibliografía

Hernández, E, et al. (2000). Alteraciones circadianas del sistema cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*, 53, 117-122.

Hiriart, M (2005). Ritmos biológicos endocrinos y glándula pineal. En Drucker R. *Fisiología Médica*. España: Manual moderno, 5, 513.

Martínez, D t Sfredo, M. (2010). Circadian rhythm sleep disorder. *Indian Journal of Medical Research*, 141-149.

Mingote Adán JC. Síndrome “Burnout”, Síndrome de desgaste profesional: Monografía de Psiquiatría. 1977; 5: 1-44.

Moreno Jiménez B, González JL, Garrosa E, Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida, En: Buendía J, Ramos F. *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Psicología Pirámide; 2001.

Portella Ribero, J; Pereira Rocha, L; Demutti Pimpao, F; Ruta Porto, A y Buss Thofehrn, M. implicaciones del ambiente en el desarrollo del proceso de trabajo de enfermería: una revisión integradora. *Revista electrónica de Enfermería*, Julio 2012, n°27, ISSN 1695-6141.

Ruiz de la F., M; Cifuentes M., MT; Segura B.,O; Chavarria S., P. y Sanhueza R., X. Estado nutricional de los trabajadores bajo turnos rotativos o permanentes. *Rev Chil Nutr* Vol.37, n°4, Diciembre 2010.

Triguero, M. Efectos del trabajo nocturno en trabajadores de la salud de un hospital publico universitario en la ciudad de Pinar de Río, Cuba. *Psicología: Teoría y Práctica*, 54-62.

Capítulo 100

MEDIDAS PREVENTIVAS FRENTE AL ACOSO LABORAL

SHEILA VALLINA MONTES

KIOMA RAMOS MONTES

1 Introducción

Las acciones verbales o psicológicas, que se suceden de manera repetida e insistente, por las que en el trabajo y siempre en unión con el mismo, una persona o varias lastiman a una víctima, la humillan, la ofenden y la amedrentan, son conocidas como acoso laboral, o mobbing.

Existen una variedad de maneras de someter a mobbing a una persona, puede realizarse de una manera sutil, o de una manera más violenta: pueden utilizar la organización del trabajo, aislar a la persona del resto de compañeros, esparcir rumores por la empresa y criticarlo entre los propios miembros del equipo de trabajo.

Es necesario que exista una relación con el trabajo, que se intente denigrar a la persona afectada, siempre siendo una acción individualizada, contra una única persona, y que se desarrolle en el tiempo de manera continuada.

Con el sufrimiento que se provoca se busca intimidar a la persona afectada, hasta incluso perseguir que abandone su puesto de trabajo. La persona agredida puede ser que se considere para los agresores, como una amenaza para sus intereses personales, o simplemente se traten de personas que buscan poder, y sentirse superiores, y sentir que el trabajador está completamente sometido a su jefe, incluso en ocasiones fuera del horario del trabajo.

En el Código Penal español, el acoso laboral está recogido como un delito, que puede ser castigado con una pena privativa de libertad, de seis a dos años.

2 Objetivos

- Conocer cuando estás siendo víctima de acoso laboral en el trabajo.
- Saber como actuar ante una situación de acoso laboral.
- Observar las consecuencias que provocan estar sometido ante una situación de mobbing.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado 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 acoso laboral es un riesgo psicosocial, que está dentro de la prevención de riesgos laborales, y que debe ser perseguido y prevenirse en los centros de trabajo, antes de que tenga consecuencias más graves para las personas que lo están sufriendo.

Es necesario que la empresa evite las conductas de mobbing en los lugares de trabajo, y debe tomar medidas, incluso antes de que la persona afectada llegue a denunciar la situación. Por ello la empresa deberá establecer medidas que faciliten prevenir el acoso laboral, y todos los trabajadores, y las personas testigos de esos hechos, deben ayudar a luchar contra el mobbing.

Hay que formar a todas las personas, para que sea más sencillo reconocer cuando se está sufriendo acoso laboral, o cuando lo está sufriendo cualquier compañero. Si las personas conocen sus derechos, es más fácil darse cuenta que estás siendo víctima de este delito.

La LPRL en su artículo 16.1, dice que la prevención de riesgos laborales, deben formar parte de la gestión de la empresa, en todas las actividades y en todos los niveles jerárquicos, aplicando un plan de prevención de riesgos laborales, en

el que se integrarán una estructura organizativa, responsabilidades, funciones y procedimientos de prevención de riesgos en la empresa.

Para conseguir una labor preventiva, se puede realizar un estudio para observar desigualdades que puedan existir en la empresa entre los hombres y mujeres. Elaborar protocolos, con los que se persigan y castiguen las actuaciones de acoso, indicando en que consiste el acoso, que acciones pueden considerarse como tal, y disponer de un mecanismo de denuncia en la propia empresa. Se debe de comunicar a todos los miembros de la empresa.

La formación es muy importante, por lo tanto es necesario que se ofrezcan cursos por parte de la empresa a los trabajadores, para que les sea más sencillo reconocer estas situaciones.

Se deben de realizar Planes de Igualdad, es una medida principal que permite prevenir el mobbing, y se consigue que exista igualdad en el trabajo. Estos planes son obligatorios en las empresas de más de cincuenta trabajadores, deben ser evaluados para estudiar que realmente sean efectivos.

Es muy importante que exista un buen ambiente de trabajo, libre de estrés, favoreciendo un mejor entorno de trabajo, y es otra de las obligaciones que tiene la empresa, el crear este entorno y así se podrá evitar que se produzcan acciones de acoso.

Se debe vigilar la salud de los trabajadores, incluida la salud mental, esto se debe realizar por la empresa, periódicamente, pero siempre debe ser voluntaria por parte del trabajador, salvo en ocasiones determinadas y respetando el derecho a la intimidad y dignidad del mismo.

5 Discusión-Conclusión

Puedes considerar que estás siendo víctima de acoso laboral, cuando vives determinadas situaciones, como que te están dando más cantidad de trabajo, o trabajos más complicados que al resto de compañeros, por lo que están tratando de forma diferente a ellos. Si te sientes aislado del resto del equipo de trabajo, no teniendo comunicación ni con tus jefes. No están bien vistas tus opiniones, no se tiene en cuenta tus propuestas, o no consideran que realices nada bien, incluso llegando a sufrir amenazas.

Ante estas actuaciones y muchas más de índole similar hay que actuar, y ponerte en contacto con los representantes legales de los trabajadores , o en su defecto, con el departamento de RR.HH., que serán los encargados de investigar los hechos y tomar las medidas necesarias para poner fin a la situación de acoso. Si después de todo esto, no hay solución y la empresa no adopta las medidas nece-

sarias, entonces el siguiente paso es poner en conocimiento de la Inspección de Trabajo, estos comportamientos.

En último lugar se puede acudir a los Tribunales, bien por la vía penal o social, e incluso la civil para poder reclamar responsabilidades a los acosadores.

6 Bibliografía

<https://psicologiaymente.com/organizaciones/tipos-de-mobbing-acoso-laboral>

<https://prevencion.fremap.es/>

<https://www.psicologia-online.com/prevencion-e-intervencion-del-acoso-laboral-677.html>

Capítulo 101

TRABAJO EN EQUIPO DEL PERSONAL NO SANITARIO

SHEILA VALLINA MONTES

KIOMA RAMOS MONTES

1 Introducción

El trabajo en equipo es una labor que se lleva a cabo a través de un conjunto de personas que tienen como finalidad conseguir un fin común, aunque cada persona realice las funciones que le corresponden de manera particular para lograr el objetivo común.

Hay funciones que son necesarias realizarlas en conjunto y que no pueden llevarse a cabo por un único individuo, siendo lo más óptimo que las personas se relacionen para realizarlas.

Es necesario un correcto método de trabajo por parte de los trabajadores para conseguir un equipo interdisciplinar. Si todos los integrantes del equipo usan un método correcto, es más factible conseguir el objetivo común, por tanto es necesario que todos colaboren y aporten todas sus aptitudes, cualidades, esfuerzos y ganas, para garantizar el fin común y reducir el tiempo destinado a las distintas tareas.

Se obtienen mejores resultados cuando hay más relación y conexión entre los miembros del grupo de trabajo, con una buena comunicación se obtendrán mejores resultados.

Lo esencial para constituir un buen equipo de trabajo, es que confluyan dos requisitos importantes, como son el diálogo y la disponibilidad de los componentes. Todos deben cumplir con sus deberes y obligaciones, que todos estén

en un mismo nivel, se relacionen en un ambiente de igualdad, respetando a los demás, en cuanto a la vida privada y las aportaciones que cada persona realice, respetando las opiniones ajenas y no imponiendo nuestras ideas, como únicas y mejores.

Los miembros del equipo, permanecerán más tiempo en el mismo, si todos son efectivos, considerándose la efectividad como una condición necesaria.

2 Objetivos

- Observar qué requisitos son necesarios para que un equipo de trabajo sea efectivo.
- Conocer qué capacidades deben reunir los miembros del equipo.
- Saber cómo se debe actuar en equipo para obtener mejores resultados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado 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

Trabajar en equipo permite conseguir unos rendimientos y frutos, que no se consiguen de igual manera si lo realizas de manera individualizada.

Estimula la creatividad. Si todos aportan sus ideas, conseguimos obtener trabajos mas originales, y soluciones más rápidas y productivas.

Aumenta la motivación. Si trabajas individualmente, te puedes sentir estresado por la carga de trabajo, y puedes sentir que se está acumulando el trabajo y aumentar la sensación de estrés, provocando que el trabajo y sus resultados se vean afectados. Sin embargo, al trabajar en equipo nos ayuda a reducir los niveles de estrés, y al repartir el trabajo, estarás más estimulado para desarrollarlo, al tener más tiempo para dedicarle a cada tarea. Ese estrés permanece en nosotros y se acumula. Al trabajar en equipo el trabajo se libera y se consigue con mayor rapidez.

Permite identificar cualidades y puntos débiles. Cada persona tiene unas cualidades que le hacen resaltar de otros y así es más fácil el reparto del trabajo, conociendo cuál es la fortaleza de cada uno de los miembros, o cuál es la debilidad, es más fácil cumplir los objetivos.

Aumenta la tolerancia y el respeto. En un equipo la opinión de cada miembro es igual de importante que la del resto, todas las ideas, son tenidas en cuenta, para conseguir un mejor resultado o solución a problemas.

Compartir los objetivos: Todos deben tener un mismo objetivo, un mismo fin, luchar todos por conseguir la misma finalidad.

Ganas de cooperar: Todos los miembros deben aportar, dar a conocer sus ideas, y trabajar en ellas, para que el trabajo se consiga obtener con plenos resultados.

Comunicación fluida: Es importante destacar este punto, sin una buena comunicación, no puede haber un buen equipo, todos deben participar y ser oídos.

Compartir habilidades: Esto dará valor al trabajo que se lleva a cabo. Si una persona realiza una labor de manera más óptima que el resto, debe compartir, colaborar y enseñar al resto, realizando un intercambio de conocimientos entre todos.

Reconocimiento entre los miembros participantes: Valorar el trabajo de los compañeros es muy importante, para motivarse entre ellos y conseguir una tarea más exitosa. La labor de un líder es muy importante, que sepa llevar al grupo, motivarlo, ayudarlo, debe ser una persona con unas aptitudes y capacidades estimulantes para el resto.

Aumento de la efectividad de las acciones.

Mayor rentabilidad de los recursos.

Obliga a establecer mecanismos de comunicación fluidos.

Permite la igualdad de condiciones entre sus miembros.

Constituye un mecanismo valioso de transformación, creación y cambio.

Con el trabajo en equipo se consigue, un mejor ambiente de trabajo, una mejor relación de los trabajadores, que trabajan más motivados, por tanto mejorando la productividad y evitando el aumento del estrés en el personal, fomenta la responsabilidad individual.

Aunque a veces trabajar en equipo no es fácil, y presenta dificultades, al ser difícil, conseguir que varios miembros tengan un pensamiento colectivo y un interés común, ya que cada individuo tiene sus propios pensamientos individuales, que pueden chocar con el resto.

En el caso del líder, este puede actuar erróneamente, llegando a considerar que él solo tiene la idea predominante y que no tenga las cualidades necesarias para conseguir motivar al grupo.

Es necesario dejar claro cuáles son las funciones de cada miembro, si esto no se deja claro, puede acarrear consecuencias y conflictos entre los trabajadores. Todos deben tener claros sus objetivos, y adaptarse a trabajar en equipo, que a veces no resulta sencillo, si los miembros tienen resistencia a los cambios.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo en equipo es algo beneficio para todos los miembros, pero es necesario que todos estén dispuestos a colaborar, que se formen, que realicen de manera efectiva su trabajo y respeten a los demás, ya que el trabajo en equipo es algo positivo para todos.

El equipo trabaja aportando ideas, conocimientos, aprendizajes, medios, técnicas, métodos y sobre todo comparten responsabilidades. Es necesario tener habilidad para conseguir desarrollar el trabajo en conjunto, ya que la efectividad del equipo está vinculada con la capacidad de todos los miembros de saber organizarse en un grupo, siendo cada persona totalmente distinta del resto, saber relacionarse y pensar como un grupo, que tiene un fin común, que es obtener un buen trabajo, óptimos resultados, reduciendo el tiempo y el volumen de trabajo que puede generar estrés.

6 Bibliografía

<https://coworkingfy.com/trabajo-en-equipo/>
<https://www.questionpro.com/blog/es/trabajar-en-equipo/>
https://es.wikipedia.org/wiki/Trabajo_en_equipo
<https://blog.vantagecircle.com/es/trabajo-en-equipo/>

Capítulo 102

TERAPIA GÉNICA POSIBILIDADES Y LÍMITES DE LA ÉTICA

ÁLVARO MARTÍNEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La terapia génica consiste en transmitir material genético a una o varias células. En ocasiones se cogen virus modificados, aprovechando su poder infeccioso y en otras otro tipo de procedimientos.

La terapia génica dirigida modifica parcialmente el genoma; así se añaden genes enteros o fragmentos. También se pueden cambiar genes mutados por genes correctos. La fina línea de la ética se traspasa o no según quien opine.

Las nuevas técnicas de edición genética abren un campo extenso a la modificación y reparación de genes dañados, pero se producen mutaciones cuyas consecuencias aún es pronto para conocer. Son posibles efectos dañinos o destructivos sobre las células modificadas.

El descubrimiento de la técnica de edición genética CRISPR ha supuesto un antes y un después en el desarrollo de estos tratamientos, aún estamos en un estadio inicial, queda mucho camino, pero se están dando los primeros pasos y parecen prometedores. Además, la revolución primordial de esta técnica viene por su fácil aplicación, fácil en modo relativo, cuando hablan los expertos en dichos procedimientos. Por si esto fuera poco, la técnica es muy barata.

El campo de juego está abierto, los riesgos existen, la ética jugará su papel, pero. ¿Seremos capaces de controlar a todo el mundo? Las dudas con la clonación de

la oveja Dolly pueden volver a repetirse con otras consecuencias por científicos de dudosa ética y ganas de pasar a la historia.

2 Objetivos

- Adentrarnos en el mundo de la genética y sus aplicaciones en la curación de enfermedades con base o solución genética.
- Conocer la fina línea de la ética a la hora de poner límites a la terapia génica

3 Metodología

La metodología empleada ha sido la lectura de la publicación “Ética en la investigación de las enfermedades raras” publicada por el CIBERER (Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras). En concreto el capítulo elaborado por Juan A. Bueren y Diego Gracia “Terapia génica en línea germinal: Aspectos científicos y éticos.

4 Resultados

Los efectos secundarios que puede producir una técnica genética no solo influirán en el individuo, sino en sus sucesores.

Se establecen niveles de riesgo para los trabajos. Desde el riesgo mínimo, al riesgo pequeño, riesgo moderado y finalmente el riesgo elevado. Cada uno de estos niveles supone el establecimiento de mayores medidas de seguridad y controles de acceso.

Definamos dos tipos de células para ver los tipos de intervenciones genéticas que se pueden producir.

Por un lado, tenemos las células somáticas que son aquellas que se encargan de la formación de los tejidos y los órganos en los seres vivos pluricelulares.

Por otro las células germinales que son aquellas que forman los gametos, es decir, los óvulos y los espermatozoides, de allí que tengan información genética que será transmitida al embrión. Sin embargo, no deben ser confundidas con las células madre. Estas células, al igual que las células somáticas, derivan de las células madre. Sin embargo, las células germinales son las únicas que pasan por el proceso de meiosis para su posterior división en gametos.

Una modificación en células somáticas afecta al individuo, pero no a sus descendientes, sin embargo, una modificación en células germinales afecta al individuo y sus descendientes, esta última es la parte que se discute desde el punto de vista de la ética científica.

En estos casos es cuando las manipulaciones genéticas sobre células germinales deben contar con la aprobación de comités muy sólidos y del propio Estado. En definitiva siempre van a contraponerse dos opiniones; quienes no quieren permitir ningún tipo de manipulación embrionaria y quienes no quieren poner límites a la manipulación.

Lo más lógico será que los criterios para permitir una manipulación genética sean la seguridad y eficacia del procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

Las técnicas de edición genética han tenido un gran impulso en los últimos años. El campo que pueden abrir a la investigación y sus posteriores desarrollos solo tiene como límites la imaginación humana.

Cuando se habla en esos términos es fácil colegir que hay que poner límites a la experimentación en este ámbito, pues si no solo con los límites de la imaginación humana se puede llegar muy lejos o simplemente a un desastre de incalculables consecuencias para la humanidad.

Aunque son destacables los avances conseguidos, no podemos por menos que reconocer que la investigación en técnicas de edición genética está en sus inicios y sus procedimientos han de tener aún muchos cambios.

6 Bibliografía

Ética de investigación en enfermedades raras, elaborado por Teresa Pàmpols, Carmen Ayuso y Guillem Pintos. Publicado por CIBERER y editado por Ergon (2016)
Algunas definiciones de Ana Zita Fernandes, doctora en bioquímica.

Capítulo 103

SISTEMA DE VENTILACION EN EL AMBITO SANITARIO

SERGIO ALONSO ARIAS

1 Introducción

El aire que respiramos es muy importante para nuestra salud, por lo que debemos evitar zonas o lugares con aire tóxico o partículas e ingredientes nocivos para el organismo. En centros médicos, hospitales y otras instalaciones sanitarias, el aire es un elemento importante que necesita ser controlado y controlado de manera específica. La ventilación en los hospitales es fundamental para proporcionar aire limpio y evitar la transmisión de virus y bacterias que suponen un riesgo para la salud de los pacientes y de los propios trabajadores sanitarios. Las infecciones nosocomiales (que ocurren dentro del propio hospital) son más comunes de lo que podría pensar y afectan a muchos pacientes, visitantes y trabajadores de la salud, y a menudo provocan la muerte. El control del aire en las habitaciones de los hospitales es esencial para evitar o minimizar tales situaciones de riesgo. La instalación de aire acondicionado y ventilación en los hospitales es una prioridad. El aire es portador de virus y bacterias que pueden causar serios problemas de salud en estas instalaciones, y contar con las medidas adecuadas para controlar y filtrar el aire, la temperatura y la humedad es el camino a seguir para minimizar el riesgo de enfermedades tanto leves como graves.

Una buena ventilación y climatización en un hospital o centro de salud es fundamental por varios motivos:

* Proteger al personal, visitantes y pacientes de posibles infecciones y contaminaciones.

* Ayuda a curar ciertas enfermedades (como enfermedades pulmonares o cardíacas). *Reduce la cantidad de microbios (virus y bacterias), polvo y olores en el aire.

* Mantener niveles estables de temperatura y humedad. Para mayor comodidad, es importante controlar la temperatura ambiente en el hospital y mantener la humedad recomendada.

2 Objetivos

Describir la importancia de un adecuado sistema de ventilación en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para preparar este capítulo, se realizaron búsquedas sistemáticas de libros y artículos revisados en las principales bases de datos: Google, Medline y Wikipedia, donde se seleccionaron artículos científicos de publicaciones científicas revisadas por pares.

Para este trabajo también se recolectó información de diversas bases de datos utilizando Google académico, revistas médicas de salud y experiencia personal.

4 Resultados

¿Por qué los hospitales necesitan aire acondicionado?

La naturaleza y el uso de las instalaciones del hospital difieren de otros edificios debido a varios factores, entre ellos:

Se requieren y fomentan duras condiciones de higiene y calidad ambiental: diseño y construcción de edificios, personal de servicio y sistemas de aire acondicionado en hospitales. Hospitalización de pacientes con diversas enfermedades; muchos de ellos tienen ciertas debilidades del sistema inmunológico.

Diferentes unidades que requieren necesidades específicas de clima y ventilación. Algunos dispositivos médicos crean una gran carga térmica.

Además de lo anterior, existe el riesgo de transmisión de microorganismos, bacterias y otros patógenos entre pacientes. Es decir, entre pacientes, personal médico, personal acompañante o visitante de pacientes, personal administrativo, etc. También existen riesgos ambientales generalizados asociados con el uso de productos farmacéuticos para limpiar y desinfectar locales con la ayuda

de aerosoles y productos químicos. Además de otros tipos biológicos definitivos, como la transmisión de determinados patógenos (*Legionella*, *Staphylococcus* y *Aspergillus*, etc.).

Por si fuera poco, las infecciones nosocomiales afectan a una media del 7% de los pacientes hospitalizados. Cada año, más de 4 millones de personas en Europa sufren los efectos de estas infecciones y alrededor de 38.000 personas mueren a causa de ellas. Solo en España, aproximadamente 3.000 personas mueren cada año por estas condiciones, lo que también genera costos adicionales de aproximadamente 5.000 millones de euros.

En las infecciones respiratorias (como en el caso del SARS-COV-2), la transmisión es principalmente por contacto y/o vía aérea. En términos de tecnología de aire acondicionado y ventilación, poco se puede hacer contra la transmisión por contacto, pero se pueden tomar medidas para combatir el peligro de transmisión aérea.

Debido a su pequeño volumen y peso (flotando en el aire), los virus se aprovechan de otras partículas que pueden viajar por el aire e infectar a otras personas. Los sistemas de aire acondicionado, en particular, juegan un papel importante en la seguridad del paciente en las instalaciones médicas. Muchas de estas estructuras albergan a pacientes con diversas enfermedades, muchas de las cuales son peligrosas y se transmiten por el aire. Dada la vulnerabilidad del paciente, es importante mantener una ventilación y un control de la temperatura adecuados. En este sentido, cabe recordar que el aire contaminado reciclado que circula entre habitaciones puede ser perjudicial para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El aire acondicionado del hospital se está volviendo cada vez más importante desde la pandemia de COVID-19. En estas circunstancias, el buen funcionamiento de la calidad del aire y del sistema de ventilación de la sala era muy importante. Las salas que albergan pacientes infectados con este patógeno deben estar adecuadamente ventiladas para evitar la propagación del virus. De esta forma, la protección tanto de los pacientes como del personal del centro es más eficaz. En los hospitales, la ventilación debe satisfacer las necesidades clínicas y crear una higiene adecuada para proteger a los pacientes y profesionales que realizan sus funciones y tratamientos médicos en esta zona para minimizar riesgo de contagio propio y contagio externo al resto de personal y pacientes del hospital.

6 Bibliografía

VISION. Publicación de la Asociación Argentina en Control de Infecciones. Comité de Normas. Normas para la Prevención de Infecciones del Sitio Quirúrgico. 1º Parte. N° 12. Vol. 3. 1999. Buenos Aires. Argentina.

VISION. Publicación de la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones. Medidas de control de infecciones en la construcción y refacción de hospitales. Lizzi, A. Pág. 4 – 9. N° 10. Vol. 3. 1999. Buenos Aires. Argentina.

Hospital Epidemiology and Infection Control. Mayhall, G. Section XI. Airborne Infections in the hospital. Chapter 80. Design and Maintenance of Hospital Ventilation Systems and the Prevention of Airborne Nosocomial Infections. Streifel, J. Pág. 1211 – 1220. 2º Edición. Lippincott Williams & Wilkins. 1999. Philadelphia. Usa.

Diagnostic Microbiology and Infectious Diseases. Epidemiology of Nosocomial fungal infections: Invasive aspergillosis and environment. VanderBergh, M; Verweij, P. et al. Pág. 221 – 227. Editorial Elsevier Science inc. 1999. New York. Usa. Singh, M. State of the science. Infections in solid – organ transplant recipients. AJIC. Pág. 413. 1997. Pittsburg. Pennsylvania. USA.

A Guide to Infection Control in the Hospital. Wenzel, R., Edmond M., Pittet D. et al. An official publication of the International Society for Infections Diseases. Chapter 14: Operating Room. Roy, M.C.

Capítulo 104

EL CELADOR EN LOS HOSPITALES Y SU FUNCIONAMIENTO Y ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE TERMINAL

ROSEMERY WONG RUIZ

GIOCONDA ESPERANZA VALENZUELA SALVATIERRA

DELPHINA NAVARRO JUAREZ

MARÍA VICTORIA MARÍN GONZÁLEZ

JESSENIA MARIBEL CHIPANTIZA TENORIO

1 Introducción

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define al paciente terminal con aquel con una enfermedad progresiva, incurable y sin una respuesta razonable a un tratamiento concreto, con una esperanza de vida de seis meses a un año.

En situaciones de enfermedad terminal, el objetivo del celador y todo el equipo de profesionales no es la recuperación del paciente, es vigilar los síntomas, la atención completa, aliviar el dolor y el apoyo familiar.

Los principales criterios que definen la etapa final son:

Presencia de enfermedad progresiva e incurable.

Tiene un fuerte impacto emocional en los pacientes y sus familias con respecto al proceso de sufrimiento y muerte.

Hay poca o ninguna respuesta al tratamiento agresivo específico del trastorno subyacente.

El impacto es severo, multifactorial y con la presencia de varios problemas o síntomas: dolor, estreñimiento, náuseas y vómitos, enfermedades e infecciones bucales, pérdida de apetito, insomnio, dificultad para respirar, micción, incontinencia urinaria, cambios en el tejido corneal, anuria y mantenimiento etc.

Los cuidados paliativos pueden reducir la carga sobre las familias, reducir la probabilidad de que la familia experimente un duelo complejo y prepararse para la muerte de un ser querido. Los cuidados paliativos también permiten que los pacientes reciban atención médica en las instalaciones durante un período de tiempo, no porque la necesiten, sino porque sus familiares cuidadores necesitan un descanso. A esto se le llama cuidado de relevo para brindar alivio a la familia. Es importante que los celadores se comuniquen de manera precisa y verbal mediante un diálogo comprensible y honesto, con gestos, comportamientos y actitudes no verbales altamente sensibles hacia estos pacientes con esta situación tan delicada al igual que hacia sus familiares.

2 Objetivos

Exponer las particularidades del paciente en cuidados paliativos y el papel de los celadores con este tipo de pacientes en esta unidad.

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

Es fundamental la función del celador ante un paciente miembros del equipo (médicos, enfermeras, celadores, psicólogos, etc.), un apoyo muy grande para el paciente, por lo que deben ser muy cuidadosos y profesionales en su trabajo. El comportamiento del celador es continuo tanto para mejorar la calidad de vida del paciente, para asegurar la continuidad y asistencia personalizada, para man-

tener la dignidad del paciente, para ayudar, junto a otros compañeros, a mantener la higiene diaria y una correcta postura para intentar que tenga la mayor comodidad posible.

Actuar al extremo frente a la familia y estar atento a sus comentarios. El celador debe desarrollar empatía (la capacidad de estar en el lugar de alguien y comprender lo que está sintiendo o pensando), escuchando y hablando sobre las necesidades psicológicas del paciente y con los familiares.

Hay cinco etapas por las que puede atravesar una persona con una enfermedad terminal antes de aceptar la muerte, pero no todas, pero al menos dos.

-Negación: Es la protección del paciente contra la enfermedad de

-Ira: Fases de desacuerdo, enfado, disgusto, insatisfacción ...

-Negociaciones: (De acuerdo) El paciente acepta la idea de que va a morir, pero trata de retrasar o retrasar el resultado tanto como sea posible.

-depresión: El período de depresión y desánimo. Respuesta

-Aceptación: el paciente está preparado para el desenlace

La gente llora de diferentes formas. El celador siempre debe respetar sus creencias y necesidades religiosas y tratar a cada persona por separado y de manera diferente.

Un equipo de cuidados paliativos generalmente consta de

, médicos. El tratamiento es supervisado por un médico de cabecera y un profesional de la salud o un director médico. Cada paciente puede elegir un médico de familia. Este podría ser su antiguo médico o un buen proveedor de atención médica.

Personal de enfermería. La enfermera irá a su casa, su familia o cualquier otro lugar para brindar asistencia. También es responsable de la coordinación del equipo de cuidados paliativos. Asistentes a domicilio. Los asistentes de atención domiciliaria pueden brindar apoyo adicional para las actividades diarias, como cambiarse de ropa, bañarse y comer. Consejeros espirituales. El pastor, sacerdote, pastor de la iglesia u otro consejero espiritual puede brindar ayuda y consejo espiritual para toda la familia.

Trabajador social. Los trabajadores sociales brindan asesoramiento y apoyo. También puede proporcionar referencias a otros sistemas de apoyo. Farmacéuticos. El farmacéutico proporcionará un seguimiento de la dosis y sugerencias sobre las formas más eficaces de aliviar los síntomas. Voluntarios. Los voluntarios capacitados brindan una variedad de servicios. Por ejemplo, compañía de pacientes, asistencia de profesionales de la salud, transporte y otras necesidades prácticas de asistencia.

Otros expertos. Los terapeutas del habla, fisioterapeutas y terapeutas ocupa-

cionales pueden brindar el tratamiento necesario. Consultores funerarios. Un asesor en dolor capacitado brindará apoyo y orientación después de la muerte de un ser querido en un hospicio.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado de este análisis, llegamos a la conclusión de que los celadores juegan un papel muy importante para quienes se especializan en la atención de enfermedades terminales.

El bienestar de un paciente debe ser el objetivo principal del personal sanitario. La formación específica en cuidados paliativos es de gran ayuda para la adecuada atención profesional de la enfermedad terminal. Cuando está llegando el final de la vida del paciente, hay que tomar las medidas necesarias para lograr la comodidad del paciente y todo el personal sanitario de la unidad nos esforzamos por reducir el malestar del paciente tanto como sea posible. En estos casos, la familia es parte de este proceso y el celador debe empatizar con ellos y mostrar respeto y mucho cariño

El celador tiene que tener en cuenta la comunicación verbal y la no verbal que sea correcta y tiene que ser paciente en todo momento con su actitud.

Debe ser respetuoso, empático y colaborador siempre. Sus cuidados al igual que su actitud han de ser óptimos y prevenidos ante la situación tan difícil como la de un paciente terminal.

6 Bibliografía

1-<https://revistamedica.com>

2-<https://www.logoss.net/file>

3-<https://congresosicepa.com>

Capítulo 105

EL CELADOR EN PLANTA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SUS FUNCIONES

ROSEMERY WONG RUIZ

GIOCONDA ESPERANZA VALENZUELA SALVATIERRA

DELPHINA NAVARRO JUAREZ

MARÍA VICTORIA MARÍN GONZÁLEZ

JESSENIA MARIBEL CHIPANTIZA TENORIO

1 Introducción

Los celadores de los centros hospitalarios y de cualquier institución sanitaria es una parte importante del equipo de atención en planta, ya que tiene un trato directo con los pacientes sin olvidarnos de los familiares y que forma equipo sobre todo con los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, porque van siempre de la mano. La persona que acompaña al paciente en la planta de hospitalización es el celador, y este llevará la documentación que acredite el historial clínico del paciente, siempre se lo entregará a la supervisora de planta. Los pacientes podrán llegar de distinta manera a la planta: bien desde el servicio de urgencias del propio hospital, bien sea de forma programada para someterse a alguna intervención o bien para realizar una prueba diagnóstica, también podrían ser trasladados desde otro hospital o desde las consultas externas del mismo hospital. En definitiva, la

figura del celador de planta se encuentra como parte integrante y fundamental de un equipo humano en el que todos y cada uno de ellos, realizan una labor de asistencia y cuidado del paciente, pero será el celador quien conduzca al paciente ante un ingreso en planta, y también se encargará de diferentes tareas que expondré a continuación en este capítulo.

2 Objetivos

- Saber qué tareas deben realizar los celadores en planta de hospitalización.
- Exponer las diferentes funciones que un celador de planta desarrolla, el trato con el paciente y los diferentes dispositivos que maneja.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva sobre la literatura científica existente en relación al papel del celador con los pacientes y su movimiento. Para ello, se ha realizado una búsqueda en las principales bases de datos científicas, seleccionando artículos que proceden de publicaciones revisadas y que por tanto garantizan su integridad seleccionando tales como son: PubMed, Medline y Scielo. Criterios de exclusión/inclusión: únicamente se han utilizado artículos científicos de habla castellana.

4 Resultados

Primeramente, destacaremos la importancia que tiene un celador con los familiares del paciente, y hay que saber que en cada planta de los hospitales tenemos:

1. Como norma general en los hospitales existe un horario de visita.
 2. El celador debe desalojar las habitaciones para que el médico pase visita.
 3. En las UCI los horarios son diferentes, donde a veces se puede pasar a ver al enfermo media hora cada vez. El celador de planta tiene unas funciones muy variadas desde la información al traslado de material, resumiendo es un trabajo dinámico. Sus funciones están en todo momento ligadas con el bienestar del paciente:
- Comunicar los informes verbales lo más rápido posible.
 - Llevar los documentos o correspondencia que les sean confinados por superiores al lugar donde corresponda.
 - Hacerse cargo de los enfermos que llegan a planta.

- Dirigir a los enfermos a las camas designadas en la habitación y si es necesario, ayudando al personal auxiliar sanitario a encamarlo.
- Trasladar a los enfermos, bien sea en cama, camilla o silla de ruedas por los diferentes servicios hospitalarios donde lo designe el médico, para realizar diferentes pruebas de diagnóstico, consultas externas, así como el acompañamiento en el momento del alta hospitalaria.
- Controlar la entrada, salida de los visitantes, evitando la introducción de cualquier elemento no autorizado, velar por el orden, que no halla ruidos y que esté todo en orden. Asegurando el uso correcto de las instalaciones y mobiliario informando sobre su uso correcto.
- Cuidar que los pacientes y visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más de lo normal.
- Recibir al enfermo precedente de urgencias, así como al enfermo que sea programado para ingreso.
- Ayudar al enfermo y al personal sanitario en el aseo y en las movilizaciones del enfermo dependiente.
- Manejar la grúa para la movilización del enfermo con déficit de movilidad.
- Cuando el enfermo fallece, encargarse de ir a buscar la documentación y el sudario, para después ayudar al personal sanitario a amortajar al paciente fallecido poniéndole una sábana antes de hacerse cargo del mismo y trasladarlo al mortuario.
- No permitir que se fume en ninguna dependencia.
- Traslado de aparatos de uso médico, informes, mobiliario, muestras biológicas, medicamentos y albaranes al almacén general cuando se necesite, además de evitar que los aparatos sean manipulados por el enfermo y visitantes.
- Transportar y colocar la bala de oxígeno en la cabecera de la cama del enfermo, que se llevará al lugar donde le indique la enfermera abriendo la botella y adaptando el manómetro según la necesidad del enfermo, bajo la supervisión de la enfermera.
- Llevar la documentación del enfermo para adjuntarlo al archivo de su historia correspondiente.
- Vigilar y avisar a sus inmediatos superiores si ven cualquier anomalía o desperfecto que se encontrara en la conservación del edificio ya sea de limpieza, material o estructural.
- Hacer cualquier otra tarea cuando se lo solicite un superior.

5 Discusión-Conclusión

El celador es una figura imprescindible dentro del servicio de planta hospitalaria, ya que conectamos directamente con el paciente, dado que somos los primeros con la que toma contacto al realizar su ingreso, quienes colaboramos en las diferentes necesidades del mismo durante su estancia en el hospital, y en ocasiones, también el último con el que trata el paciente cuando no es válido por sí mismo. Aparte de ayudar en los cuidados personales del paciente, en cuanto a aseo y movilización, somos quienes nos encargamos de su traslado por las diferentes dependencias del hospital que nos ha indicado el médico. Por tanto, requiere de unas aptitudes como son: eficacia, empatía, paciencia, entereza, y espíritu de equipo que son los calificativos que más nos define a los celadores de planta porque intentaremos que los pacientes estén los más cómodos dentro de las posibilidades, y ayudaremos al resto de personal sanitario y auxiliares en sus quehaceres diarios facilitando su trabajo y en todas aquellas funciones necesarias para el correcto funcionamiento de la planta. Cabe deducir que el celador en planta, con todas nuestras tareas tan indispensables, debemos ser tenidos en cuenta para que sean puestos a nuestra disposición los medios suficientes para el desarrollo de nuestras funciones.

6 Bibliografía

1. Pérez-Jover, V. Mira, J.J. y Tomás O, et al. Buenas prácticas y satisfacción del paciente. Revista de Calidad Asistencial. Noviembre-Diciembre 2010. Páginas: 348-355. - Talavera Pleguezuelos, Clemente. Atención al usuario de la Administración Pública. Págs: 82-122.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 106

PANDEMIAS : VIH

CARLOTA LUCÍA DE LA BLANCA FERNANDEZ

1 Introducción

El VIH o Sida, como mucha gente lo conoce, consta de estas siglas debido a su propio nombre Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Este virus lo que hace es impedir que sin tener síntomas nuestro sistema inmunitario no funcione adecuadamente, desarrollando varias infecciones comunes, es decir, las relacionadas con la infección de VIH como: Angiomatosis bacilar, Candidiasis, Displasia, enfermedad pélvica inflamatoria, fiebre, Herpes zóster, Leucoplasia, Neuropatía o PTI. Además de otras infecciones oportunistas y tumores como: Septicemia, Tuberculosis, Mycobacterium avium, microbacterias atípicas, citomegalovirus, virus del Herpes simple (como bronquitis, neumonitis o esofagitis), Aspergilosis, Candidiasis, Criptococosis, Histoplasmosis, Aspergilosis, Neumonía, Toxoplasmosis, Criptosporidiosis, Isosporiasis; que raramente afectan a las personas con un buen sistema inmunitario. En cuanto a procesos cronificados serían la neumonía y la bronquitis. En procesos directamente relacionados se encuentran la demencia, la Leucoencefalopatía y el síndrome de desgaste. Y procesos tumores el Sarcoma de Kaposi, linfoma de Burkitt, linfomas no- Hodgkin y carcinoma invasivo de cérvix. En resumen, el virus destruye las defensas del hospedador, infectando en concreto los linfocitos T CD4, que son los encargados del desarrollo de la respuesta inmune, es decir, este virus afecta al sistema inmunitario provocándonos enfermedades ligadas a esta enfermedad o no, y provocando más tarde la muerte en tiempos de esta pandemia.

2 Objetivos

Conocer la historia del VIH, lo que hace esta enfermedad tras un periodo prolongado sin síntomas, enfermedades que provoca, tratamientos y comparación con el COVID-19.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 cinco primeros casos de sida se descubrieron el 1981 en Los Ángeles, asociados a un cuadro atípico de neumonía. Solamente tres años después se publicó el aislamiento del agente causa, el virus VIH. Desde ese momento las preguntas como de dónde surgió el virus o por qué no se detectó antes asaltaron a la comunidad científica. En 1992 la famosa revista Rolling Stone publicó el VIH estaba vinculada con la vacuna oral de la polio. Unos años después tuvo que retractarse por dicha información. Sin embargo, en 1999 el periodista Edward Hooper retoma esta teoría y la publica en el libro *El río: un viaje rumbo al origen del VIH y el SIDA*. Donde se decía que la vacuna se elaboraba a partir de tejidos de monos, cuáles estaban infectados con el virus. A pesar de que hay multitud de evidencias científicas que contradicen esta hipótesis. Todavía hoy en día hay gente que culpa del origen del SIDA a la vacuna de la polio y muchas campañas de vacunación contra la enfermedad se han visto afectadas. El origen real de los virus VIH se encuentra en los retrovirus de primates, que pasaron al hombre. Debido a mutaciones y recombinaciones, los virus se adaptaron al nuevo hospedador y terminaron por convertirse en VIH humanos.

Podemos definir pandemia como una enfermedad epidémica que se extiende por áreas geográficas extensas, por lo que podemos catalogar al sida como una pandemia, ya que es una enfermedad infecciosa de los humanos que se propagó por todo el mundo. Esta pandemia es consecuencia de que el virus se extendiera por todo el planeta. Se desconoce cuántas personas hay afectadas por este virus, debido a que los portadores de esta enfermedad desconocen que están infectados

hasta el momento en que presentan algunas enfermedades que derivan de este virus. En los años 80, se conocieron algunas manifestaciones de esta enfermedad y desde entonces han muerto varios millones de personas alrededor del mundo. En el África subsahariana, es donde se concentra la mayoría de las víctimas y es donde se agrupa alrededor de los dos tercios de los seropositivos de todo el mundo. El crecimiento constante del número de infectados ha logrado movilizar a los gobiernos y a la sociedad civil en todos los países del mundo. A nivel internacional, la agencia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH-sida (ONU sida) es la encargada de organizar todas las operaciones globales para controlar la pandemia. También en otros países se encuentran entidades gubernamentales y civiles que se encargan de realizar estas funciones.

Síntomas del VIH.

En primer lugar, los principales síntomas del sida son: fiebre, ganglios inflamados, úlceras dolorosas en la boca o genitales, dolor de cabeza, erupción en la piel y dolor en los huesos y/o articulaciones. Muchas de estas manifestaciones del virus pueden desaparecer alrededor de unas pocas semanas. Al principio de la enfermedad se puede tener síntomas leves como por ejemplo ganglios linfáticos inflamados, debido a esto hay muchas personas que no saben que están infectadas y es un gran problema, ya que pueden contagiar a otras personas. Con el paso del tiempo pueden ir apareciendo otras manifestaciones como diarrea, pérdida de peso o contraer otras infecciones. Después de esto pasaría a ser sida por lo que aparecerían otras causas como por ejemplo neumonía, cáncer de piel o linfomas.

Causas

Las causas del sida pueden ser múltiples. El VIH se puede transmitir de diferentes maneras, al tener relaciones sexuales con personas infectadas, mediante transfusiones de sangre, al compartir agujas que estén contaminadas, durante el embarazo o lactancia ya que se transmite de madres a hijos. En la actualidad para detectar los anticuerpos del VIH se realizan análisis de sangre.

Tratamiento

Todos sabemos que hoy en día el VIH y el sida no tiene cura. Pero existen unos tratamientos que pueden controlar este virus como son los antirretrovirales que son una serie de medicamentos que bloquean el virus de diferentes formas. La recomendación es utilizar estos tratamientos en todos los casos y se tendrá que tomar más de un medicamento para el virus. Los medicamentos que se utilizan son los nombrados a continuación:

1. Los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos. Lo que hacen es neutralizar la proteína que necesita el virus para reproducirse. Como por ejemplo el Efavirenz.

2. Los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos o nucleótidos son versiones incompletas de los principales componentes que el VIH necesita para reproducirse. Como por ejemplo son el Abacavir.
3. Los inhibidores de proteasa que desactivan la proteasa del VIH, que es otra proteína que el VIH necesita para reproducirse. Como por ejemplo el Atazanavir.
4. Los inhibidores de entrada o fusión. Estos inhibidores aíslan a los linfocitos T CD4 del VIH. Como por ejemplo la Enfuvirtida.
5. Los inhibidores de la integrasa intervienen en una proteína que el VIH emplea para incluir su material genético en los linfocitos T CD4. Como por ejemplo el Raltegravir.

Esta enfermedad se ha convertido en una epidemia con dimensiones mundiales. En total, afectó a 25 millones de personas. En el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/ sida intervienen científicos, gobiernos, iniciativa privada y organizaciones civiles con el propósito de erradicar esta epidemia y sus efectos. Comparación con el COVID-19.

Este virus, el COVID-19, se ha extendido por todo el mundo, inicialmente empezó como un simple virus en China y ha acabado siendo una pandemia. Es difícil comparar estas dos pandemias, ya que una de ellas todavía no se ha terminado. Lo que si sabemos es que el VIH ha tenido más mortalidad, 25 millones de personas han fallecido por este virus, mientras que por el Covid-19 han fallecido 6,7 millones en este momento porque esta pandemia aún continua. De lo que si estamos seguros es que tanto el VIH como el coronavirus tienen tratamiento. El VIH donde más afectó fue en África subsahariana y el Coronavirus a China, Estados Unidos, España e Italia, África siendo uno de los países menos afectados.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, los dos son una pandemia más o menos reciente que está afectando a múltiples personas. En la opinión de los investigadores, existe consenso de que la epidemia SIDA, presenta efecto en la economía, relacionada esencialmente con el incremento en los seguros, beneficios de la seguridad social, baja productividad, y achicamiento de la economía y del mercado laboral. El SIDA también fue un problema de salud que tuvo un fuerte impacto social por la desinformación de las personas, lo cual conllevó a la discriminación de los enfermos y sus familiares. A lo largo de toda la historia ha habido pandemias y lamentablemente las va a seguir habiendo, lo importante es que la sociedad permanezca unida ante estas adversidades, y que los profesionales como sanitarios y científicos nos ayuden a todos a seguir adelante.

6 Bibliografía

1. Mayo Clinic, consultada el 28 de abril: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseasesconditions/hiv-aids/symptoms-causes/syc-20373524>.
2. Kids Health; consultada el 30 de abril: <https://kidshealth.org/es/teens/std-hiv-esp.html>
- Statista; consultada el 1 de mayo: <https://es.statista.com/grafico/12014/el-70-de-losafectados-por-el-sida-viven-en-africa/>.
3. Cuídate Plus; consultada el 1 de mayo: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/infecciosas/sida.html>.

Capítulo 107

CORONAVIRUS : COVID-19

CARLOTA LUCÍA DE LA BLANCA FERNANDEZ

1 Introducción

Los coronavirus son un tipo virus que circulan entre los animales, y algunos de ellos pueden afectar a las personas. El nuevo coronavirus llamado SARS-CoV-2 se detectó en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China, y se ha ido extendiendo a otros países. La enfermedad producida por este virus se denomina COVID-19, por sus siglas en inglés de “enfermedad por coronavirus 2019”. Se denomina coronavirus ya que su aspecto es muy parecido al de una corona.

El Coronavirus se ha propagado y ha generado una pandemia a nivel mundial que mantuvo en alerta al mundo entero, con la mayoría de las fronteras de los países cerradas y los ciudadanos confinados en sus casas.

Gracias a las vacunas estamos logrando convivir con el coronavirus. Con el paso del tiempo llegaran más pandemias, pero como hemos visto en estos años podemos llegar a obtener vacunas que nos permitan convivir con estos virus. Por lo que hay que invertir más en investigación y tendremos que cambiar nuestros estilos de vida si queremos vivir tranquilos. Porque la llegada del coronavirus ha sido un aviso para que cambiemos nuestros hábitos de vida y cuidemos más nuestro planeta y utilicemos bien los recursos naturales.

2 Objetivos

Describir el origen y la propagación del coronavirus, los síntomas, tratamiento y medidas preventivas, así como el impacto social y ambiental que ha producido esta pandemia.

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 ha consultado artículos en las principales bases de datos: Puede, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Origen y propagación coronavirus:

Parece que la postura mayoritaria en el origen del coronavirus fue el mercado de la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei, en China. Se trata de un mercado de animales y en alguno de ellos el virus dio el salto para infectar a los humanos: se cree que debió tratarse de un murciélago.

También hay otras teorías que señalan que el origen del virus podía estar en los estudios realizados en laboratorios de Wuhan, tratando de desarrollar algún arma biológica.

Finalmente, hay otras teorías más extravagantes que señalan que se trata de un virus extraterrestre asociado a una bola de fuego que cayó en China el mes de octubre pasado.

Lo más destacable de este virus es la facilidad y rapidez con la que se transmite. El virus se propaga principalmente de persona a persona, sobre todo mediante gotitas respiratorias que se producen cuando una persona infectada tose o estornuda. Estas gotitas pueden llegar a la boca o a la nariz de las personas que se encuentren cerca y posiblemente entrar en los pulmones al respirar.

Las gotas con el virus también se pueden depositar en diferentes superficies y objetos que, al tocarlos se pueden incorporar a las manos, lo que es potencialmente infeccioso si la persona luego, con esa misma mano, se toca la boca, la nariz o los ojos.

La Organización Mundial de la Salud advierte que muchas personas que contraen la enfermedad presentan solo síntomas leves, sobre todo en las primeras etapas de la enfermedad, y, por lo tanto, es posible contagiarse de alguien que parezca que solo tenga una simple tos y no se sienta enfermo.

Hoy en día no hay evidencias de que se transmita entre mascotas y seres humanos.

Síntomas:

Se estima que, los síntomas de la COVID-19 pueden tardar entre 1 y 14 días en aparecer, aunque normalmente tardan entre 5 y 6 días. Los síntomas son los siguientes:

Síntomas comunes:

- fiebre
- cansancio
- tos seca

Algunas personas también pueden experimentar:

- dolores y molestias
- congestión nasal
- abundante secreción nasal
- dolor de garganta
- diarrea
- e incluso puede producir erupciones en la piel

La mayoría de las personas (alrededor del 80%) se recupera de la dolencia sin necesidad de realizar ningún tratamiento especial. Alrededor de 1 de cada 6 personas que contraen la COVID-19 desarrolla una dolencia grave. En torno al 2% de las personas que han contraído la dolencia han muerto.

También hay que destacar que algunas personas se infectan, pero no desarrollan ningún síntoma y no se encuentran mal.

Incidencia del coronavirus:

Esta enfermedad comenzó en China lugar en el que, según las cifras oficiales (muy cuestionadas por algunos países y organizaciones internacionales) han tenido 82.000 casos y 4.600 fallecidos. Hoy en día parece que la pandemia está controlada en ese país y apenas tienen nuevos casos de enfermos por coronavirus. Después, este virus se ha extendido por todo el mundo lo que hace que hoy en día haya más de 600 millones de contagiados alrededor del mundo y más de 6,3 millones de fallecidos. Y esos son los datos oficiales, puesto que el número de contagiados leves, de los que no se ha dado parte a las autoridades sanitarias, seguro que son muchísimos más.

En Europa, los países que más han sido afectados han sido Italia (fue el primer país europeo en el que se generalizó la enfermedad), España, Bélgica que tiene el mayor número de fallecidos por millón de habitantes, Francia y Reino Unido.

En la actualidad, el país con mayor número de contagios, en términos absolutos, es Estados Unidos, con más de 101 millón de casos confirmados, y la incidencia de la enfermedad ha sido especialmente importante en la ciudad de Nueva York. Dentro de España, la incidencia de la enfermedad ha variado por Comunidades Autónomas. Las más afectadas han sido Madrid, Cataluña y Castilla-La Mancha,

y las menos Murcia, Canarias y Baleares

De todas formas, las cifras en valores absolutos van aumentando día a día. Lo importante es que bajen los valores relativos, como el incremento porcentual de contagio y de muertes, cosa que parece que está sucediendo en la mayor parte de los países que han tomado medidas de confinamiento de la población y gracias a las vacunas. Lo que hay que hacer es llevar las vacunas a los países más pobres para que no se extienda la enfermedad.

Tratamiento y medidas preventivas:

Gracias a las vacunas hemos visto como la enfermedad se va reduciendo, aunque estén apareciendo mutaciones del virus, vemos que con las vacunas la enfermedad va siendo mas leve.

En aquellos casos en que la enfermedad afecte levemente se recomienda reposo, beber muchos líquidos y paracetamol. En aquellos casos en que la enfermedad se manifiesta con más virulencia se está tratando con tratamientos contra la malaria (hidroxicloroquina), antirretrovirales que se utilizan contra el ébola, antibióticos como la azitromicina, e inmunodepresores para luchar contra la inflamación pulmonar.

La Organización Mundial de la Salud recomienda medidas preventivas cotidianas para ayudar a prevenir la propagación del Covid-19, aunque ahora al estar bastante gente vacunada, de estas medidas las que se siguen manteniendo son las mascarillas en el transporte público, centros de salud, hospitales y si te encuentras contagiado. Es bueno que si estamos enfermos cumplamos todas estas medidas para no contagiar a más gente e intentar reducir al virus con las vacunas. Estas medidas de prevención incluyen:

- Evitar el contacto cercano con personas enfermas.
- Distancia de seguridad entre personas de dos metros.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.
- Quedarse en casa si está enfermo.
- Cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar y luego tirarlo a la basura.
- Limpiar y desinfectar los objetos y las superficies que se tocan frecuentemente, usando un producto común de limpieza de uso doméstico.
- El uso de mascarillas. Las personas que presentan síntomas del Covid-19 deben usar mascarillas para ayudar a prevenir la propagación de la enfermedad a los demás. El uso de mascarillas es también esencial para los trabajadores de la salud y las personas que cuidan de alguien en un entorno cerrado (en la casa o en un establecimiento de atención médica).

- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón. Si no se cuenta con agua ni jabón, se puede usar un desinfectante de manos que contenga al menos un 60 por ciento de alcohol.

Impacto social y ambiental que ha tenido el coronavirus

Como consecuencia de esta pandemia mundial ha habido que tomar medidas drásticas en casi todos los países del mundo, lo que ha provocado un gran cambio social y ambiental.

En primer lugar, con el objetivo de que no se extendiera el virus se prohibió viajar a otros países o ciudades y además se decretó el estado de alarma en la mayor parte de los países. Este estado de alarma consiste en que todo el mundo debe permanecer en sus casas para que no haya más contagiados, solo se puede salir a la calle si es estrictamente necesario: para hacer la compra, ir a la farmacia para comprar medicamentos o al cajero para sacar dinero.

Como consecuencia de este confinamiento general de las personas en sus casas se consiguió reducir el número de contagios, pero perjudicó económicamente a la mayor parte de la población ya que hubo muchos sectores económicos que no pudieron operar con normalidad.

Sin embargo, el coronavirus trajo algunos aspectos positivos. Así, como consecuencia del confinamiento general de las personas en sus casas, se redujo de forma notable la actividad de las industrias, el tráfico en nuestras ciudades, que se tradujo en una clara bajada en el nivel de emisiones de gases.

La NASA nos mostró imágenes de satélite en las que se veían las caídas drásticas en el dióxido de nitrógeno a medida que las personas se quedaban en casa y las industrias se ponían en pausa.

Aunque el alivio fue momentáneo y no resolvió, de fondo, la crisis climática actual, lo cierto es que el coronavirus trajo buenas noticias al medio ambiente.

Aunque ahora con la crisis de la guerra todo lo bueno que tuvimos con el coronavirus, hablando ambientalmente, ya se ha perdido.

5 Discusión-Conclusión

El coronavirus ha cogido desprevenidos a todos los países del mundo. Primero les tocó a unos países y los demás pensaron que a ellos no les alcanzaría el virus, hasta que llegó.

Este tipo de pandemia recuerda a tiempos pasados. Por ejemplo, las epidemias de peste en la Edad Media, en la que moría la mayor parte de la población afectada. Pero muchos pensaban que esto no podía pasar hoy en día con los avances médi-

cos y científicos que tenemos y los controles sanitarios que se exigen a los alimentos que ingerimos. Afortunadamente, hoy contamos con unos medios científicos y técnicos que antes no tenían y podremos superar el virus con menos dificultad. Pero el coronavirus ha llegado y hemos visto que lo podemos vencer. Por lo que la Humanidad debe reflexionar sobre si el modo de vida que llevamos, cómo utilizamos los recursos naturales y si debemos seguir con nuestro actual modo de vida.

Puede que el coronavirus sea un aviso para que cambiemos algunos de nuestros hábitos de vida, cuidemos más nuestro planeta y seamos todos más solidarios.

6 Bibliografía

Coronavirus. Wikipedia. Online. Fecha de consulta 25 de abril. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_enfermedad_por_coronavirus_de_2019-2020

El País. Online. Fecha de consulta 25 de abril. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-04-30/ultima-hora-del-coronavirus-en-espana-y-el-mundo-en-directo.html>

El comercio. Fecha de consulta 25 de abril. Disponible en: <https://www.elcomercio.es/sociedad/directo-ultima-hora-coronavirus-principado-asturias-covid-20200311125820-nt.html>

Capítulo 108

LA PANDEMIA DE LA GRIPE ESPAÑOLA

CARLOTA LUCÍA DE LA BLANCA FERNANDEZ

1 Introducción

La gripe española de 1918 era un nuevo virus con una tasa de contagio demasiado elevada, algo nunca visto con ninguna otra enfermedad hasta el momento. Conocida como la gripe A ha sido y continúa siendo una constante amenaza de pandemias con un elevado riesgo para la población. Al final de la Primera Guerra Mundial, tuvo lugar la pandemia previamente dicha, la cual es considerada la peor de todas ellas. Se extendió a gran velocidad por todo el planeta y en solo 18 meses afectó a un tercio de la población mundial. El nombre de gripe “española” puede generar muchas confusiones a la hora de hablar sobre esta pandemia. Muchos piensan que su nombre se debe a que la enfermedad se originó en España, pero esto no es así. La enfermedad procedía de China y su apogeo coincidió con el periodo de desmovilización de las tropas de la Gran Guerra. Esto hizo que se propagara rápidamente por todo el planeta. Los gobiernos de los países en guerra para evitar el pánico ejercieron la censura sobre los medios de comunicación y solo se mencionaban unas leves fiebres. Sin embargo, cuando el virus llegó a España, país que no participó en la guerra y con una relativa libertad de prensa, se empezó denominar por su nombre real. Esto hizo que erróneamente se la bautizara como gripe “española”, y hoy en día, con ese nombre equivocado se la conoce aún.

2 Objetivos

Dar a conocer qué produjo la gripe española, cuáles fueron sus tratamientos y las consecuencias de esta para contrastarlos con la realidad actual

3 Metodología

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

4 Resultados

La gripe es una enfermedad respiratoria aguda causada por el Influenza virus. Afecta principalmente al tracto respiratorio superior. La mayoría de los pacientes se recuperan en una o dos semanas, pero en algunos casos puede complicarse o incluso, llegar a ser letal.

Este virus es un ARN virus de la familia de los Orthomyxoviridae. Se clasifica en tres tipos: A, B y C. El A es el principal causante de las epidemias que se producen cada año. El B y C se presentan generalmente en brotes más localizados. El virus A, a su vez se subdivide en dos subtipos según dos proteínas que se encuentran en su superficie: la hemaglutinina (H) y la neuraminidasa (N). El virus de la gripe evoluciona mediante mutaciones en los genes que codifican estas proteínas. Esta es la razón que la convierte en una enfermedad peligrosa, porque los anticuerpos generados en una infección previa no garantizan la protección frente a nuevas infecciones. Además, esto hace que no exista una vacuna universal y sea necesario vacunarse anualmente para poder inmunizarse. Su transmisión es por vía aérea a través de micro gotitas originadas por el paciente al hablar, toser y estornudar o a través del contacto directo nasal u ocular. El periodo de contagio es desde un día antes de que empiecen los síntomas hasta siete días después.

Los síntomas comienzan de uno a cuatro días después de que el virus entre en el organismo. Altera la mucosa respiratoria y suele comenzar de forma brusca con fiebre, escalofríos, cefalea, congestión nasal, mialgias y tos seca. El cuadro clínico puede durar hasta dos semanas. Las complicaciones son más frecuentes en personas a partir de sesenta y cinco años, en niños y en personas que padecen enfermedades crónicas. Estas suelen ser respiratorias: neumonías (debidas

al virus de la gripe o por sobreinfección bacteriana), bronquitis, sinusitis y otitis; aunque también puede provocar deshidratación o el empeoramiento de otras enfermedades crónicas preexistentes. En algunos casos, puede provocar complicaciones neurológicas como el síndrome de Reye o el de Guillain-Barré.

La pandemia de la gripe se inició en Estados Unidos en los últimos meses de la Primera Guerra Mundial, en marzo del 1918. Los primeros casos se detectaron en un cuartel de este país. Las tropas del cuartel fueron destinadas a Francia y el agente infeccioso viajó con ellos, propagándose así por Europa. Con esto se inició la primera oleada de la pandemia.

La gripe estaba causada por la cepa tipo A, relacionada con epidemias mortales. Mataba a sus víctimas con una gran rapidez. Esta primera etapa remitió al cabo de unas semanas, pero tras el verano de 1918, la pandemia comenzó su segunda oleada. Está duró hasta diciembre de ese mismo año y fue considerada la más intensa y mortífera. Después, tras una pausa en su expansión, comenzó la tercera oleada en invierno del año siguiente, pero ésta a pesar de tener altas tasas de enfermedad, tuvo menos muertes que la segunda. Se estima que, en esta pandemia, se infectó un tercio de la población mundial y las tasas de letalidad fueron superiores al 2,5% en comparación con otras pandemias de la gripe con tan solo 0,1%. La mortandad en las diferentes etapas era muy distinta: en la segunda hubo el mayor número de casos y un 64% de mortalidad. En la primera y en la tercera hubo 10% y 24% respectivamente. La reducción de casos con respecto a la tercera oleada, en relación con la segunda, se debe a los niveles de protección adquiridos por la población durante la segunda etapa.

Una de las principales características de esta pandemia fue la alta mortalidad e infección de adultos jóvenes, a diferencia de lo habitualmente observado en otras pandemias, en las que los afectados solían ser niños y ancianos. Las infecciones bacterianas secundarias eran la principal causa de mortalidad. Para explicar este patrón epidemiológico existen diversas teorías.

Una de ellas explica que habría presencia de protección en aquellos pacientes nacidos antes del 1880 debido a la exposición previa a un virus con una HA (hemaglutinina) similar a la de la gripe del 1918.

Existen cuatro factores que influyeron de forma decisiva en el desarrollo de esta pandemia: la Primera Guerra Mundial, ya que coincidió con el armisticio y la desmovilización de las tropas; un sistema sanitario poco desarrollado, que no pudo hacer frente a una pandemia de tal magnitud; la ausencia de antibióticos para el tratamiento de complicaciones de la enfermedad como la neumonía, ya que aún no se había descubierto la penicilina; y la inexistencia de virología, desarrollada más adelante en la década de 1930.

Como prevención se realizaban desinfecciones con fenol, creolina, soluciones de hipoclorito de sodio y de bicloruro de mercurio, en lugares públicos, oficinas y tranvías. También naftalina y sulfato de cobre. Se solía recomendar la desinfección de la boca y de la garganta con soluciones de agua oxigenada o con aceite y mentol. No obstante, el antiséptico más utilizado era el alcanfor, el cual llegó incluso a escasear. También se evitaban reuniones en lugares cerrados, las clases en escuelas primarias y secundarias quedaron suspendidas y se prohibieron los espectáculos públicos como conciertos o circos. Para el tratamiento se incluían dietas, antisepsia de garganta, pequeñas porciones de valerianato de quinina, salicilato, codeína para la tos y aceite alcanforado. Hoy en día, no se recomienda el uso de gran parte de estas sustancias y se utilizan antitérmicos, como paracetamol o ibuprofeno; antibióticos, en el caso de neumonías bacterianas; y antivirales, eficaces frente al virus gripal. Las vacunas son la medida más eficaz para prevenirlo, a pesar de que no se haya descubierto una vacuna universal.

Las víctimas de la gripe no fueron solo los más vulnerables como ancianos o niños, sino que también afectó a adultos jóvenes y sanos. Estos constituían un 87% de la población activa, lo que provocó que la actividad económica se redujera e incluso se paralizara en algunas localidades. La gente se ausentaba de sus trabajos por el miedo a salir de casa, produciendo un efecto desastroso sobre la economía. Se prohibió el derecho de reunión para evitar aglomeraciones, se cerraron escuelas, teatros, centros de culto. Incluso, numerosos fallecimientos de niños se debieron al hambre, a quienes se les aislaba hasta el punto de no poder llevarles comida. A nivel mundial, los efectos de la pandemia fueron desoladores: pérdida de familiares y seres queridos, economía deteriorada, miedo colectivo, compañías de seguros arruinadas por la muerte de población joven. Se concedieron créditos para sufragar los gastos derivados, no solo de asistencia médica y social, sino también de la implantación de distintas medidas de profilaxis pública, como el aislamiento de contagiados, el cierre de lugares públicos, la desinfección de calles y locales, el uso de mascarillas.

No obstante, como esta pandemia transcurrió durante los años próximos a la Guerra Mundial, resulta muy difícil realizar un análisis global del impacto que ha tenido esta pandemia. Además, la gripe del 1918 también tuvo un impacto sobre el medio ambiente. A pesar de que las principales fuentes de información no lo suelen mencionar, aprovechando la actual pandemia del Covid-19, podemos llegar a suponer que hubo una reducción en la contaminación debido a la reducción del uso de transportes, fábricas.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, vivimos en una sociedad más avanzada que dispone de un sistema de salud con sistemas de diagnóstico y caracterización de los microorganismos que han permitido crear diferentes antimicrobianos y vacunas, al igual que sistemas sofisticados de vigilancia de los microorganismos en la población. En las últimas décadas se ha podido identificar el genoma del virus, aportando así información esencial sobre su evolución, su influencia y las propiedades antigénicas del virus. También disponemos de una vacuna, que nos ayudaría a reducir el riesgo a experimentar otra pandemia como la del 1918, pero por el momento no se ha podido encontrar una vacuna definitiva que nos libere de este riesgo. A diferencia de la gripe de 1918, en relación con la pandemia actual del Covid-19, por suerte los avances médicos no tienen nada que ver con los de la gripe y eso se traslada al número de afectados y fallecidos. La gripe española cobró la vida a más de 50 millones de personas, cifra que hoy en día resulta inalcanzable con el coronavirus. Al principio, en ambas pandemias, ni la prensa ni la sociedad les prestaba mucha atención. Existían muchas noticias de alarmas falsas, hasta resultar en un problema real.

En otras pandemias de la historia, nuestros antepasados ya optaban por utilizar herramientas y medidas parecidas a las actuales, como las mascarillas. Estas medidas al fin y al cabo no llegaron a ser tan drásticas como las adoptadas actualmente frente al coronavirus. Un ejemplo son las escuelas, que en España se cerraron, pero en otros países, sin darle demasiada importancia, las continuaron al aire libre.

Con el coronavirus, la reclusión y la minimización de las actividades comerciales y del transporte debidos al estado de alerta supusieron una disminución de las emisiones de gases de efecto invernadero. Además, la reducción de la contaminación, como se ha podido observar primero en China y ahora en Europa, nos hace pensar que podría beneficiar la salud de las personas, especialmente de aquellos que viven en esas ciudades constantemente sometidas a este problema. Incluso, esto podría reducir el número de muertes prematuras causadas por la polución del aire. No obstante, problemas como la contaminación o el cambio climático seguirán siendo desafíos de gran magnitud.

6 Bibliografía

- MURILLO GODÍNEZ, Guillermo. Recordando a la gripe española. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=31197>

- M. Díez Rodríguez; G. González Fernández; I. Fernández Miranda; M. Abollado Rego y G. Escribano Romo. Gripe. Medicina de Familia. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen40-articulo-gripe-13093547>
- PUMAROLA, Tomás y ANDRÉS, Antón. Servicio de Microbiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona. La pandemia de gripe de 1918. Una incógnita 100 años después. <http://www.enfermedadesemergentes.com/>
- LUTHY, Isabel; RITACCO, Viviana y KANTOR, Isabel. A cien años de la gripe. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0025-76802018000200009
- SAUL, Toby. National Geographic. Gripe española: La primera pandemia mundial. https://historia.nationalgeographic.com.es/a/gripe-espanolaprimera-pandemia-global_12836
- SANZ, Alberto y DE LA SOTA, Candela. National Geographic. El coronavirus y el futuro del planeta. https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/coronavirus-yfuturo-planeta_15406

Capítulo 109

LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS

VANESA MARTINEZ VEGA

NOELIA OTERO BARTOLOMÉ

1 Introducción

Cuando hablamos de la Prevención de Riesgos Laborales, podríamos decir que son las normas y pautas que se llevan a cabo en la actividad de la empresa para impedir que se produzcan riesgos en el puesto de trabajo; ya sean accidentes de trabajo, enfermedades profesionales o incapacidades temporales o permanentes. Una buena Prevención de Riesgos Laborales es primordial en cualquier puesto de trabajo y el fin último de la misma es lograr que los trabajos se realicen con seguridad, y que la salud del trabajador no se vea afectada por ello.

El personal administrativo de la sanidad, al igual que el resto de los trabajadores, están diariamente sometidos grandes riesgos que pueden afectar a su integridad física, salud mental y a su seguridad.

Es necesario diferenciar, en cuanto a riesgos laborales, entre accidentes de trabajo y enfermedad profesional. Riesgos laborales son todos los que ocurren como consecuencia de las circunstancias físicas, psíquicas, geográficas o químicas, en las que los trabajadores llevan a cabo su labor.

Un accidente sufrido por un trabajador durante el transcurso de su jornada laboral, o en el tiempo transcurrido durante el desplazamiento desde su domicilio al puesto de trabajo y viceversa, es considerado un accidente laboral.

2 Objetivos

Conocer unas pautas de prevención de riesgos laborales para el auxiliar administrativo en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro de la variedad de riesgos en los que puede verse inmerso el auxiliar administrativo, algunos pueden ser más o menos graves para la salud.

Al trabajar cerca de aparatos que producen ruidos molestos, esto puede provocar que los decibelios, si se prolongan demasiado, puedan afectar a la salud física y mental del trabajador.

Los administrativos pueden estar en ocasiones expuestos a las radiaciones empleadas en las máquinas de Rayos X, de onda corta o infrarrojos.

Este es un riesgo importante y de los más graves que pueden sufrir los auxiliares administrativos.

Los riesgos ergonómicos provocan altos niveles de invalidez permanente en trabajadores de la administración, ya que en estos trabajos surgen las lesiones osteomusculares que son las que más se sufren en los trabajos en los que la mayor parte de la jornada laboral, permanecemos sentados.

Otro grupo de riesgos importantes son los riesgos psicológicos que son los que surgen al llevar a cabo la gestión y organización del trabajo diario, así como el grupo de individuos que influyen en la tarea.

El auxiliar administrativo tiene que luchar a diario con situaciones difíciles, pacientes que llegan muy afectados por sus dolencias y que demandan una atención

inmediata, la centralita telefónica que no deja de sonar... todas estas tesituras pueden provocar un alto grado de presión psicológica a diario que, en el caso de prolongarse en el tiempo, podría acarrear graves daños a la salud mental del trabajador.

También cabría destacar los riesgos biológicos por contagio, como virus, bacterias u hongos. En este punto es de vital importancia extremar las medidas preventivas por parte del personal para evitar contagios, ya que, en un centro sanitario, el riesgo es muy alto.

5 Discusión-Conclusión

El fin último de la Prevención de Riesgos Laborales, es reducir a 0 las tasas de accidentes leves, graves o muy graves y los fallecimientos.

Para poder lograr nuestro objetivo, necesitamos contar con programas de protección de la salud y la seguridad del trabajador, cursos de formación, exposiciones, charlas y coloquios, simulacros, etc.

Solo de este modo podremos también reducir el enorme coste que supone para la seguridad social por incapacidades temporales y permanentes.

Necesitamos por ello, que siempre prime la salud en todas las políticas no solo para evitar costes, sino por la integridad y la vida de los trabajadores.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre.
2. Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo.
3. Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario. J.J. Gestal Otero. Ed. Interamericana. McGraw-Hill. 2003.
4. <https://www.iberley.es/temas/prevencion-riesgos-laborales-sector-sanitario-64018>.

Capítulo 110

LA GESTIÓN QUEJAS Y SUGERENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO SANITARIO

MARÍA MARA MARTINO FIDALGO

1 Introducción

El Auxiliar Administrativo del ámbito sanitario es la primera persona que recibe estas quejas y reclamaciones y no por ello, tiene que ser el que las tramite o solucione. pero si debe saber gestionarlas de una manera correcta actuando con una postura afable y tranquila e informando al usuario/paciente de los derechos que le asisten de y de la manera de hacerlos valer, ya que si el usuario/paciente es atendido desde una posición sosegada y con buen nivel de conocimientos, va a transmitir una buena imagen de la institución sanitaria.

Debemos distinguir entre:

- SUGERENCIA- es la aportación de una idea o ideas con el fin de mejorar una situación, conducta o acto.
- QUEJA-es una manifestación de protesta o descontento que formula una persona en relación a una situación, conducta o acto que considera que no es correcta.
- RECLAMACIÓN- es una petición formal que plantea una persona para que le resuelvan una situación o problema en concreto.

Es importante ya que es donde el usuario/paciente está mostrando su descontento con la atención recibida, por lo tanto, debe analizarse y evaluarse para así buscar la solución más adecuada para dicho conflicto.

Las quejas y sugerencias en el entorno sanitario, son los mecanismos que utilizan los usuarios/pacientes para relacionarse con las administraciones sanitarias y así expresar el grado de conformidad o disconformidad con los servicios prestados en la sanidad.

Las quejas y sugerencias deben de ser siempre entendidas como una oportunidad de mejora, porque es información de veraz y directa de como es la percepción de la calidad de los servicios.

Las instituciones sanitarias reciben muchos usuarios a lo largo de los días y meses y que pueden ocasionar disconformidades, aunque deben considerarse normales y lógicas.

2 Objetivos

- Diferenciar lo que son quejas, sugerencias y reclamaciones.
- Mostrar la importancia de una resolución eficaz de quejas y reclamaciones
- Identificar los requisitos necesarios del auxiliar administrativo para una correcta gestión de quejas y reclamaciones.
- Dar directrices para poder gestionarlas de manera óptima.

3 Metodología

Para la elaboración de l siguiente trabajo, se ha llevado a cabo una metodología consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado las principales bases de datos como Pubmed , Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas realizadas.

4 Resultados

La presentación de una queja o reclamación o el no estar conforme con la atención recibida, es clave en la gestión de conflicto.

En el ámbito sanitario, día a día los auxiliares administrativos ayudan a resolver y resuelven múltiples situaciones y conflictos de una manera eficiente. Muchos de estos conflictos, se resuelven con celeridad la primera vez que se comunican.

Pero otras veces ,no puede ser así e incluso hay que negarse a las peticiones que les hacen, pero siempre con EMPATÍA, EDUCACIÓN Y RESPETO justificando los motivos de esta negativa de una manera clara, transparente y veraz y con una actitud positiva.

Es fundamental:

- escuchar la situación.
- proponer una solución.

Y así:

- disminuir la tensión.

Por ello, es muy importante que en el entorno sanitario, el Auxiliar Administrativo, tenga unas aptitudes aprendidas para prevenir e intentar solucionar posibles desavenencias.

Hay una serie de elementos desencadenantes que están directamente relacionados con la satisfacción del usuario/paciente y son:

- rapidez a la hora de actuar.
- profesionalidad.
- dar soluciones eficaces.
- transmitir información clara y concreta.
- atención personalizada.

Existe una técnica relacionada con la gestión administrativa en la gestión de QUEJAS que se hace llamar TÉCNICA DEL DESINFLADO que consiste en que el usuario/paciente se desahogue y acabe de hablar, es decir "se desinfle" y una vez que haya terminado, se le dará la solución correcta, si es que la hay de manera clara y rápida. Si esto no es posible, lo que hay que hacer es dirigirles hacia la opción que sea la adecuada para que le ayude y le dé la solución.

En el caso de las RECLAMACIONES por escrito el profesional administrativo sanitario, las tiene que recoger de una manera amable y garantizando y que se van a tener en cuenta sus peticiones y se va a intentar llegar a una solución

Es muy importante que se tenga y se forme a estos profesionales de un protocolo de atención a las reclamaciones.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha expuesto, se considera fundamental el llegar a una resolución eficaz de la quejas y reclamaciones ya que constituye un indicador de calidad del

servicio de salud y contribuye a mejorar esta calidad en el servicio.

Los auxiliares administrativos tienen que darse cuenta y comprender que las quejas y reclamaciones de los usuarios/pacientes, no es algo concreto contra ellos sino como la manera de analizar los problemas que se pueden plantear los usuarios/pacientes y así poder llegar a una solución a dicho problema y así intentar mejorar para poder ofrecer un mejor servicio hacia ellos, ya que si no conocemos el error o problema, siempre tenderá a repetirse.

Sabemos que el personal administrativo en el ámbito sanitario está expuesto de una manera continuada a posibles situaciones de conflicto con el usuario en los servicios sanitarios.

Por lo tanto, es fundamental utilizar las quejas y sugerencias para conseguir poder mejorar el Sistema Nacional de Salud.

Por último, decir que no siempre el usuario/paciente de los servicios sanitarios hacen reclamaciones, sino que también se hacen sugerencias que se deben recoger también en formularios.

6 Bibliografía

- Revista Ocronos. Vol. III. Nº 5 – Septiembre 2020.
- Revista Ocronos. Vol. V. Nº 10–Octubre 2022.
- Revista Ocronos. Vol. III. Nº 8– Diciembre 2020.
- Revista Ocronos. Vol. IV. Nº 3–Marzo 2021.
- <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/SugerenciasQuejas>
- Astursalud – Quejas, sugerencias y agradecimientos <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/quejas-sugerencias-y-agradecimientos>
- Claves para gestionar quejas y reclamaciones. Autor: Carlos Villalobos. <https://blog.hubspot.es/service/gestionar-quejas-reclamaciones>

Capítulo 111

REACCIÓN DE LOS TEJIDOS A LA ACCIÓN DE ÁCIDOS, LEJÍAS, OXIDANTES, TEMPERATURA Y ACCIÓN MECÁNICA EN LA LAVANDERÍA HOSPITALARIA

DELIA LORENTE GARCIA

1 Introducción

En la lavandería hospitalaria vamos a encontrarnos con diferentes tejidos (textiles), por lo que debemos reconocerlos bien porque cada uno llevara unas técnicas diferentes tanto de lavado como de planchado.

Los textiles podemos clasificarlos en función de su origen:

- Naturales (de origen vegetal o animal).
- Sintéticos.
- Artificiales.

Las fibras naturales son aquellas que provienen de animales o de plantas.

Las de animales provienen de los pelos de animales, las más utilizadas son:

- la lana de oveja (la especie de oveja más utilizada es la merina), se caracteriza por su buena elasticidad y su fácil absorción de la humedad.
- También se usa el pelo de la cabra (tejidos de mohair y cachemir), del caballo (la crin), de los conejos, de la alpaca, vicuña, llama, camellos...

- La seda que encontramos en el gusano de seda, *bombyx mori*. La más conocida es la producida por “la secreción glandular del gusano de seda en su estado larvario, antes de comenzar su metamorfosis en una crisálida y luego en una mariposa.” Propiedades más relevantes, su resistencia y elasticidad.

Mientras que la de las fibras de origen vegetal están formadas de celulosa. Las más utilizadas son el algodón, el lino y el esparto.

Los tejidos sintéticos son aquellos creados de manera artificial por el hombre. Las fibras más conocidas son el nylon, el poliéster y las fibras acrílicas.

Y los tejidos artificiales se obtienen a partir de las fibras naturales, generalmente la celulosa, a través de transformaciones químicas. El tejido más conocido es el rayón.

2 Objetivos

Conocer los diferentes factores que intervienen en el proceso de limpieza en la lavandería hospitalaria, y las reacciones que provocan en los diferentes tejidos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo de libro he realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes páginas web relacionadas con el tema a desarrollar, utilizando para ello las palabras claves del tema, que son: “tejidos”, “textiles”, “lejía”, “oxidantes”, “ácidos”, etc.

4 Resultados

Como personal de lavandería hospitalaria, al cumplir con nuestras funciones en el proceso de lavado, sometemos a los tejidos a diferentes grados de temperatura, acción mecánica y productos para su limpieza y desinfección como son ácidos, lejías y oxidante.

Cada tejido reacciona de manera diferente ante los diferentes factores que intervienen en el proceso de limpieza.

Los ácidos suelen dañar los tejidos de algodón, lino, rayón, poliamidas y seda, mientras que la lana, los acrílicos y el poliéster resisten su acción.

Con la lejía hay que tener mucho cuidado, ya que se trata de un producto corrosivo por lo que puede destruir los textiles. “Es el producto blanqueador más utilizado”. Es decir, la lejía blanquea y desinfecta la ropa hospitalaria ya sea en agua fría o a temperaturas inferiores a 40°C.

Hay que tener mucho cuidado con los tejidos a la hora de utilizarla, ya que no se puede usar en nylon, seda y lana, puesto que los destruye. Tampoco se debe usar lejía hipoclorada ya que suele producir agujeros en la ropa, y no se debe usar en prenderas estropeadas.

Los oxidantes actúan también como blanqueadores, “al romper los enlaces dobles del carbono y oxidan otras sustancias en reacciones electro-químicas”. Se suelen utilizar para quitar el color de las manchas, ya que actúan mejor que la lejía.

Un concepto muy importante en lavandería es que “a más temperatura mayor eliminación de gérmenes e infecciones, pero mayor deterioro de los textiles”. Por lo que hay que seguir las recomendaciones de los fabricantes que aparecen detalladas en las etiquetas de las ropas para asegurar, una buena limpieza y desinfección, sin provocar el menor daño en la ropa a tratar por el personal de lavandería.

5 Discusión-Conclusión

Como personal de lavandería hospitalaria es muy importante saber todos los factores que intervienen en la limpieza de la ropa, y asegurar una buena limpieza y desinfección de las prendas sin la destrucción de estas, siguiendo para ello las pautas detalladas en las etiquetas.

Por lo que deberemos saber a qué temperatura lavar cada tejido, la cual vendrá especificada en la etiqueta de las prendas si no la supiéramos. Hay que recordar que nunca debemos llenar la lavadora, ya que entonces no podrá realizar una buena limpieza. “Es conveniente cargarla hasta las tres cuartas partes de la capacidad total del tambor”.

6 Bibliografía

1. Fibras textiles: todo lo que necesitas saber– Manual Audaces. <https://audaces.com/>
2. Apuntes oposición Lavandera SESPA. Editorial MAD.

Capítulo 112

EL TRABAJO EN EQUIPO

ANA GUADALUPE NORIEGA CORDERO

1 Introducción

El trabajo en equipo es la capacidad de participar activamente en la prosecución de una meta común subordinando los intereses personales a los objetivos del equipo.

Para que se considere trabajo en equipo debe tener una estructura organizativa que favorezca la elaboración conjunta del trabajo y la solución conjunta de problemas.

El trabajo en equipo facilita el cumplimiento de objetivos y favorece las habilidades sociales de cada persona. Está altamente valorado en el mercado laboral y es una de las características más demandadas por las empresas. Una de las ventajas de trabajar en equipo es fomentar la comunicación eficaz, al trabajar juntos en un proyecto

Nuevo es necesario comunicarse para crear cohesión y objetivos claros. Con la buena comunicación se fomenta un sentido de camaradería y se crea sinergia de equipo.

El equipo debe identificar autocontrol, autoconocimientos de cada uno mismo. Y por supuesto la automotivación. La motivación es parte del funcionamiento del trabajo en equipo, si somos negativos dentro del grupo de trabajo se puede derivar en renuncias por parte de miembros del grupo.

Trabajando en equipo se pueden conseguir grandes triunfos, por eso es muy importante identificar cuáles son las debilidades y fortalezas de cada empleado, para que cada uno desempeñe un rol en función de sus conocimientos.

2 Objetivos

Estudiar la importancia del trabajo en equipo.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se hizo una búsqueda sistemática de libros y consultando artículos en las principales bases de datos: Scielo, Medine, etc, blogs y páginas varias de internet seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave: motivación, comunicación, organización.

4 Resultados

Un equipo de trabajo tiene como base un objetivo, un marco normativo y una identidad definida. Las habilidades y conocimientos son aportados por todos sus miembros con interdependencia entre ellos para realizar de forma coordinada sus actividades y a través del apoyo mutuo alcanzar sus objetivos y metas.

El líder del equipo debe ser capaz de influir positivamente para generar confianza y provocar el intercambio de conocimientos, apoyo y compañerismo. Para lograr equipos cohesionados es necesario fomentar un espíritu de pertenencia que conduzca al sentimiento colectivo de valores como la solidaridad y la consecución de un impacto positivo en la empresa.

Las habilidades mas importantes de un equipo de trabajo son:

-Empatía:

Una de las decisiones mas interesantes a la hora de que todos los miembros de un equipo se pongan en la piel de los demás es el hecho de rotar a los profesionales por las diferentes áreas o tareas, eso nos permitirá hablar con propiedad y saber lo que implica cada acción. No se trata tanto de conocer las tareas de sus compañeros a la perfección

Si no de entender en que consiste su trabajo y lo que supone cada acción. Si tenemos una visión general de todas las áreas nos ayudará a empatizar con nuestros compañeros y tendremos una opinión más formada para opinar. El equipo podrá sugerir mejoras que influyan en el desarrollo de la empresa.

-Liderazgo:

Un líder debe ofrecer confianza y motivación a su equipo, ayudando en todo lo posible a sus compañeros. Si no se tiene personas que ejerzan este papel el trabajo en equipo será difícil de llevar a cabo.

-Capacidad resolutive:

A la hora de gestionar equipos debemos ser resolutivos y reunir habilidades que nos permitan solucionar problemas que

Puedan surgir en el interior de la organización.

-Escucha activa:

Debemos escuchar para entender que ocurre, como se siente el equipo, que problemas surgen y cuáles son las necesidades de la organización.

-Capacidad organizativa:

La estructura y el orden deben ser habilidades que todo profesional debe dominar. Con ello se aumentará la productividad, será más fácil establecer la priorización de tareas y sobre todo lograremos identificar aquellas que se podrían delegar.

En resumen un buen equipo de trabajo no solo funcionará en el ambiente de trabajo si no irá más allá de este y por lo tanto no se va a hacer amigos al trabajo, pero si pueden incluir personas con las que poder contar cuando se necesite.

5 Discusión-Conclusión

En las organizaciones actuales el trabajo en equipo debe tener un beneficio cuantitativo y cualitativo, resultado de un trabajo sinérgico, facilitando el logro de metas y el proceso mismo de productividad.

El trabajo en equipo es la habilidad para trabajar juntos hacia una visión común.

La habilidad de dirigir logros individuales hacia objetivos organizacionales.

Favorece la integración de las personas y el desarrollo de habilidades sociales.

Facilita el cumplimiento de los objetivos en común, incrementa la motivación y estimula la creatividad. Genera sentido de pertenencia hacia el equipo y la empresa.

Se mejora el desempeño y calidad del trabajo, lo cual aumenta la productividad.

Potencia el esfuerzo por alcanzar los objetivos establecidos. Se fomenta el respeto mutuo entre todos los miembros.

6 Bibliografía

-[HTTPS://GUIDOCATTANEO.COM](https://GUIDOCATTANEO.COM)

-[HTTPS://UPLA.EDU.PE](https://UPLA.EDU.PE)

-[HTTPS://CINCODIAS.ELPAIS.COM](https://CINCODIAS.ELPAIS.COM)

-[HTTPS://WWW.GOB.MX](https://WWW.GOB.MX)

Capítulo 113

LA HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL QUE TRABAJA EN CENTROS SANITARIOS

HENAR MATA RAMOS

1 Introducción

La higiene de manos es un aspecto muy importante considerar en los centros sanitarios como práctica para prevenir infecciones. En los últimos años ha cobrado una especial relevancia en los centros sanitarios tanto para el personal sanitario como para el personal no sanitario, ya que realizando una correcta higiene de manos se puede prevenir la expansión de la mayoría de las infecciones.

Se define la higiene de manos como la acción de lavar las manos con agua y jabón para prescindir de microbios, grasas y suciedad. Un aspecto muy importante a considerar después del lavado de manos, es secarse las manos ya que si se quedan húmedas pueden volver a infectarse velozmente.

A través de las manos se pueden transferir la mayoría de los microorganismos patógenos por lo que es especialmente significativo que todo el personal que presta servicios en centros sanitarios realice una correcta higiene de manos a través de diferentes técnicas como puede ser el agua y jabón antiséptico o la solución hidroalcohólica.

Es muy importante que el personal que presta servicios en centros sanitarios consiga una rutina habitual de lavado de manos, ya que las infecciones se suelen

transmitir al tocarse la boca, nariz y ojos, por lo que al lavarse las manos correctamente de forma periódica, el personal sortea la transmisión de infecciones tanto hacia ellos mismos como hacia los pacientes y viceversa.

Los centros sanitarios deben sensibilizar a todos sus trabajadores sobre la relevancia que tiene la adecuada higiene de manos para salvar vidas y optimar la calidad asistencial que proporcionan a los pacientes y usuarios de los centros sanitarios, y formarles para que puedan efectuar una correcta higiene de manos de forma habitual durante la jornada de trabajo aumentando los puntos de lavado de manos.

2 Objetivos

- Exponer las diferentes técnicas de higiene de manos, resaltando la importancia de este proceso en la prevención de infecciones.
- Indicar los distintos tipos de higiene de manos y los momentos clave en los que se debe realizar la higiene de manos.

3 Metodología

Para la producción del actual capítulo, se ha ejecutado una revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica existente sobre la higiene de manos en los centros sanitarios. Se ha perpetrado una investigación en manuales y se han examinado artículos en las primordiales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios que prestan sus servicios en centros sanitarios están en contacto de forma permanente con los pacientes y usuarios de los centros, por lo que toma especial relevancia que realicen de forma correcta y periódica la higiene de manos para prevenir la transmisión de infecciones.

La correcta higiene de manos se puede realizar mediante diferentes técnicas:

- Solución hidroalcohólica: se deben lavar las manos frotándolas entre sí hasta que se evapore la solución.

- Agua y jabón: se mojan las manos con agua, se aplica jabón y se frota entre sí, hay que frotar las palmas, dorsos y entrecruzar los dedos, limpiar los pulgares y las puntas de los dedos y aclarar con abundante agua para después secarlas con papel desechable.

Además de realizar de forma periódica una correcta higiene de las manos, también resulta de vital importancia revisar las uñas y mantenerlas cortas, no usar anillos o pulseras mientras se trabaja en centros sanitarios, hidratar la piel para mantener su integridad...

Existen 3 tipos de higiene de manos que veremos a continuación:

- Lavado de manos doméstico: se usa jabón y agua y se secan las manos con papel, secador de manos o toalla. Este tipo de lavado de manos es el que realiza la población en general tanto en el domicilio como en lugares públicos.
- Lavado de manos clínico: Se realiza antes y después de tener contacto con los pacientes en centros sanitarios para evitar que se propaguen las infecciones, virus y bacterias.
- Lavado de manos quirúrgico: Es el que se realiza en los centros sanitarios antes de una intervención quirúrgica a un paciente para evitar cualquier posibilidad de transmisión de agentes patógenos. Se realiza utilizando una esponja quirúrgica, se usa un grifo accionado mediante pedal y por último se ponen los guantes estériles.

Un aspecto básico a tener en cuenta por todo el personal que presta sus servicios en centros sanitarios es que el uso de guantes durante la jornada de trabajo no debe sustituir en ningún momento la correcta higiene de manos que se debe realizar tanto antes como después del uso de guantes.

A continuación exponemos los momentos claves en los que el personal que presta servicios en centros sanitarios debe realizar la higiene de manos:

- Antes de establecer contacto con cualquier paciente o usuario del sistema sanitario y después también.
- Después de quitar los guantes.
- Entre 2 intervenciones al mismo usuario si se desconfía que las manos pueden haberse contaminado.
- Después de contactar con fluidos corporales, mucosas de la piel u objetos contaminados.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que todos los trabajadores que prestan sus servicios en centros sanitarios ya sea personal sanitario como personal de gestión y de servicios tomen consciencia sobre la importancia que tiene realizar una correcta higiene de manos de forma periódica para evitar la transmisión de agentes patógenos entre los propios trabajadores como hacia los pacientes y usuarios del sistema sanitario o viceversa.

Los centros sanitarios deberán proporcionar a sus empleados los conocimientos y las herramientas necesarias para que puedan realizar la correcta higiene de manos, consiguiendo de esta manera minimizar las infecciones y mejorar la calidad asistencial a los pacientes y usuarios.

Consecuentemente al realizar todo el personal que presta servicios en centros sanitarios una correcta higiene de manos, se reducirá el número de contagios de virus y bacterias, por lo que disminuye el número de pacientes a atender o su estancia media en los centros sanitarios, así como también disminuyen el número de trabajadores enfermos por lo que se reducen las bajas y bajan los costes del sistema sanitario en su conjunto.

6 Bibliografía

1. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. ORGANIZACIÓN
2. Importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario. Alba Simón Melchor,
3. Programa de higiene de manos del SNS: <https://seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-higiene-manos/>.
4. Elaine, D. (abril de 2009). Lavado de manos: 20 años de divergencias entre la práctica y lo idealizado. Ciencia y enfermería, 15(1), 101-102.

Capítulo 114

ERGONOMÍA PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

SUSANA BLANCO FERNÁNDEZ

CLARA GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

La Ergonomía estudia la relación que hay entre el lugar de trabajo y los trabajadores. La Ergonomía es una disciplina científico-técnica: “Es el conjunto de ciencias y técnicas cuyo objetivo es la adecuación entre el puesto de trabajo y la persona” (José J. Cañas Delgado).

Por lo que esta disciplina se basa en el confort o disconfort que pueda sufrir el trabajador en su puesto y todo aquello que pueda poner en peligro su equilibrio nervioso y psicológico, su salud y su eficiencia laboral, para ello estudia todo lo que rodea y está relacionado con el individuo en su trabajo, como:

- El habitáculo o espacio físico de trabajo.
- Los ruidos.
- Las vibraciones.
- Las posturas que adopta en el puesto de trabajo.
- El desgaste de energía.
- El estrés y la carga mental.
- La fatiga nerviosa.
- La carga de trabajo y la cantidad de tareas encomendadas.
- Temperatura ambiental (frío/calor).

La ergonomía es una técnica multidisciplinar, con esto queremos decir que se requiere la aplicación e implantación de varias ciencias con el fin de conseguir

su meta final: la adecuada acomodación entre el puesto de trabajo, su entorno y las características inherentes del trabajador.

2 Objetivos

Estudiar la importancia de la ergonomía para el personal sanitario y no sanitario.

3 Metodología

La metodología utilizada en este trabajo ha consistido en una revisión sistemática a nivel bibliográfico de la literatura científica más relevante. Se ha realizado una búsqueda de forma sistemática tanto de libros como de artículos en las principales bases de datos como son Pubmed, Medline o Scielo, así como de otras publicaciones científicas que se han considerado relevantes.

4 Resultados

Para llegar a una buena aplicación y un buen diseño ergonómico del puesto de trabajo hay que tener en cuenta una serie de factores:

- 1 – Mantener bajo control el entorno del puesto del trabajador.
- 2 – Saber detectar a tiempo los riesgos de fatiga mental y física.
- 3 – Que los trabajadores tengan una formación adecuada en ergonomía para poder analizar mejor cada puesto de trabajo.
- 4 – Que haya una relación óptima entre trabajadores y la tecnología que utilicen para el desempeño de su puesto.
- 5 – Favorecer un ambiente de trabajo óptimo para fomentar el interés de los trabajadores por la tarea que realizan.
- 6 – Que la relación hombre-máquina sea la adecuada.
- 7 – Evitar y reducir al mínimo las lesiones y enfermedades laborales.
- 8 – Conseguir mejorar la calidad del trabajo.
- 9 – Ampliar la productividad y aumentar la eficiencia.
- 10 – Poder llegar a aumentar la calidad para disminuir los errores.

Podemos decir que, la salud y la seguridad, una buena productividad y eficacia o eficiencia, la calidad y fiabilidad de nuestro trabajo son los recursos que tenemos a nuestro alcance para que nuestra actividad esté encaminada a que los trabajadores realicen sus tareas en unas condiciones de seguridad y bienestar óptimos y evitar así accidentes laborales llegando a alcanzar, en las personas, un gran

desarrollo tanto personal como profesional lo que lleva a conseguir una gran satisfacción en el trabajo.

Hay que evaluar estos recursos, ya que es una tarea demanda y que dependen de factores como la dificultad y el diseño del ambiente y puesto de trabajo donde se realiza esa tarea, así como de los mecanismos y recursos disponibles que el trabajador tiene y que permiten facilitar el trabajo para que la carga de este sea la adecuada y no se ponga en peligro la seguridad laboral.

5 Discusión-Conclusión

La Ergonomía se engloba dentro del ámbito de la prevención, con la intención de conseguir la adaptación del entorno y condiciones del trabajo a las características de la persona.

Esta disciplina abarca aspectos muy diversos que incluyen problemáticas de tipo anatómico, fisiológico, psicológico, social y organizacional, entre otros. Todos ellos tienen sin embargo en común la seguridad en los entornos de trabajo.

Su papel se extiende también a la búsqueda de soluciones para la rehabilitación e integración de personas trabajadoras que han visto modificada su capacidad de trabajo, con especial hincapié en las personas de edad más avanzada y aquellas que tengan una especial sensibilidad.

6 Bibliografía

1. Prevención de riesgos ergonómicos. CROEM (Confederación regional de organizaciones empresariales de Murcia). Consejería de Empleo y Formación. Instituto de Seguridad y Salud Laboral. Región de Murcia.
2. Ergonomía en los sistemas de trabajo. José J. Cañas Delgado. Grupo de Ergonomía Cognitiva Universidad de Granada.
3. Ergonomía. Manuel BESTRATÉN BELLOVÍ, Ana HERNÁNDEZ CALLEJA, Pablo LUNA MENDEZA, Clotilde NOGAREDA CUIXART, Silvia NOGAREDA CUIXART, Margarita ONCINS DE FRUTOS, M^a Dolors SOLÉ GÓMEZ, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo – INSHT. MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
4. Ergonomía. Disciplinas básicas de la ergonomía. Material sistematizado y recopilado por Licda. Virginia Chavarría Rodríguez Área de Formación, Divulgación y Promoción. Consejo de Salud Ocupacional.

Capítulo 115

PRINCIPALES RIESGOS A LOS QUE SE ENFRENTA EL PERSONAL DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA

DELIA LORENTE GARCIA

1 Introducción

El personal que trabaje en la lavandería hospitalaria ha de tener mucho cuidado con los riesgos laborales asociados a su trabajo, y por tanto, tener una vigilancia especial en materia de prevención y protección.

Según la Ley 31/1995, 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos laborales, define el riesgo laboral como: “la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo.”

Los riesgos a los que nos enfrentamos en la lavandería son: químicos, eléctricos, físicos, infecciosos, biológicos, atrapamientos, caídas a distinto o mismo nivel...

Es muy importante que el personal sepa las pautas a seguir del plan de prevención y protección cuando se dé una situación peligrosa o para evitar que esta se produzca. Al igual que sepa utilizar los equipos de protección individual (EPI).

Es recomendable que al personal nuevo se le explique correctamente el funcionamiento de las máquinas, de los equipos de protección, así como el plan de prevención, del cual podrán disponer de una copia en el puesto de trabajo por si surgiesen dudas y fuera conveniente consultarlo.

2 Objetivos

Explicar brevemente a los riesgos que se enfrenta el personal de lavandería hospitalaria y las consecuencias que pueden producir en el trabajador.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo he realizado una búsqueda bibliográfica en las diferentes páginas web, utilizando para ello las palabras claves del tema, como son: “riesgos”, “lavandería”.

Así como he consultado diferentes guías informativas de lavanderías tanto hospitalarias como industriales.

4 Resultados

Como he señalado anteriormente en nuestro puesto de trabajo nos enfrentamos a diferentes riesgos que debemos de tener en cuenta que son:

- Caídas a distinto o mismo nivel de personas y objetos: o Debido a resbalones por el suelo mojado o calzado con poca suela o desgastada. o Por escalones no señalizados. o Tropezones con objetos que no están colocados correctamente o caída de objetos mal guardados.
- Cortes
- Atrapamientos: o Si se engancha una pulsera o un anillo con la máquina. o Atrapamiento entre carros, jaulas debido al poco espacio de movimiento.
- Incendio: o Por un mal almacenamiento o uso de productos inflamables. o Y por el desconocimiento de la forma de actuar en caso de emergencia.
- Biológico: o Por cortes o pinchazos con material contaminado. o Cuando nos encontramos en zonas contaminadas aéreamente. o Contacto con objetos o superficies sucias.
- Ruido: o Las máquinas producen un ruido elevado y continuo que puede provocar nerviosismo, dolor de cabeza (cefaleas, incluso pérdida de audición a la larga...).

- Manipulación de cargas, posturas inadecuadas: o Nos pueden causar trastornos musculoesqueléticos. o Cuando mantenemos una postura inadecuada podemos sufrir molestias musculares, tendinosas. Estas molestias suelen aparecer en el cuello, hombros, brazos y en la zona dorsolumbar. o Mientras que la manipulación de cargas provoca fatigas, lumbalgias...
- Temperatura: o En algunas zonas de la lavandería las temperaturas son bastante elevadas ocasionando en el trabajar estrés térmico (aceleración del pulso, calambres, fatiga) y transpiración excesiva. o Contacto con equipos calientes (secadoras), llegando a producir una serie de quemaduras leves.
- Eléctrico: o Cuando manipulamos equipos de trabajo en tensión, nos pueden producir quemaduras, fibrilación ventricular...
- Químico: o Podemos estar expuestos a este tipo de riesgo por contacto, por vía aérea (inhalación) y por ingesta. o Dermatitis en la piel por contacto, irritación en las vías respiratorias.

5 Discusión-Conclusión

Es muy recomendable que se den cursos sobre todos los riesgos a los que estamos expuestos así como la manera de evitarlos, reducirlos, o de qué hacer cuando se dan las distintas situaciones de peligro. Deberán impartirse si fuere posible en horario de trabajo.

La información debe ser clara y sencilla, de manera que sea fácilmente comprendida por todos los trabajadores. Y actualizada, ante nuevos riesgos, nuevos equipos de protección o nuevos cambios en el plan de emergencia y evacuación.

Además sería conveniente que una vez al año se pusiera en práctica el plan de emergencia, realizando simulacros y asegurándose de que este funciona correctamente.

6 Bibliografía

1. Operaciones auxiliares de lavandería industrial y de proximidad. Guía de buenas prácticas preventivas para autónomos y pymes. Activa Mutua.
2. Lavandería. Guía Informativa. Hospital Donostia. Unidad básica de prevención de salud laboral.

Capítulo 116

EL CELADOR Y EL TRASLADO DE PACIENTES INTRAHOSPITALARIO

ROSEMERY WONG RUIZ

GIOCONDA ESPERANZA VALENZUELA SALVATIERRA

DELPHINA NAVARRO JUAREZ

MARÍA VICTORIA MARÍN GONZÁLEZ

JESSENIA MARIBEL CHIPANTIZA TENORIO

1 Introducción

El transporte es el movimiento de un paciente de un lugar a otro. Esto puede suceder tanto en la clínica como en diferentes pisos del hospital. Todos los días, muchos pacientes deben ser trasladados fuera del hospital, fuera del hospital o en un complejo hospitalario para pruebas de diagnóstico. Muchos pacientes pueden caminar de forma independiente, otros no pueden y necesitan ayuda con estas actividades. Con cada ejercicio, es importante conocer el estado del paciente, ya que la actividad es muy peligrosa si no se realiza correctamente. El transporte se realizará en sillas de ruedas, en camillas e incluso en camas. Al transferir a un paciente a otra unidad, considere:

- Que sea el paciente correcto.
- Averiguar si su movilización tiene contraindicaciones.

- Hay que lavarse bien las manos para evitar infecciones. Siempre hay que explicarle al paciente lo que se le va a hacer para tratar de obtener la mayor participación o cooperación posible, explicando cómo puede ayudar.
- Hay que tener mucho cuidado con la seguridad del paciente.
- Antes de iniciar la movilización, asegure los cables o sistemas de cabeza que el paciente haya colocado. - Mover al paciente de manera suave y continua, sin tirones ni sacudidas.
- Hay que hacer la postura correcta para evitar lesiones a pacientes y cuidadores.
- Si hay varios participantes, acordarán de antemano los próximos pasos. Uno de los participantes debe liderar la maniobra.
- Los celadores sabrán si el paciente puede participar en el movimiento.
- Antes de realizar cualquier manipulación, observe la expresión general del paciente.

2 Objetivos

Describir las pautas a seguir por el celador ante una orden de traslado de un paciente en silla de ruedas y en camilla.

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

Vamos a hablar sobre el traslado que tiene que ejecutar el celador en pacientes con movilidad reducida o nula .

Transporte del paciente en silla de ruedas:

Las sillas de ruedas son la forma más fácil de trasladar a los pacientes de un lugar a otro cuando no pueden o se sienten incómodos para caminar. Antes de comenzar a hablar sobre el movimiento, veremos las diferentes partes de un cochecito que deben tenerse en cuenta:

Reposabrazos: Tiene dos laterales desmontables. Suele estar cubierto con un material impermeable. - Dos reposapiés: superficies metálicas planas que se pueden colocar en posición horizontal o vertical. Se coloca en vertical, y permite la entrada y salida del paciente. Base y respaldo: revestidos con material impermeable para facilitar la limpieza. Tiene un dispositivo que te permite plegarlo para facilitar su transporte. Está disponible un respaldo para que se puedan acoplar diferentes cinturones para aumentar la seguridad del paciente durante el transporte. -Ruedas: Hay cuatro ruedas y no todas son del mismo tamaño. Las partes traseras, que son las de mayor diámetro, permiten que el paciente lo sujete con anillos metálicos y haga girar la rueda ellos mismos. - Sistema de frenos: Está ubicado en la rueda trasera e incluye un sistema de palanca cuando la rueda vibra, evitando que la rueda se mueva. - Asa: colocada encima y detrás del respaldo, utilizada para empujar la silla. Para transferir a un paciente de una cama de hospital a una silla de ruedas, se coloca una silla junto a la cama con respaldo debajo de la cama. El asiento se detiene para que no se mueva y los escalones se quitan para que no estorben. Se extiende una manta sobre la silla y, si es posible, se coloca una almohada a la altura de los riñones. Si la cama se puede bajar, se baja hasta que los pies del paciente toquen el suelo al sentarse. Si no se puede bajar la cama, coloque las patas de una silla o taburete en una posición cómoda para que el paciente se apoye. Se ayudó al paciente a sentarse, ponerse una bata y calzarse zapatillas.

Mantenga siempre la confidencialidad del paciente. Colocamos al paciente en el borde de la cama, frente a él. Lo abrazamos por la cintura y lo ayudamos a levantarse de la cama. Lo movemos a un lado y lo ponemos en una silla. Si es necesario, nos prepararemos para evitar posibles caídas durante el vuelo. Si necesita oxígeno, debe convertirlo en una pelota. Como regla general, la silla se mueve empujada desde atrás, es importante agarrarla por el asa y empujarla en la dirección del movimiento. Hipótesis:

- Sentado en silla de ruedas: el paciente mira hacia delante y el ayudante empuja la silla de ruedas por detrás. - Bajarse de la silla de ruedas: En este caso, el asistente regresará primero y llevará al paciente a su casa. Es importante mirar atrás en el tiempo para no quedarse estancado. - Utilizar el ascensor: los camareros entrarán primero y tirarán de la silla de fuera hacia dentro. - Salir del ascensor: Para salir, gira la silla hacia el ascensor, sal y tira de la silla.

Traslado del paciente en camilla:

Las camillas se usan cuando un paciente no puede sentarse, tiene un yeso grande o una férula que es demasiado incómoda para usar en una silla de ruedas. Brevemente, podemos distinguir las siguientes configuraciones móviles principales:

- La cama tiene dos laterales fijos, sin bisagras, sin pesos. - La cama tiene bisagras. El sistema de accionamiento puede ser eléctrico o mecánico (manivela o pedal).
- Una cama con patas giratorias y un reposapiés. Los accesorios de cama más comunes son:
 - Círculo. - Pasamanos, elemento fundamental para la seguridad. El reposapiés mantiene al usuario cómodo en la cama y puede utilizarse como apoyo al levantarse.
 - Soporte de cuña, soporte de bolsa de orina, soporte de gotero, etc. Por lo general, el paciente es transportado en su propia cama, pero a veces es necesario colocar al paciente en una camilla. El método exacto depende del movimiento del paciente:
 - Cuando el paciente es capaz de cooperar: primero se activa el freno de la cama, se retira el colchón de las piernas con un acordeón y se cubre al paciente con una sábana o manta. La camilla se colocó al lado de la cama. Se debe colocar una camilla estable y un paño o manta junto a ella para evitar resbalones mientras el paciente se mueve. Se cubren con una sábana o cobija sobre una camilla, y se coloca una almohada sobre la camilla si la enfermedad lo permite.

5 Discusión-Conclusión

Se cree que es una práctica común, especialmente en hospitales y departamentos de emergencia, realizar traslados dentro del hospital, lo que requiere que el personal médico sea escoltado dependiendo de la condición del paciente. Es importante tener en cuenta las características y el equipamiento del paciente a manipular para planificar tanto el material a trasladar como los problemas que se puedan derivar del mismo. Esto justifica la necesidad de estandarizar los criterios para estos traslados, ya que introduce riesgos adicionales para el paciente, que estarían influenciados por los beneficios que pudieran traer. La colaboración y la información previa del paciente son fundamentales, así como la disponibilidad de personal y material formado y especializado para acompañar al paciente, lo que reduce los problemas de gravedad durante el transporte. Por tanto, todo el personal con un conocimiento adecuado de este procedimiento, que pueda realizar traslados hospitalarios en cualquier momento y apegado a las normas básicas de seguridad, supondrá una mejor atención al paciente y un mayor control para prevenir complicaciones que puedan poner en riesgo al paciente.

6 Bibliografía

1. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Sanidad. Protocolo de intervenciones enfermeras, Requerimientos del paciente al ingreso traslado y alta, traslado del paciente a otra unidad. Consultado el 13 de Enero.
2. Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería, Primeros auxilios. ISBN OBRA COMPLETA 978-84-16172-33-7, DLG: C1282-2014, Impresión: Tórculo Comunicación Gráfica S.L Edición 201

Capítulo 117

LA ERGONOMÍA EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO

SILVIA FERNÁNDEZ GARCIA

1 Introducción

La ergonomía es la ciencia que a través de diferentes técnicas adapta el sistema y el ambiente de trabajo a las necesidades y a las limitaciones psíquicas y físicas del trabajador.

La palabra ergonomía procede del griego “nomos” que significa norma y “ergo” que significa trabajo.

A través de ella no solamente vamos a conseguir disminuir o evitar distintos problemas de salud derivados del desempeño de las funciones laborales, lo que conlleva un incremento de la calidad de vida, sino que también estaremos aumentando la productividad y eficiencia.

Este capítulo se centrará en la ergonomía del personal administrativo sanitario, el cual tiene un trabajo sedentario, con movimientos repetitivos y posturas de escasa movilidad las cuales pueden producir riesgos de lesiones tales como lumbalgia, dolores de cabeza, vista cansada, síndrome del túnel carpiano...

En este tipo de personal aunque se crea que no tienen riesgos ergonómicos en el desempeño de sus funciones, por no manipular cargas pesadas ni tener una alta actividad física, se verá en este presente capítulo que no es así.

En los últimos tiempos han adquirido una gran relevancia la prevención de riesgos laborales ya que además de ser primordial para la promoción de la salud del

trabajador, aumenta la productividad y disminuye los costes de absentismo por enfermedad.

El objetivo de la ergonomía es:

- Encontrar una buena adaptación entre el trabajador y su puesto de trabajo (teniendo en cuenta tanto las diferentes condiciones que se puedan dar en la realización del mismo como las necesidades de las personas).
- Garantizar la seguridad en la realización de las tareas para evitar o disminuir en la medida de lo posible los riesgos derivados de su puesto de trabajo.

2 Objetivos

Dar a conocer los aspectos fundamentales a tener en cuenta en relación con la ergonomía en el personal administrativo.

3 Metodología

A la hora de elaborar este capítulo se han consultado diferentes artículos de publicaciones académicas revisadas relacionadas con el tema a tratar en las principales bases de datos como son Pubmed, Medline, Scielo, Google académico utilizando palabras clave como “ergonomía”, “higiene postural” además de llevarse a cabo consultas en diferentes revistas médicas como Ocronos.

4 Resultados

La ergonomía es el conjunto de técnicas que se aplican para que tanto el trabajo como el ambiente y las herramientas se adapten a las capacidades y limitaciones del trabajador.

Una mala planificación de la ergonomía en el trabajo produce fatiga, dolores musculares, pérdida de concentración, disminución del rendimiento...

Nos vamos a encontrar con 3 ramas de la ergonomía:

- La ergonomía física: La cual se refiere a la relación entre el trabajador y las condiciones de su puesto de trabajo. Estudia las cargas posturales, cargas físicas... y va a diseñar los elementos del trabajo tales como mesas, sillas, disposición de los dispositivos electrónicos...

-La ergonomía ambiental: que se centra en las relaciones del trabajador con los factores ambientales y actúa sobre la temperatura, la luminosidad, los ruidos...

-La ergonomía temporal que estudia la relación fatiga/descanso teniendo en cuenta los horarios de trabajo, la distribución de la jornada laboral, turnos...

La mayor parte del personal de la rama de la administración sanitaria desempeñan sus funciones sentados durante varias horas al día enfrente de un ordenador con lo que los principales riesgos ergonómicos que van a sufrir son fatiga postural y fatiga visual, los cuales pueden dar lugar a una serie de lesiones tales como lumbalgias, cervicalgias, síndrome del túnel carpiano, cefaleas, mala circulación (sobre todo en las piernas por ser un trabajo sedentario).

Para evitar o disminuir en la medida de lo posible todos estos riesgos y lesiones los puestos de trabajo del auxiliar administrativo deberán contar con una serie de características tales como:

- Sillas con reposabrazos, reclinables y con asientos regulables
- Ratones y teclados ergonómicos
- Una iluminación adecuada siendo lo más recomendable la luz natural
- Buena orientación del puesto de trabajo para evitar en la medida de lo posible reflejos y deslumbramientos.

Aunque todo ello debería ir acompañado también de una serie de pautas de comportamiento por parte del individuo tales como mantener la espalda erguida, la pantalla del ordenador a la altura de los ojos, hacer pausas cada cierto tiempo para movilizar la musculatura...

5 Discusión-Conclusión

En el desempeño de las funciones laborales del personal de gestión y servicios es muy importante la higiene postural por tener un trabajo sedentario, monótono y con movimientos repetitivos.

Un entorno y un diseño no muy adecuados del puesto de trabajo puede dar lugar a trastornos muscoesqueléticos, patologías de la vista, patologías psicosociales (ansiedad, estrés...) Siendo las primeras mencionadas la principal causa de baja por enfermedad relacionado con las condiciones de trabajo.

La información y la formación sobre la prevención de riesgos laborales es una de las mejoras maneras para combatir los accidentes y las enfermedades laborales.

La salud laboral y la prevención de riesgos son imprescindibles para la protección y la promoción de la salud de los trabajadores.

6 Bibliografía

1. Revista médica Ocronos vol. III, N°3."La ergonomía en trabajos administrativos en centros sanitarios". Julio 2020.
2. Revista médica Ocronos vol. III, N°5."La ergonomía y el puesto de auxiliar administrativo". Septiembre 2020.
3. <https://www.insst.es/capitulo-29-ergonomia>.
4. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales.

Capítulo 118

SÍNDROME DEL BURNOUT O DEL TRABAJADOR QUEMADO

PATRICIA GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

Etimológicamente, la palabra “burnout” proviene del inglés, siendo traducido a nuestro castellano como quemarse, fundirse... De ahí se ha definido el síndrome de burnout, también conocido como síndrome del trabajador quemado, síndrome de desgaste profesional, síndrome de quemarse en el trabajo, síndrome del profesional exhausto o sobrecargado....

Esta acepción fue descrita por primera vez en 1974 en EEUU por el psiquiatra Herbert Freudenberger, al reconocer que un grupo de voluntarios de la Clínica para toxicómanos de Nueva York, observó entre el personal que prestaba servicios, experimentaban al cabo de un año del comienzo de su trabajo, y sobre todo, lo que es peor, en el desempeño de sus tareas, progresiva pérdida de energía, desmotivación por el trabajo, cambios en el comportamiento hacia los pacientes, manifestando una menor sensibilidad y comprensión hacia ellos, dispensándoles un trato distanciado y frío, y hasta agresivo, síntomas característicos de la ansiedad y la depresión.

La definición dada por Freudenberger es “Un conjunto de síntomas médicos-biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía. Cuando a un trabajador se lo somete a presiones que su psiquis no puede procesar, ya sea por el grado de acumulación de situaciones personales como por un ambiente belicoso, tenso, inseguro y angustiante”.

2 Objetivos

- Identificar los síntomas de manera temprana
- Aprender a afrontar los niveles de estrés
- Prevenir los factores de riesgo asociados
- Observar consecuencias en la calidad de vida del trabajador/a.

3 Metodología

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

4 Resultados

El síndrome del trabajador quemado es una enfermedad reconocida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) dentro del apartado “problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida” y en el subgrupo “problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)”. Se trata de una patología íntimamente relacionada con el ámbito laboral, el estrés que produce el mismo y el estilo de vida de los trabajadores... y que puede desencadenar en graves consecuencias tanto laborales como personales y familiares. Las condiciones laborales y las relaciones interprofesionales son factores determinantes en el desencadenamiento de los síntomas que engloba el síndrome en estudio. Si colocásemos en una balanza el estrés creado y las capacidades del trabajador para hacerle frente, el problema aparecerá cuando aquel supera a estas. A nivel profesional, todo trabajador tiene unas expectativas respecto a su actividad en las empresas; si esta expectativa no concuerda con la realidad vivida, el trabajador se verá afectado psicológicamente, surge la apatía, la ansiedad. A nivel personal, debido a nuestro actual ritmo de vida, nuestra mente puede verse afectada por la sensación de no llegar a todo lo que nos proponemos (trabajo, familia, ocio, etc.). Todo ello nos lleva a un estado de frustración que no todo el mundo sabe manejar de la misma manera.

Las propias empresas deberían hacer auditorías al respecto para detectar posibles casos y atajarlos antes de que se vuelvan más problemáticos, tanto para el trabajador como para el empleador que sufrirá el absentismo del personal afectado. Existen diferentes técnicas preventivas a poner en práctica para evitar las situaciones descritas: realizar ejercicio físico periódicamente, aplicar técnicas de relajación, pensar positivamente, participar en actividades lúdicas y sociales.... Por último, existen consecuencias de diversa índole que inciden directamente sobre los trabajadores, como alteración del sueño, cefaleas, problemas gastrointestinales, ansiedad crónica, depresión, y en los casos más extremos, abuso de sustancias nocivas y adictivas como alcohol y drogas.

5 Discusión-Conclusión

A partir de toda la documentación estudiada para la realización del presente trabajo, debemos concluir que el síndrome de Burnout es un proceso progresivo que surge como respuesta al estrés que se inicia en el ámbito laboral con unas consecuencias, en ocasiones graves, a nivel profesional y laboral.

Los síntomas que provocan son variados (leves, moderados e incluso graves). La prevención es la mejor medicina para luchar contra este problema cada vez más creciente en nuestra sociedad. Por este motivo, tanto las organizaciones como el propio trabajador, consciente de su situación personal, deberían buscar mecanismos de prevención y/o ayuda en caso de que ya se esté inmerso en el problema para que no vaya a mayores.

6 Bibliografía

1. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6112224>.
2. <https://www.redalyc.org/>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
4. <https://www.scielo.org/es/>
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>
6. <https://books.google.es/>

Capítulo 119

RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO DEL PERSONAL NO SANITARIO (CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO)

LORENA MARTINEZ CHAOS

1 Introducción

El personal no sanitario se encuentra expuesto a riesgos laborales de las tres especialidades, de seguridad, higiénicos, así como ergonómicos y psicosociales. Estos últimos han cobrado más importancia en los últimos años, dado que cada vez son más las bajas laborales ocasionadas por la exposición a estos riesgos psicosociales.

El origen de los riesgos psicosociales se debe a un deterioro en cuanto a:

Las características de la organización: definición de competencias, vías de comunicación e información, relaciones interpersonales, etc.

Las características de la tarea: exceso de cantidad de trabajo, monotonía o repetitividad, ritmos de trabajo, falta de autonomía, etc.

Las características del empleo: diseño del lugar de trabajo, estabilidad, etc.

La organización del tiempo de trabajo: trabajo a turnos, trabajo nocturno, pausas de trabajo, etc.

Así podemos decir que el entorno de donde provienen estas situaciones es la causa de la aparición de riesgos psicosociales más que un origen en el propio personal no sanitario. Los riesgos psicosociales aparecen porque se generan una serie de condiciones laborales difíciles de superar para la mayoría del personal.

Es por ello que es necesario hacer una evaluación del entorno tratando de modificarlo para obtener unas condiciones de trabajo adecuadas para el personal no sanitario.

2 Objetivos

- Definir los riesgos psicosociales más comunes entre el personal no sanitario, así como sus efectos en la salud.
- Establecer que medidas preventivas se deben tener en cuenta con el fin de minimizar o evitar dichos riesgos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Pubmed, Google Académico, Medline. Se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados sobre los riesgos psicosociales en el ámbito sanitario. Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son artículos anteriores al año 2010 y de idioma distinto al castellano.

4 Resultados

Entre los riesgos psicosociales más comunes que podemos encontrar entre el personal no sanitario son:

El estrés: Se produce cuando las demandas del trabajo sobrepasan los recursos del trabajador.

El síndrome de burnout: o síndrome de estar quemado, es un síndrome parecido al estrés, supone un agotamiento emocional y una baja realización personal.

La violencia laboral: comprende insultos, amenazas y/o agresión física contra el trabajador.

Acoso psicológico (mobbing): viene generado por aquellas situaciones que suponen una violencia psicológica de forma continuada durante un tiempo prolongado.

Acoso sexual: Aunque se puede presentar de muchas formas, la más común es aquella en la que se obliga a elegir entre acceder a la demanda sexual o perder algún tipo de beneficio laboral.

Los efectos de estos riesgos psicosociales van desde los que afectan a corto plazo tales como ansiedad, dificultad de concentración, problemas de sueño y

alimentación, así como problemas psicosomáticos hasta aquellos que pueden llegar a pasar factura a largo plazo, como el consumo de medicamentos, alcohol y otras drogas, depresión, suicidio, etc.

También se pueden ver afectados los sistemas respiratorio, inmunitario, digestivo y cardiovascular, entre otros.

Frente a estos riesgos como podemos actuar y qué medidas preventivas, podemos aplicar con el fin de evitarlos o minimizarlos:

- Planificar el tiempo y las tareas de forma ordenada, intentando seguir un ritmo factible.
 - Realizar cada cierto tiempo pequeñas pausas periódicas de forma espontánea.
 - Solicitar información y formación cuando se considere necesario para el desempeño de las tareas.
 - Procurar alternar tareas y cambiar de actividad en la medida de lo posible.
 - Tratar de mantener un buen clima laboral y cuidar el trato con los compañeros.
- Si es necesario apoyarse en ellos tratando temas que nos preocupen, sobre todo si existe una situación límite tal como el acoso o la violencia.

5 Discusión-Conclusión

Los problemas derivados de los factores de riesgo psicosocial pueden suponer serios problemas a nivel físico y psíquico en el personal no sanitario, tal y como hemos visto.

La reacción del entorno laboral es determinante o bien para una resolución rápida del conflicto o bien para que se convierta en una situación constante con el consiguiente daño para el trabajador.

La organización del trabajo es uno de los pilares fundamentales a la hora de evaluar los riesgos psicosociales del personal no sanitario. La elaboración de protocolos de actuación, así como la realización de evaluaciones de riesgo periódicas, entre otros, pueden contribuir a detectar con mayor facilidad estos factores de riesgo presentes en la actividad diaria del personal.

6 Bibliografía

<https://scielo.isciii.es>

<https://www.insst.es>

Capítulo 120

DAÑOS A LA SALUD RELACIONADOS CON EL TRABAJO DEL PERSONAL NO SANITARIO (CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS)

LORENA MARTINEZ CHAOS

1 Introducción

Las instituciones sanitarias abarcan a personal que está relacionado directa o indirectamente con la prestación de servicios de salud, lo que incluye al personal no sanitario, tales como celadores y auxiliares administrativos.

Los daños a la salud que pueden sufrir este personal no sanitario son de muy diversa índole, siendo en ocasiones daños graves, aunque muchas veces sus efectos solo son visibles a largo plazo. Un claro ejemplo en el caso particular de los celadores, es el riesgo de sufrir trastornos músculo-esqueléticos a consecuencia de la movilización de los pacientes, lo que puede tener consecuencias negativas a en el futuro. La exposición a diversos factores de riesgo presentes en el medio sanitario puede provocar efectos negativos en la salud del personal no sanitario. Así, hay que tener en cuenta que, en ambos casos, tanto en el celador como en el auxiliar administrativo, el trato con el paciente es una constante. Lo que implica una clara exposición ante posibles contagios derivados de este.

Los factores causantes de enfermedades en este ámbito son muchos y variados. Se podrían ordenar los factores causantes de estos daños a la salud, bien por la naturaleza de las tareas en las que se puede producir el contacto, las zonas del centro de trabajo, o bien según el efecto que producen en la salud (síntomas o zona del cuerpo afectada).

2 Objetivos

Establecer cuáles son las enfermedades y factores de riesgo más comunes que ocasionan daños a la salud en el personal no sanitario.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Pubmed, Google Académico, Medline. Se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados sobre daños a la salud relacionados con el trabajo del personal no sanitario. Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son artículos anteriores al año 2010 y de idioma distinto al castellano.

4 Resultados

Enfermedades musculares y óseas:

Los trastornos musculoesqueléticos son alteraciones de las estructuras del cuerpo tales como articulaciones, músculos, tendones, ligamentos, nervios y huesos agravadas por el desarrollo del trabajo y el entorno donde este se desarrolla. Las personas que padecen este tipo de trastornos pueden padecer dolor, cosquilleo, incomodidad, entre otros. Este tipo de trastornos pueden ser el resultado de la aplicación de una fuerza extrema o del ejercicio repetitivo de una fuerza más leve pero prolongada en el tiempo.

Estos trastornos son algunas de las enfermedades más comunes entre el personal no sanitario.

Enfermedades respiratorias

Enfermedades respiratorias producidas por agentes infecciosos o parasitarios (virus, bacterias, etc.) Enfermedades respiratorias que afectan a pulmón, garganta, nariz como bronquitis crónica, asma, rinitis, etc.

Enfermedades de la piel

Dermatitis profesional por el contacto con agentes químicos, por la exposición a detergentes o materiales como el látex.

Enfermedades de la piel derivadas del contacto con agentes físicos como frío, calor...

Enfermedades cardiovasculares

Hipertensión, infartos, anginas de pecho por exposición a problemas a nivel de la organización del trabajo, grandes esfuerzos físicos o mentales, y exposición a agentes químicos.

Varices por exposición a posturas prolongadas.

Afecciones relacionadas con riesgos psicosociales:

El personal no sanitario es especialmente susceptible al síndrome de burnout o síndrome de estar quemado. Junto a esta afección podemos destacar las lesiones provocadas por situaciones de violencia o estrés a causa de: sobrecarga de trabajo, exposición a una organización deficiente del trabajo y/o las tareas, falta de apoyo, etc.

Otras lesiones:

Problemas visuales fruto del uso continuado de pantallas.

Alteraciones de los ritmos biológicos a consecuencia del trabajo a turnos.

Accidentes in itinere: los más frecuentes en coche que se producen al ir o volver del trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Son muchos y muy variados los daños ocasionados en la salud del personal no sanitario. Estos daños vienen originados a partir de riesgos a los que están expuestos los trabajadores y sobre los que la actuación de la prevención de riesgos laborales es básica para tratar de evitarlos o al menos minimizarlos.

La formación e información de los riesgos laborales, la implicación de una organización dispuesta a resolver problemas y retos, el estricto control de la higiene en los lugares de trabajo y el cumplimiento de las normas que garanticen la seguridad son algunas de las herramientas imprescindibles para garantizar la salud del personal no sanitario.

6 Bibliografía

<https://scielo.isciii.es>

<https://www.istas.net>

Capítulo 121

CÓMO AFECTA EL SÍNDROME DE BOURNOUT A LA PROFESION DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

DIANA BRAVO COSIO

1 Introducción

El Síndrome de Bournout, también denominado, Síndrome de estar quemado, o de quemarse en el trabajo, hace referencia una serie de sintomatología física y mental entre la que destacan, el agotamiento emocional, la despersonalización, el desgaste físico y psíquico, provocados por la exposición a elevados niveles de estrés laboral, así como la frustración profesional unida a la dificultad de estrategias de afrontamiento a los mismos.

Las consecuencias de dicho síndrome afectan en primer lugar al propio trabajador y de manera mas secundaria al propio centro laboral, influyendo en el ambiente de trabajo, así como en la producción y calidad del servicio, interfiriendo también, en los usuarios que acuden a solicitar la prestación de dicho servicio. Afecta inicialmente a la vida laboral del trabajador, pero puede llegar a repercutir en su vida personal.

Este capítulo se puede dividir en tres partes. Primero se intenta realizar un acercamiento a la enfermedad y a las diferentes tipologías existentes, que se diferencian en la manera de dar respuesta al estrés y a la frustración laboral. Después se explica cómo afecta la enfermedad dentro de la profesión del Trabajo Social y más concretamente, del Trabajo Social Sanitario. Por último, se hace referencia a las etapas que desarrolla una persona que padece este síndrome así como la sintomatología, siendo lo más destacable, depresión y ansiedad, provocando estas, la mayoría de las bajas laborales.

2 Objetivos

Conocer en que consiste el Síndrome de Bournout o síndrome de estar quemado.
Definir las diferentes subtipologías existentes.

Desarrollar cómo puede afectar este síndrome dentro de la profesión del Trabajo Social.

Clarificar la sintomatología que presenta un trabajador que padece este síndrome.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha investigado a través de diversos documentos acerca de la literatura existente en relación al Síndrome de Bournout. Se han consultado diversas páginas web oficiales. También se ha constatado la información con diferentes revistas del ámbito sanitario.

4 Resultados

El síndrome de Bournout, síndrome de estar quemado, o de quemarse en el trabajo se define como un tipo de trastorno de carácter emocional, derivado del ámbito laboral, en concreto, del estrés que puede provocar el trabajo, y las maneras de afrontarlo del propio trabajador.

La OMS, en 2019, lo define como “síndrome derivado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no fue gestionado con éxito” incluyéndolo en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11)

En función del tipo de trabajador, se podrían definir tres perfiles de subtipos de Bourneut:

Perfil 1. El trabajador frenético:

Se caracteriza, principalmente, por trabajar, cada vez mas duro, hasta llegar al agotamiento. Busca éxitos a la altura de sus esfuerzos. Los rasgos que podemos observar en estos trabajadores son: gran implicación en el trabajo que desarrolla, una ambición desmedida respecto a los resultados esperados, sin tener en cuenta, las propias limitaciones y una sensación de sobrecarga derivada de la relación de horas dedicadas al desarrollo de dicho trabajo. El estrés que siente se genera de las altas expectativas que se crea sobre los objetivos así como de la frustración por no alcanzarlos. Las estrategias emocionales que utilizan para afrontar dicho estrés están relacionadas con el desahogo emocional así como numerosos intentos de resolver las dificultades que se va encontrando de manera que según estudios,

la producción del trabajo no se vería afectada aunque quizás si la calidad del servicio.

Perfil 2. El trabajador desgastado:

En este caso, son trabajadores que actuarían con negligencia como resultado del estrés y la frustración laboral. Este estrés proviene por la sensación de falta de reconocimiento del desarrollo de su trabajo unido a la sensación de pérdida de control sobre los resultados del mismo. La respuesta ante estas dificultades es de estilo pasivo del afrontamiento del estrés, descuidando sus responsabilidades y abandonando las tareas relativas a su puesto de trabajo, provocando que experimente sentimientos de culpabilidad unidos a la sensación de incompetencia. Esta sub tipología afecta a la producción del trabajo debido a ese abandono de tareas, así como a la calidad del servicio.

Perfil 3. El trabajador sin desafíos:

Finalmente el trabajador sin desafíos corresponde a un tipo de personalidad caracterizado por altos niveles de cinismo. Las personas que lo padecen suelen ocupar puestos donde sus tareas son repetitivas o rutinarias, lo que provoca falta de interés y aburrimiento a la hora de desarrollarlas. Provoca una sensación de falta de desarrollo personal. La estrategia que utilizan es la evitación cognitiva, es decir, la distracción o el distanciamiento de la actividad a desarrollar. Esta conducta repercute en la producción del trabajo y sobre todo la calidad del mismo.

Por otro lado, el Síndrome de Bournout suele aparecer en personas que escogen su profesión de manera vocacional, como son personal del ámbito sanitario, educativo o social. Entendemos pues, como los trabajadores sociales están expuestos a padecer este síndrome, debido a las siguientes características propias del puesto del trabajo:

Se trabaja de manera constante y directa con personas, que suelen presentar problemáticas diversas relacionadas con la marginalidad o la injusticia social.

Los usuarios muchas veces acuden con una idea predeterminada de su necesidad y muchas veces no coincide con el criterio profesional del Trabajador Social.

La organización de los centros muchas veces no es la adecuada por falta de personal, de manera que se sobrecarga a los trabajadores.

Las etapas que desarrolla una persona que padece este síndrome son: sobrecarga laboral, grandes esfuerzos por parte del trabajador para dar respuesta, que provocan cansancio y ansiedad, desmoralización provocada por la fatiga que se manifiesta en falta de motivación y finalmente perdida de vocación y decepción respecto a la profesión o al centro de trabajo.

Aunque inicialmente afecta a la vida laboral del trabajador, acaba influyendo en otros aspectos de su vida personal, social y familiar.

La sintomatología que presenta una persona que padece este síndrome está relacionada con: sensación de agotamiento, ansiedad, dificultad de concentración, dolor de cabeza, taquicardia, comportamientos agresivos, absentismo laboral, depresión, irritabilidad, comunicación deficiente, insomnio o sensación de poco desarrollo personal.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo social, y en concreto, el trabajo social sanitario, es una profesión de riesgo en relación al desarrollo del Síndrome de Bournout o síndrome de estar quemado, debido a la actividad profesional de relación de ayuda que se genera con los usuarios que suelen estar viviendo situaciones difíciles, relacionadas con su propio estado de salud.

Este síndrome genera graves consecuencias en la salud de quien lo padece, siendo las mas destacadas, la ansiedad y el estrés.

Por ello, es importante conocer este riesgo que asumen dichos trabajadores y tomar medidas de prevención para evitar que puedan llegar a padecer dicho síndrome.

6 Bibliografía

Montilla. (2006) Estudio Cualitativo sobre el Síndrome de Burnout en el trabajo social, Acciones e investigaciones sociales, N° Extra 1, pág. 443

Página web CUIDATEPLUS [Internet] [Consultado a fecha 14/12/2022]

Página web <http://dialnet.unirioja.es>

[Consultado a fecha 10/12/2022]

Página web revistamedia.com [Consultado a fecha 05/12/2022]

Capítulo 122

EL SISTEMA SANITARIO

DANIEL FERNANDEZ ALVAREZ

REBECA LOBO DEL ESTAL

1 Introducción

Actualmente se reconoce la salud como un derecho básico y fundamental. En España el derecho a la salud viene recogido en el artículo 43 de la Constitución. El concepto de salud como ausencia de enfermedad queda anticuado. Podemos decir que alguien está sano cuando tiene un cuerpo sano, tiene cubiertas sus necesidades básicas y una mente equilibrada. Si bien es cierto que sobre la salud influyen otros factores como son la educación, la alimentación, la vivienda y el empleo, por lo que actuar sobre ellos nos ayuda a mejorar las condiciones de salud de un país. Uno de los referentes de lo que llamamos “estado de bienestar” es la sanidad, por eso es importante que entre todos contribuyamos a buscar fórmulas eficientes que garanticen la sostenibilidad del sistema.

El sistema sanitario nacional se podría definir como el conjunto de los servicios de salud del Estado y de las correspondientes comunidades autónomas encargados de realizar las funciones y los servicios sanitarios de acuerdo con la legislación vigente. Nos estamos refiriendo a todas aquellas instituciones (públicas y privadas) y los recursos que están dirigidos a mantener la salud de la ciudadanía. Para poder acceder al Sistema Sanitario Público se debe estar inscrito en la Seguridad Social.

2 Objetivos

- Conocer las características del sistema Nacional de Salud.
- Elaborar, gestionar, promover y promocionar planes de salud.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo se hizo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha recopilado información de diferentes artículos de actualidad referentes al tema. Se utilizó el Google académico además de lecturas en diversas páginas web.

4 Resultados

La organización de la asistencia sanitaria sufrió un cambio importante con la ley general de Sanidad. Esta ley creó el Sistema Nacional de Salud, que es donde se integran todas las estructuras y servicios públicos y en donde se recogen todas las funciones y prestaciones sanitarias y del que se beneficia casi el 99% de la ciudadanía. Toda la población que reside en España, independientemente de su nacionalidad, tiene derecho a la salud y a la asistencia sanitaria.

Se puede organizar el Sistema Nacional de Salud en dos niveles: Atención Primaria y Atención especializada.

1. Atención primaria: Es el elemento central del Sistema. Llevada a cabo por los equipos de Atención Primaria (médicos de familia, enfermeras, trabajadores sociales y personal no sanitario). Se realiza en los diferentes Centros de Salud y es el primer contacto del paciente con el sistema sanitario.
2. Atención especializada: Se lleva a cabo en los Centros de Especialidades y en los hospitales. Es el médico de Atención Primaria el que normalmente te deriva. Cuenta con medios de mayor complejidad y coste.

Para acceder a los Servicios de Salud necesitamos la Tarjeta Sanitaria que es un documento que identifica al ciudadano.

El Sistema Nacional de Salud se caracteriza por la universalidad, por ser gratuito y por la descentralización en su gestión. Se organiza el Sistema en tres niveles: Ministerio de Sanidad, a través de este, el gobierno central tiene la responsabilidad de promover la coordinación y cooperación en el sector sanitario, las Comunidades autónomas y dentro de estas las Áreas de Salud. Cada área cuenta con un hospital de referencia. Las competencias en materia de Sanidad están transferidas a las Comunidades Autónomas lo que comporta capacidad financiera y legislativa propia.

5 Discusión-Conclusión

Lo que pretendemos en un sistema sanitario universal y público es que el paciente reciba la atención con la mayor calidad posible, en el menor tiempo y con el menor coste. Si bien es cierto que nuestro Sistema Sanitario es uno de los mejores del mundo, aún tenemos cosas que mejorar sobre todo en lo que a reducir las listas de espera se refiere, el mal uso y la masificación de urgencias y ampliar las prestaciones de determinados servicios que pueden considerarse necesarios para tener una buena salud (ortodoncia infantil, gafas, etc.). Por otra parte, la pandemia nos demostró que el sistema sanitario no estaba preparado para un problema de tal magnitud.

6 Bibliografía

1. Sistema Nacional de Salud. www.sanida.gob.es

Capítulo 123

EL MOBBING EN LOS TRABAJADORES SOCIO SANITARIOS (CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS)

DIEGO RICO LÓPEZ

1 Introducción

El mobbing suele estar referido al ámbito laboral y consiste todas aquellas acciones que tienen como objetivo intimidar, vejar o degradar a un trabajador. El afectado es objeto de acoso y ataque sistemático durante mucho tiempo, de modo directo o indirecto, por parte de una o más personas. Para realizar este hostigamiento pueden emplearse diferentes métodos, por ejemplo, insultos, amenazas, humillaciones, aislamiento del resto de compañeros, difusión de rumores falsos, etc.

Por lo general suele tratarse de una violencia verbal o psicológica, aunque, en ocasiones pueden encontrarse casos en los que se llegue al plano físico o incluso al sexual. En la mayoría de los casos, este hostigamiento suele tener como objetivo degradar el clima laboral de la víctima, obligándole a aceptar condiciones laborales injustas o a abandonar el trabajo.

Las razones que pueden llevar al acosador a realizar mobbing pueden ser muy diversas, aunque, entre los más frecuentes, se encuentran los celos y la envidia. En ocasiones se produce cuando se incorporan nuevos trabajadores antes los que los empleados mas veteranos ven amenazadas su posición en la empresa, sus aspiraciones o incluso su puesto de trabajo. También puede darse el caso contrario en el que los nuevos empleados hostigan a sus compañeros más experimentados o a sus superiores con el fin de lograr su puesto de trabajo.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la existencia del mobbing que pueden sufrir los trabajadores sociosanitarios y exponer conceptos básicos (causas, tipos, etc.).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se han consultado publicaciones y páginas web sobre psicología laboral así como materiales y legislación sobre Prevención de Riesgos Laborales. También se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

Dentro de los procesos de mobbing se pueden distinguir cuatro fases:

1. Fase de conflicto. Es habitual que en cualquier lugar de trabajo surjan conflictos interpersonales como consecuencia de la existencia de personas o grupos con distintos intereses, objetivos, personalidades, formas de trabajar, etc. Estos conflictos pueden dar lugar a roces y discusiones que pueden ser resueltas positivamente a través del diálogo o ser el inicio de un problema mucho más profundo y grave. Es entonces cuando se entra en la siguiente fase.
2. Fase de mobbing o estigmatización. En esta fase el acosador pone en marcha una estrategia de hostigamiento de manera sistemática y prolongada en el tiempo utilizando una serie de distintos comportamientos con el objetivo de ridiculizar y apartar socialmente a su víctima.
3. Fase de intervención desde la empresa. Lo que en un principio es una situación solamente conocida por el grupo al que pertenecen acosador y acosado, pasa a ser conocida por la empresa. Pueden ser varias las formas en las que esta actúe. Cuando la situación se resuelve de forma positiva, la empresa lleva a cabo una investigación que suele conllevar el cambio de puesto del trabajador o del acosador.
4. Fase de marginación o exclusión de la vida laboral. Esta última fase suele conllevar el abandono de la empresa por parte del trabajador, la mayoría de las veces, después de haber pasado largas temporadas de baja médica.

Tipos de mobbing. Podemos distinguir distintos tipos de mobbing en función de quién realiza el acoso sobre quién o del objetivo que se persiga con él:

1. Mobbing horizontal. El acosador y la víctima se encuentran en la misma categoría profesional. Es decir, es un tipo de mobbing que se realiza entre compañeros de trabajo.
2. Mobbing vertical. En este caso, el acosador se encuentra en una categoría profesional o nivel jerárquico distinto al de la víctima. Es ascendente cuando uno o varios subordinados atacan o acosan a un superior (este suele ser el caso menos frecuente). Nos encontramos ante mobbing descendente cuando es el superior el que realiza el acoso abusando de su poder y hostigando a un subordinado.
3. Mobbing estratégico. Es un mobbing vertical descendente y se realiza de forma institucional por parte de la empresa con el objetivo de que el empleado abandone la empresa.
4. Mobbing perverso. El acoso no se debe a ninguna causa objetiva, solo a la mentalidad perversa o manipuladora del acosador. Esta clase de mobbing es una de las difíciles de solucionar y erradicar por parte de la empresa.
5. Mobbing discriminatorio. En este caso la víctima sufre el acoso al ser víctima de algún tipo de discriminación por razón de su sexo, raza, orientación sexual, apariencia física, orientación política, etc.

Ejemplos de mobbing laboral:

- Dirigirse a un trabajador con gritos, insultos y amenazas de forma continuada.
- Presionar al trabajador de manera insistente sobrecargándolo de trabajo u obligándolo a cumplir tareas plazos o tareas imposibles.
- Criticar de manera sistemática el trabajo de alguien, magnificando errores intrascendentes con el fin de minar su seguridad y autoestima.
- Difundir mentiras y calumnias con el fin de perjudicar la imagen profesional o personal del acusado.
- Despreciar cualquier opinión del acosado o, incluso, impedirle manifestar dichas opiniones.

5 Discusión-Conclusión

Las personas que son víctimas de mobbing sufren variadas consecuencias derivadas del acoso al que son sometidas. Hay consecuencias psíquicas (ansiedad, depresión, baja autoestima) físicas (pérdida de apetito, problemas de sueño, trastornos cardiovasculares) También hay consecuencias laborales, ya que suele producirse un menor rendimiento en el trabajo por parte del acosado.

Los trabajadores sociosanitarios (celadores y auxiliares administrativos), han de ser capaces de identificar las posibles situaciones de mobbing que puedan

producirse en su entorno laboral. Han de evitar ser partícipes del acoso u hostigamiento a otras personas y ser conscientes de que el mobbing puede ser considerado un delito. Por otra parte, las víctimas han de poner la situación en conocimiento del departamento de Recursos Humanos.

6 Bibliografía

1. Sanitas. Acoso laboral o mobbing: qué es [Internet]. Sanitas. [citado el 14 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/psicologia-psiQUIATRIA/acoso-psicologico/acoso-laboral-que-es.html>
2. Bendayan VA. Mobbing [Internet]. Psicoterapeutas. 2021 [citado el 14 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://psicoterapeutas.com/trastornos/mobbing/>
3. Abajo Olivares FJ. Mobbing: Acoso psicologico en El ambito laboral. Abeledo - Perrot; 2004.

Capítulo 124

TRABAJO SOCIAL Y MOBBING

DIANA BRAVO COSIO

1 Introducción

El término inglés mobbing hace referencia a acosar, hostigar o acorralar en grupo. Se podría definir el mobbing o acoso laboral como la acción de un hostigador que produce miedo o terror en un trabajador. Esta intimidación, perturbación o amenazas tendrían el objetivo de que la víctima abandone su puesto de trabajo. Algunas de las formas de acoso que puede ejercer un agresor serían gritar a la víctima cuando está sola o en presencia de otras personas, la asignación de objetivos inalcanzables, sobrecargar a un trabajador, amenazas o coacciones, cambiar de tareas a la persona, modificar sus responsabilidades sin informarle, tener acciones discriminatorias, ignorar, difamar a la víctima, infravalorar las acciones del trabajador, las críticas continuas, controlar las acciones de la víctima, ridiculizar, castigar, invadir la privacidad de la persona empleado animar a otros compañeros a participar en cualquiera de estas acciones.

Una persona que sufre mobbing podría acabar padeciendo algún tipo de enfermedad profesional, derivada del puesto de trabajo.

En este capítulo, se comienza desarrollando en que consiste el mobbing o acoso laboral, y se profundiza en las diferentes tipologías del mismo. Además, se hace un acercamiento a las consecuencias producidas por este tipo de acosos, tanto a nivel individual como organizacional.

Finaliza analizando la figura del trabajador social, dentro de este fenómeno social.

2 Objetivos

Definir el concepto de mobbing o acosos laboral.

Diferenciar las tipologías de mobbing.

Desarrollar las posibles consecuencias para el individuo y la organización provocadas por el mobbing.

Analizar el papel del trabajo social dentro del fenómeno del mobbing.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha investigado a través de diversos documentos acerca de la literatura existente en relación a fenómeno social del mobbing o acoso laboral. Se han consultado diversas páginas web oficiales. También se ha constatado la información con diferentes revistas del ámbito sanitario (Pubmed, Scielo, Medline).

4 Resultados

Una definición del mobbing o acoso laboral, se podría definir como el conjunto de acciones que implican violencia psicológica, como insultos, menosprecios, humillaciones, aislamiento..., que se ejerce en un entorno laboral, ya sea por parte de un compañero, un superior o un subalterno.

Existen diferentes formas de catalogar los tipos de mobbing o acoso laboral que se pueden dar. En este capítulo vamos a utilizar la siguiente diferenciación: según la posición jerárquica o según el objetivo.

Según la posición jerárquica, el mobbing se puede dar de manera horizontal o de manera vertical. En el primer caso, tanto la persona que ejerce el acoso como al víctima se encuentran en el mismo rango jerárquico. En el segundo caso, el agresor podría estar en un rango superior o inferior a la víctima. Diferenciamos entonces entre el mobbing ascendente, donde la figura del agresor la ocuparía el subordinado, y el mobbing descendente o bossing, donde son los empleados que ocupan rangos superiores los que ejercen este tipo de violencia sobre sus empleados.

Por otro lado, según el objetivo, existirían cuatro subtipos de mobbing: estratégico, de dirección o gestión, perverso o disciplinario.

Estratégico: el objetivo de este tipo de acoso sería que sea la víctima la que finalice su actividad laboral de manera voluntaria, para que la empresa no tenga que hacerse cargo de la indemnización correspondiente.

De dirección o gestión: en este caso la estrategia del acosador podría consistir en amenazas de despido, por no cumplir con objetivos laborales, por estar frente

a un trabajador reivindicativo con el fin de aumentar la productividad mediante formas de esclavismo laboral.

Perverso: la característica principal de este tipo de acoso es que el objetivo no está tan relacionado con los fines laborales, sino que se produce en casos de personas que tienen personalidades manipulativas.

Disciplinario: es un tipo de mobbing que persigue que nadie lleve la contraria a las directrices de los superiores, o en ese caso, serán castigados. Es una forma de acoso que afecta a nivel individual y grupal, puesto que sirve de amenaza para el resto de empleados, como muestra de las posibles repercusiones.

Las consecuencias del mobbing o acoso laboral suelen acarrear graves problemas para la persona que lo sufre, así como para la propia organización.

La víctima puede presentar síntomas a nivel físico, psíquico y social, como son depresión, ansiedad, pérdida de concentración, pérdida de memoria, abandono de tareas, problemas digestivos, cambios de personalidad, aislamiento, insomnio...

La organización se suele ver afectada en la productividad, debido a la pérdida de eficacia de sus empleados.

Una vez vistos estos aspectos en relación al mobbing, nos podríamos cuestionar el papel del trabajo social dentro de este fenómeno social.

Parece que una manera de intervenir sería mediante la prevención, a través de medidas de sensibilización a la población. Entre las ventajas de la intervención desde el trabajo social podríamos destacar el abordaje global de la situación.

Además, ya hemos visto los síntomas que podría presentar una persona que sufre mobbing, pudiendo considerarse otro colectivo de actuación, de manera que la intervención desde el trabajo social podría verse entendida, al igual que se realiza la intervención con otros colectivos como son mujer, infancia, minorías étnicas o tercera edad, puesto que atendiendo a las especiales circunstancias que concurren queda en situación de desigualdad social.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años, comienza a manifestarse y denunciarse un fenómeno social en el ámbito laboral que se denomina mobbing o acoso laboral. Este tipo de acoso provoca graves consecuencias en la salud física y psicológica de la persona que lo sufre. Además, también puede afectar a su vida personal. Sin olvidarnos que el objetivo de este tipo de acoso suele ser que la persona abandone su puesto de trabajo.

Ante esta tendencia, parece importante que analicemos si podría estar dentro del campo de actuación de la profesión del trabajo social, pareciendo a priori que si

podría considerarse como un nuevo ámbito de intervención de la misma.

6 Bibliografía

Hirigoyen, Marie France: “Acoso Moral Laboral” en: “Una amenaza silenciosa en la sociedad actual”. Editorial Psicolibros. Montevideo, mayo 2013

Parés Soliva, M. (2008). Trabajo social y Mobbing. El nuevo reto en la relación profesional de ayuda. Servicios Sociales y Política Social

Pagina web <https://dialnet.unirioja.es/>

[8/12/22]

Capítulo 125

ESTERILIZACION DE MATERIAL QUIRURGICO EN HOSPITALES

SERGIO RODRÍGUEZ VIGIL

1 Introducción

Las infecciones asociadas al medio sanitario constituye una causa importante de morbimortalidad en todo el mundo, siendo un grave problema dentro de la línea estratégica de la Seguridad del Paciente.

Una de las medidas más eficaces demostrada actualmente, es la esterilización del material que rompe la barrera cutánea o entra en contacto con cavidades estériles de los pacientes.

Una inadecuada práctica en el proceso de esterilización, conlleva riesgos, no solo para el paciente en lo referente a infecciones, también derivarían en aumento del gasto farmacéutico, así como repercusiones económicas por el posible deterioro de los instrumentos y equipos.

La esterilización es un proceso a través del cual se logra la destrucción total de los microorganismos presentes en determinados materiales.

Este procedimiento es de gran utilidad dentro del campo de la sanidad, ya que existen diferentes procesos que requieren la utilización de materiales estériles, como equipos quirúrgicos y otros materiales de uso médico y quirúrgico, con el fin de reducir el riesgo de infección en pacientes, así como el material de laboratorios de microbiología(descontaminación de material utilizado).

La esterilización se define como el proceso mediante el cual se destruyen todos los microorganismos viables presentes en un objeto o superficie, incluido las esporas microbianas. La probabilidad teórica de que exista un microorganismo viable presente en el producto resultante de la esterilización deberá ser igual o inferior

a 1 entre 1.000.000. Esta expresión es lo que se conoce internacionalmente como nivel (SAL) Security Assurance Level.

Para garantizar la esterilización del producto, no solo debemos utilizar un sistema válido y controlado adecuadamente, dependiendo este de la carga microbiana inicial, además del manejo y almacenaje posterior del producto.

2 Objetivos

Adquirir los conocimientos suficientes y habilidades necesarias para el control y mejoras de los procesos de esterilización.

Conocer de los diferentes métodos que utilizan la carga microbiana previa a esterilizar los productos de limpieza y desinfección (de alto, medio o bajo nivel).

Siempre que se desee realizar un proceso de este tipo, se debe realizar previamente una correcta limpieza del material a esterilizar.

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. También se consultaron las normas específicas a nivel nacional sobre estas medidas y Normativas Europeas.

4 Resultados

En el servicio central de Esterilización de cada Centro Sanitario se manejan los materiales y productos esterilizados de los diferentes servicios asistenciales, para realizar la entrega de estos productos esterilizados en unas perfectas condiciones de utilización.

La Central de Esterilización centralizada, ofrece distintas ventajas, como es la económica, por eso se tiende a centralizar normalmente lo máximo posible.

Existen diferentes métodos de esterilización según el procedimiento y los tipos de agentes utilizados (agentes físicos, mecánicos, químicos, ...) para la obtención de un resultado óptimo.

Además, también se deben tener en cuenta el proceso de control de la esterilización de los materiales mediante los indicadores usados, para poder asegurarse que los procesos, se han culminado satisfactoriamente.

Existen diferentes tipos de indicadores, dependiendo del tipo de esterilización que se vaya a realizar(indicadores físicos, químicos, biológicos, etc.).

El almacenamiento es parte esencial también del proceso, ya que se mantienen las condiciones de esterilización si este se realiza adecuadamente.

La duración de un material esterilizado se puede ver afectada también por su exposición al medio ambiente(medio en el que se encuentran almacenados).

Los materiales pueden perder también su esterilización por diferentes motivos como, rotura del empaquetado, humedad ambiental, almacenamiento inadecuado, transporte, contacto directo sin usar guantes de protección, etc.

El almacenamiento de los materiales estériles, puede dar lugar a problemas, por lo que hay que mantener algunas precauciones como:

Control de acceso al almacén, solo personal autorizado.

Control de la limpieza por parte del personal autorizado.

Control de temperatura y humedad ambiente.

Utilización de estantes adecuados para la colocación de los materiales

Dejar el material después del proceso de esterilizado a temperatura ambiente el tiempo necesario antes de ser empaquetado, evitando de esta manera la posible condensación(por temperatura y humedad) dentro del empaquetado.

5 Discusión-Conclusión

La esterilización es un proceso fundamental y muy eficaz en el ámbito sanitario, ya que permite garantizar la correcta desinfección en los diferentes materiales e instrumentos utilizados en los Centros Sanitarios(material quirúrgico, material de laboratorio, material médico, etc.) y con ello evitar las posibles infecciones y la proliferación bacteriana en los pacientes intervenidos.

Los materiales a esterilizar, previamente deberán someterse a una exhaustiva limpieza y descontaminación en la llamada (área sucia) y posteriormente en el área de acondicionamiento(área limpia) se realizará el sellado y empaquetado especial que permite el paso del agente esterilizante y a su vez impide el paso de los agentes contaminantes, para garantizar la correcta esterilización de los materiales.

6 Bibliografía

1. <https://www.hospitecnia.com>
2. <https://www.revista-portalesmedicos.com>
3. <https://www.codeinep.org>
4. <https://www.sergas.es>
5. <https://ingesa.sanidad.es>

Capítulo 126

ACOSO LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO

JESÚS MANUEL SUAREZ ALVAREZ

1 Introducción

En el desarrollo del presente capítulo se aborda una problemática, muchas veces, silenciosa, que ocurre en diferentes ámbitos laborales, centrándonos para ello en el entorno sanitario. Dicha problemática es el acoso laboral, también conocido como mobbing. Esta práctica consiste en la consecución de acciones violentas injustificadas, que puede adoptar diversos formatos: violencia psicológica, violencia física o incluso agresión sexual y que se prolongan en el tiempo de manera continua. Dichas prácticas producidas en el entorno laboral pueden ser llevadas a cabo entre compañeros y compañeras y, o superiores, incluso en ocasiones, esto es llevado a cabo por grupo de personas hacia una o varias trabajadoras y trabajadores.

Una de las condiciones necesarias para poder catalogar la violencia o vejación como mobbing, es que se produzca de manera consciente y voluntaria con el propósito de dañar a una determina persona, en este caso, la víctima.

En apartados posteriores analizaremos las diferentes formas en que puede presentarse el mobbing, así como las medidas se deben de adoptar si se sufre o se presencia.

Los centros sanitarios tienden a ser sistemas altamente jerarquizados donde confluyen gran número de trabajadores y trabajadoras en unas mismas instalaciones y con diversas categorías profesionales, hecho que favorece que existan estas lamentables situaciones.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación consiste en realizar un acercamiento conceptual al acoso laboral, en sus diversas modalidades, así como conocer las medidas que se han de llegar a caso si se sufre o se presencia el mobbing y los acosos existentes.

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 el ámbito sanitario pueden tener lugar distintas modalidades de acoso laboral, pudiendo encontrarnos con los siguientes tipos:

- Acoso discriminatorio: tiene lugar cuando la víctima se encuentra en una situación discriminatoria no deseada, por motivos raciales o de origen étnico, por su edad u orientación sexual, mediante la actitud del acosador de intimidación, humillación o desprecio con el fin de perjudicar su dignidad.
- Acoso institucional: tiene lugar cuando la víctima se encuentra en una situación no deseada de presión psicológica, hostigamiento, persecución y ofensa, llevada a cabo por uno o varios compañeros, con el consentimiento y la complicidad de todo el grupo, con el fin de alcanzar un beneficio colectivo.
- Acoso por razón de sexo: tiene lugar cuando la víctima recibe por parte del acosador algún tipo de conducta o comportamiento intimidatorio u ofensivo, en función del sexo, con el fin de menospreciar su dignidad.

Ejemplos de víctimas de este tipo de acoso, pueden ser mujeres que disfruten sus derechos y soliciten los permisos que les correspondan de maternidad, de lactancia o la reducción de jornada por cuidado de hijos.

- Acoso sexual: tiene lugar cuando la víctima se encuentra en una situación no deseada en la que el acosador ejerce sobre ella un comportamiento verbal o físico de naturaleza sexual, intimidándola y ofendiéndola con el fin de perjudicar su dignidad.

Hay varios tipos de conductas que componen el acoso laboral:

1. El trato vejatorio: consiste en ofender o despreciar a un compañero con frecuencia, corrigiéndolo y regañándolo en público y en contar falsos rumores sobre su vida privada o sobre su trabajo.
2. El abuso de autoridad: consiste en mandarle a la víctima hacer cosas que no pueda realizar o tareas inútiles que carezcan de valor, también se le puede dejar aislado e incomunicado del resto sin motivo, o tenerlo constantemente sin realizar ningún trabajo.
3. El acoso discriminatorio por ideas políticas, sindicales o creencias religiosas de la víctima, por poseer una discapacidad, ser una mujer embarazada, por su edad, su nacionalidad, su etnia, por su estado civil o por su orientación sexual.

5 Discusión-Conclusión

El Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios afirma que, en nuestro país, el 15% de los trabajadores y trabajadoras sufre acoso laboral, siendo la media europea de un 9%, es decir, 6 puntos inferior a los datos nacionales. Dentro de ese 15% de trabajadores y trabajadoras afectados por el mobbing, la mayor parte son mujeres con edades comprendidas entre los 35 y los 55 años, mientras que el 70% de los agresores son hombres.

El acoso laboral es una circunstancia que va aumentando cada año, dejando consigo una serie de consecuencias tanto el ámbito profesional como personas de las personas afectadas.

Para concluir, es preciso volver a señalar la importancia de la formación de todo el personal de los centros sanitarios en materia de acoso laboral, tanto para quienes ahí trabajan como para los usuarios de los mismos.

6 Bibliografía

- www.sanidad.gob.es
- www.astursalud.es
- www.ine.es
- www.isesinstituto.com

Capítulo 127

CONSECUENCIAS EMOCIONALES PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO ANTE LA MUERTE

MARIA YOLANDA ALONSO SORIA

1 Introducción

Uno de los momentos más duros y difíciles en la vida y en el trabajo tanto para sanitarios cómo no sanitarios es la llegada de la hora de la muerte.

Puede haber ocasiones en que se puede ir previendo o presentarse manera fulminante. Sea del modo que sea, siempre impresiona y es difícil afrontar ese momento; para poder afrontarlo es necesario contar con los equipos de material necesario, y con la preparación de los profesionales, tanto en el plano emocional cómo psicosocial.

El aumento de la esperanza de vida, así como la estructura de las familias (con menos miembros) y el hecho de que la mujer trabaje, el mal funcionamiento de las residencias y problemas en la hospitalización domiciliaria contribuyen a que muchos pacientes lleguen al hospital y fallezcan allí.

Se deben fomentar los conocimientos paliativos, y las habilidades emocionales para cubrir las necesidades de los pacientes en los momentos finales de la vida. Las medidas paliativas son distintas en pacientes oncológicos a las proporcionadas a pacientes con enfermedades no malignas. Todo esto conlleva a “que se muera mal” porque los profesionales no están preparados para ayudar a los pacientes a morir en paz y también para orientar y apoyar a las familias.

2 Objetivos

Analizar los comportamientos del personal sanitario y no sanitario ante la inminente o inesperada hora de la muerte; saber gestionar las emociones y actuar teniendo en cuenta que la muerte inevitablemente es el final de la vida.

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 y procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es necesario el uso correcto de los términos sobre el fin de la vida, esto ayudará a los profesionales a entenderse entre ellos, con el paciente y con los familiares. Una enfermedad terminal es una enfermedad avanzada e incurable, con una supervivencia inferior a 6 meses. La terminal oncológica se ha comprobado que el tumor desencadenará antes la muerte.

En la fase final de muchas enfermedades, la vida se apaga poco a poco, suele tener una duración inferior a una semana y si el nivel de conciencia va descendiendo, no suele superar los 3 días.

Van apareciendo alteraciones físicas; debilidad, sequedad en la piel, retención urinaria, variación de las constantes vitales, trastornos respiratorios, desorientación, agitación. Se puede pasar del silencio absoluto a crisis de ansiedad o angustia.

Habría que tomar medidas terapéuticas, como la sedación para evitar sufrimientos innecesarios. Deberíamos de ser capaces de afrontar la muerte como algo natural y certero. Ahí entran en juego las creencias religiosas y las leyes.

Los profesionales, la mayoría de las veces están sometidos a una gran carga de trabajo y a veces tienen que tomar decisiones rápidas que aumentan aún más el estrés, deben de manejar con mucha cautela las habilidades de comunicación, tanto con el paciente como con el entorno familiar y respetar los fundamentos morales basados en el respeto a la persona (libertad, intimidad y confidencialidad).

El paciente consciente puede y debe tomar decisiones sobre su persona y la sociedad y las instituciones deben basarse en el principio de justicia. El médico debe actuar bajo el principio de beneficencia y no maleficencia, es decir evitar daños al paciente utilizando todos los medios disponibles.

El principio de autonomía permite al paciente decidir sobre sí mismo con consentimiento libre e informado, asimismo los profesionales actuarán en consecuencia teniendo en cuenta la capacidad cognitiva del paciente. El personal no siempre puede perseguir la continuidad de la vida, no siempre hay cura, tomará decisiones por consenso y que garanticen la calidad asistencial.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación y la empatía son importantísimas en el personal hospitalario (sanitario y no sanitario) para relacionarse tanto con el paciente como con los familiares en cualquier momento pero más aún a la hora de informar y afrontar la muerte.

El trato diario con los pacientes hospitalizados, hace que se cree un vínculo emocional entre paciente y profesionales .Si el paciente mejora de sus dolencias, el profesional se sentirá más relajado y satisfecho.

Si por el contrario el deterioro del paciente es paulatino y se ve de día en día desmejorar, se creará un vínculo emocional aún más fuerte. Habrá que dedicar más tiempo a ese paciente, aún sabiendo que el fin es inevitable. Cuando llega ese momento, siempre es difícil. La labor de adecentar y amortajar el cadáver, es el último paso antes de ser retirado por la funeraria.

Los profesionales deberán tener la preparación adecuada para afrontar la hora de la muerte. No es lo mismo ver morir un niño, que un paciente con una larga enfermedad, una víctima de accidente de tráfico, un suicidio. Todas son distintas, pero siempre impactantes y una vez terminada la jornada laboral deberemos de ser capaces de desconectar de ese momento que hayamos vivido durante la jornada laboral.

6 Bibliografía

<http://scielo.isciii.es>.

Capítulo 128

MASCARILLAS CONTRA AGENTES BIOLÓGICOS

SARA MATILLA IGLESIAS

LORENA ABREVAYA GONZÁLEZ

LUCIA VIDAL PEREZ

1 Introducción

La pandemia vivida durante estos dos últimos años ha puesto de manifiesto la utilidad de las mascarillas como método de prevención frente a agentes biológicos que se transmiten por vía aérea, ya sea en nuestro entorno familiar o en el centro de trabajo.

Generalmente, la transmisión de un patógeno por vía aérea se produce al inhalar las gotitas (también denominadas "fómites") presentes en las secreciones respiratorias del infectado (tos, estornudos) cuando este se encuentra a una distancia inferior a 2 metros. Sin embargo, en el caso reciente del virus COVID-19 se demostró que el contagio en muchos casos se producía mediante los aerosoles que el infectado emitía. Siendo estos unas gotitas microscópicas de menor tamaño que los fómites, las cuales podían permanecer largos periodos de tiempo en suspensión en una estancia cerrada y propiciar así el contagio, sin que la distancia con el portador del virus fuera un impedimento. Otra forma de contagio relacionada con la vía aérea está en compartir objetos contaminados con las secreciones del portador del microorganismo en un breve periodo de tiempo.

En cualquiera de las situaciones descritas con anterioridad, es posible reducir drásticamente el riesgo de contagio si se utiliza la mascarilla apropiada para cada caso.

2 Objetivos

El objetivo principal consiste en recopilar información sobre los distintos tipos de mascarillas contra patógenos respiratorios.

Por otra parte, definir qué mascarilla resulta más aconsejable durante el desempeño de nuestro trabajo en un centro sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo se han consultado las recomendaciones en cuanto a la utilización de mascarillas proporcionadas por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) y el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

Por otra parte, también se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Google.

4 Resultados

Existen mascarillas filtrantes para evitar la inhalación de determinadas partículas y sustancias químicas. Dentro de aquellas que nos protegen contra agentes biológicos podemos diferenciar:

- Mascarillas higiénicas o de barrera: elaboradas con tela, de forma artesanal en muchos casos. Cubren boca, nariz y barbilla. No se considera un producto sanitario al uso; de hecho, la UNE (Asociación Española de Normalización) no las incluye en la categoría de EPI (equipo de protección individual). Pueden ser utilizadas por adultos o niños sanos que no puedan llevar una mascarilla quirúrgica o filtrante por determinadas circunstancias, pero nunca será la mascarilla de elección en nuestro puesto de trabajo en un centro sanitario.
- Mascarillas quirúrgicas: utilizadas tradicionalmente en quirófanos, donde cumplían una doble función. Permitían protegerse de salpicaduras de los fluidos del paciente, mientras que al mismo tiempo contribuían a mantener la esterilidad del espacio de trabajo. Como ocurre con las mascarillas higiénicas, no son

realmente efectivas para proteger del contagio por vía aérea, pero sí que reduciremos significativamente la emisión del microorganismo al ambiente (su tamaño de poro es de 2 micras y se fabrican con entre 3 y 5 capas). La efectividad aumenta si son utilizadas por todo el personal sanitario y pacientes.

-Mascarillas filtrantes: protegen eficazmente de la inhalación o exhalación de agentes patógenos al ambiente. Según se recoge en la norma europea EN 149, existen 3 tipos distintos en función del nivel de protección. Para establecer esta clasificación se tiene en consideración tanto la capacidad de filtración como el VLA (valor límite ambiental de exposición diaria):

1. FFP1: eficacia de filtración de hasta el 78%, con concentraciones ambientales de hasta 4 VLA. Tamaño de poro de 2 micras.
2. FFP2: eficacia de filtración de hasta el 92%, con concentraciones ambientales de hasta 12 VLA. Tamaño de poro de 0,3 micras.
3. FFP3: eficacia de filtración de hasta el 98%, con concentraciones ambientales de hasta 50 VLA. Tamaño de poro de 0,023 micras.

En ocasiones, estas mascarillas llevan una válvula de exhalación que facilita la respiración y las hace más confortables durante periodos prolongados de uso. Se desaconseja el uso de este modelo con válvula, ya que podrían dispersarse aerosoles al ambiente.

5 Discusión-Conclusión

En vista de lo expuesto en el apartado anterior, elegiremos una mascarilla u otra en función de la virulencia del agente y de la concentración ambiental. En nuestro caso particular, los trabajadores de centros sanitarios utilizaremos siempre mascarilla FFP2 en caso de mostrar síntomas de infección respiratoria, o bien, cuando estemos en contacto directo con pacientes especialmente vulnerables. En condiciones normales, se seguirá utilizando la mascarilla quirúrgica en todo el centro, tanto pacientes como trabajadores. Su coste económico es menor y se ha demostrado ampliamente su efectividad ante la propagación de los principales virus respiratorios. Cabe recordar también la importancia de reemplazar la mascarilla por una nueva con frecuencia: cada 4 horas en caso de quirúrgica y cada turno en caso de FFP2.

6 Bibliografía

HICPAC 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings.

UNE-EN 149:2001 + A1:2010 Dispositivos de protección respiratoria. Medias más-caras filtrantes de protección contra partículas. Requisitos, ensayos, marcado.

UNE-EN 143:2001+ A1:2006 Equipos de protección respiratoria. Filtros contra partículas.

Requisitos, ensayos, marcado.

NTP 571: Exposición a agentes biológicos: equipos de protección individual., Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al nuevo coronavirus (SARS-COV-2). Ministerio de Sanidad, 19 junio 2020.

Capítulo 129

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

MARÍA ROSA LÓPEZ GÓMEZ

1 Introducción

Se puede definir como comunicación al intercambio de información entre dos o más personas, es decir, comparten información o ideas sobre ciertos asuntos manteniendo un tema de conversación.

Los pasos de la comunicación pueden ser la formación del mensaje, codificación, transmisión del mensaje y de la señal y la interpretación del mensaje.

Esta puede tener tres personas básicas como el emisor, receptor y dispositivos o medios de transmisión de la comunicación.

También puede ser el intercambio de información de forma verbal con otros seres o personas. Su finalidad es crear acciones, entendimiento o emitir diferentes ideas. El emisor tiene como cargo emitir información verídica y que sea confirmada por más personas.

Puede haber dos tipos de comunicación, la verbal y la no verbal. En la mayoría de casos en un solo mensaje se combina la comunicación verbal y no verbal como por ejemplo los anuncios de la televisión, la sala de cine o un cuento, libro o cómic. También hay comunicación bilateral y unilateral.

La comunicación bilateral es cuando el receptor puede hacer también de emisor y tiene lugar una conversación. La comunicación unilateral se da cuando el receptor no puede hacer de emisor solo hace de receptor como lo que es.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo debe es tener en cuenta la comunicación verbal y no verbal que es utilizada todos los días de nuestras vidas.

3 Metodología

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

4 Resultados

La comunicación no verbal es aquella en la que se transmite los mensajes, pero sin ser de forma hablada como por ejemplo el uso de signos, gestos, expresiones faciales, forma en que una persona viste, contacto visual. La comunicación oral tiene elementos no verbales como cuando una persona experimenta sorpresa, interés, desinterés, miedo, cansancio y otro tipo de sensaciones. También destaca como ejemplos de comunicación no verbal, las sirenas de los coches de la policía, sirena de las ambulancias, gestos, emoticonos del WhatsApp , guiño de los ojos, sonidos de los coches o del medioambiente, colores u otros muchos más.

La comunicación verbal es aquella en la que usamos la comunicación oral entre dos personas o más donde se intercambia información o ideas. Dependiendo de como el emisor emita información, es decir, depende de su tono, de la forma en como lo dice, pues el receptor lo interpreta de una forma u otra, aunque veces pueden tener lugar a ciertas interjecciones o distorsiones que puede causar que haya malentendidos entre las relaciones interpersonales entre emisor y receptor. El lenguaje de los seres humanos puede conocerse como el sistema de símbolos o signos mediante los cuales se comunican entre ellos y se construyen o se forman mensajes.

Este aprendizaje se da durante la etapa de la niñez, primero los bebés reproducen sonidos o alguna sílaba suelta hasta que comienzan a aprender a hablar, pero en este caso los bebés poseen una comunicación no verbal y a medida que van creciendo es verbal. En la comunicación verbal se dice que es oral porque se producen palabras. También puede existir la comunicación escrita como la escritura de cartas, mensajes u otros métodos de comunicación.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro se debe de decir que la comunicación es imprescindible tanto para la vida diaria como para las relaciones entre miembros de una empresa o entre amigos, entre familiares, etc.

Desde que somos pequeños poco a poco vamos aprendiendo las letras y en el colegio nos enseñan a leer y escribir y es donde se coge más soltura y donde se empieza a hablar.

Todas las personas nos comunicamos para todas las actividades o gran mayoría de funciones que se hagan o se lleven a cabo a lo largo de nuestras vidas porque es el método de comunicarnos.

6 Bibliografía

Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED, Ciudad de La Habana , v. 13, n. 6, dic. 2005 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. accedido en 11 dic. 2022.

Capítulo 130

EL USO DE MASCARILLA PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO A CAUSA DEL COVID-19

ALBA TRAPIELLO RODRIGUEZ

MARIA MERCEDES REY FERNANDEZ

1 Introducción

En 1910, Wu Lien Teh estudió cómo una mascarilla de tela podría controlar epidemiológicamente las enfermedades(1). Su aportación fue clave durante la peste de Manchuria. Aunque Wu diseñó la mascarilla de tela que se utilizó en casi todo el mundo a principios del siglo XX, señaló que la transmisión aérea de la peste se conocía desde el siglo XIII y que se recomendaba cubrirse la cara para protegerse de las pandemias respiratorias desde el siglo XIV. Las mascarillas han seguido usándose generalizadamente en Asia, sin embargo, en el resto del mundo se descartó esta práctica hasta la actual pandemia de COVID-19. A finales de junio de 2020, casi el 90% de la población mundial vivía en regiones en las que el uso de la mascarilla era casi universal, o en las que había leyes que exigían el uso de la mascarilla en algunos lugares públicos y el uso de la mascarilla en la comunidad era recomendado por casi todos los principales organismos de salud pública esto supone un cambio radical respecto a los primeros días de la pandemia, cuando las mascarillas se recomendaban o utilizaban con poca frecuencia.

En la actualidad tenemos varios tipos de mascarillas disponibles y debemos saber cuáles son y qué uso se les debe hacer, para poder elegir correctamente nuestro equipo de protección individual.

2 Objetivos

- Describir el uso y necesidad de las mascarillas durante la pandemia.
- Analizar cada tipo de mascarilla disponible y su efectividad ante el COVID-19.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo del libro "Salud Hospitalaria", se realizó una revisión bibliográfica sistemática en inglés con los términos "mask", "COVID-19", "surgical mask", "pandemic" y "face mask" en las bases de datos PubMed, Scopus y en Google Scholar.

4 Resultados

Cada día surgen nuevos datos sobre la transmisión del COVID-19(2). Se trata principalmente de una enfermedad respiratoria y la propagación de la infección por este virus puede abarcar desde personas con síntomas leves y no respiratorios hasta una dolencia respiratoria aguda extrema, junto con disfunción de órganos, sepsis y muerte, mientras que algunas personas infectadas son asintomáticas. Según informes recientes(2), el coronavirus se transmite entre las personas a través de las vías de contacto y las gotitas respiratorias. La transmisión también puede producirse a través de fómites en el entorno inmediato de la persona infectada. Por tanto, la transmisión puede producirse por contacto directo con una persona infectada, o indirectamente por contacto con superficies u objetos utilizados en o por la persona infectada.

Informaciones recientes describen que la máxima propagación del COVID-19 se produce de las personas sintomáticas a otras en contacto cercano, cuando no llevan el equipo de protección individual (EPI) adecuado(2). Entre las personas infectadas con síntomas, se puede encontrar ARN viral en sus muestras, semanas después del comienzo de la enfermedad. Sin embargo, en el caso de las personas moderadamente infectadas, el virus viable no se descubrió después de 8 días del inicio de los síntomas, aunque esto puede cambiar en el caso de los pacientes muy enfermos. En la transmisión presintomática, la persona infectada sin síntomas puede transmitir el virus a otras personas. El SARS-CoV-2 tiene un periodo de incubación de 5 a 6 días, pero puede durar hasta 14 días.

El uso de mascarillas quirúrgicas en pacientes con tuberculosis pulmonar, reduce significativamente la transmisión. Además, la mascarilla quirúrgica evita la transmisión de otros coronavirus humanos durante la tos. También se ha descrito que

las mascarillas quirúrgicas y N95 son igualmente eficaces para prevenir la gripe y enfermedades similares a la gripe.

La investigación centrada en la divulgación de aerosoles ha descubierto que todos los tipos de mascarillas son, al menos, algo beneficiosos para defender al portador(2), a pesar de su ajuste inadecuado. Sin embargo, es probable que el examen de la filtración de partículas juzgue mal la eficacia de las mascarillas, ya que el número de partículas que se segregan en forma de aerosol es relativamente pequeño. Tanto las mascarillas caseras como las médicas son considerablemente útiles para minimizar el número de microorganismos y pueden reducir la propagación de la infección, aunque la mascarilla quirúrgica es mucho mejor y más útil para obstruir la transmisión en comparación con las mascarillas caseras.

La pandemia de COVID-19 causada por el virus SARS-CoV-2 surgió en diciembre de 2019 y supuso una enorme amenaza sanitaria mundial(3). La pandemia avanzó rápidamente y las medidas preventivas aplicadas para controlar y mitigar su alta transmisibilidad implicaron un aumento repentino de la demanda y el consumo de productos de plástico por parte del público en general y del personal sanitario y de servicios. La OMS reconoce que "el uso de una mascarilla médica es una de las medidas de prevención que pueden limitar la propagación de ciertas enfermedades víricas respiratorias, incluida la COVID-19" (OMS, 2020). En la actualidad, las autoridades sanitarias recomiendan o incluso imponen el uso de mascarillas por parte del público, tanto en espacios abiertos como cerrados. El uso de mascarillas simultáneamente con el distanciamiento social (Leung et al. 2020; Chu et al. 2020; Stutt et al. 2020) se ha convertido en una recomendación universal para reducir los riesgos de emisión e inhalación de partículas que contienen virus(4).

Según la estimación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OMS, 2020), se necesitan 89 millones de mascarillas médicas para la respuesta al COVID-19 cada mes en todo el mundo, así como 129.000 millones de mascarillas para el público en general. Las mascarillas seguirán siendo un producto de uso necesario a largo plazo y hay dos aspectos que deben considerarse: el impacto medioambiental derivado del consumo masivo de mascarillas desechables y su efecto sobre la salud humana debido al uso prolongado y diario de las mismas

La mascarilla de tela es barata y está hecha de tela de algodón de uso cotidiano que se coloca sobre la boca y la nariz. Muchas autoridades sanitarias tuvieron instrucciones de utilizar estas mascarillas de tela para protegerse cuando no hubo existencias de mascarillas médicas. Se fabrican únicamente con diversas variedades de material de tela. Los estudios demuestran que la eficacia de estas mascarillas de tela, en comparación con la mascarilla N95, es menor contra

el SARS-CoV-2, pero aún así podrían proporcionar la protección básica. Proporcionan al usuario protección contra los contaminantes del aire como el polen y las partículas de polvo. Por lo tanto, se aprobó de forma limitada en caso de pandemia.

2. Mascarillas quirúrgicas:

Durante la emergencia sanitaria mundial provocada por el COVID-19, la OMS recomendó el uso de mascarillas médicas o quirúrgicas por parte de enfermeras, médicos, pacientes y todo el personal hospitalario, así como de todas las unidades sanitarias, para protegerse de la exposición al COVID-19. Se utiliza una cubierta facial médica resistente a los fluidos (Tipo-IIR) para mantenerse a salvo de las gotitas. Si lo lleva el enfermo, subestimaré la disolución de enormes gotas respiratorias que defenderán a los trabajadores tanto de las gotas como de la influencia de la transmisión de los virus. Si lo lleva el personal sanitario, protegerá contra la comunicación de las gotitas, cuando esté a 1-2 m de la otra persona. Se calcula una eliminación del peligro de al menos el 80%

Las mascarillas FFP 1/2/3 o NIOSH y otras mascarillas filtrantes son mascarillas de respiración con sellado y son capaces de proteger a los trabajadores de la salud, especialmente a aquellos que entran en contacto directo con los pacientes. Este dispositivo provoca un bloqueo alrededor de la nariz y la boca y tiene fibras entrelazadas con filtros. Los diferentes tipos de respiradores reconocidos por el NIOSH se conocen popularmente como respiradores FFP. Según la forma, pueden ser (i) del tipo de modelo de copa o (ii) del tipo de modelo de pliegue o (iii) del tipo de modelo lineal.

5 Discusión-Conclusión

Antes de la pandemia de COVID-19, el uso de mascarillas estaba ampliamente conocido en las regiones y ciudades asiáticas. Las mascarillas FFP 1/2/3 o NIOSH y otras mascarillas filtrantes son mascarillas de respiración con sellado y son capaces de proteger a los trabajadores de la salud, especialmente a aquellos que entran en contacto directo con los pacientes. Este dispositivo provoca un bloqueo alrededor de la nariz y la boca y tiene fibras entrelazadas con filtros. Los diferentes tipos de respiradores reconocidos por el NIOSH se conocen popularmente como respiradores FFP. Según la forma, pueden ser (i) del tipo de modelo de copa o (ii) del tipo de modelo de pliegue o (iii) del tipo de modelo lineal.

6 Bibliografía

Wikipedia

La OMS

Capítulo 131

LA FECTACION DEL COVID -19 EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

ALBA TRAPIELLO RODRIGUEZ

MARIA MERCEDES REY FERNANDEZ

1 Introducción

El 7 de enero de 2020 el gobierno de China detectó un brote de un nuevo virus de la familia coronaviridae al que se denominó SARS-COV-2.

A finales de enero de ese mismo año el Comité de Emergencias de Salud Pública dio importancia internacional a este brote y la OMS de nomina al SARS -COV-2 como COVID-19 (coronavirus infectious disease).

En España es el 14 marzo de 2020 cuando se decreta Estado de Alarma Sanitaria. El personal sanitario trabaja desde el inicio de los casos para luchar contra la pandemia mundial haciéndolo en muchas ocasiones en condiciones no óptimas, bien por falta de recursos materiales (falta de equipos de protección individual, mascarillas insuficientes o defectuosas...) o profesionales, debido a la alta presión asistencial.

Desde que se notificara el primer caso de coronavirus en España a finales de febrero de 2020 , el número de personas contagiadas y fallecidas no ha dejado de crecer con una cifra total de contagios de 4,96 millones y 86.397 fallecidos. (A fecha de septiembre 2021)

En España la cifra de profesionales sanitarios contagiados es significativa siendo 91.101 afectados en total , 23.838 trabajadores de centros sociosanitarios, 57.290

de centros sanitarios y 9.973 profesionales sanitarios trabajadores en centros no sanitarios.

La comunidad Valenciana es la región española con más contagios entre personal sanitario notificados (13.825), seguida por Cataluña (13.373) , Andalucía(11991) y Castilla y León (9.010) , superando los cinco mil casos Madrid ,Castilla la Mancha y Galicia.

A este número de contagios se suma una serie de factores de estrés a los que el personal sanitario se ha visto y se ve sometido a diario, factores que le hacen más vulnerable con respecto a la población general, a desarrollar problemas no solo físicos, sino también psicológicos a consecuencia de la pandemia a la que se enfrenta.

2 Objetivos

- Realizar una búsqueda bibliográfica sobre los efectos de la pandemia en el personal sanitario en España.
- Identificar aquellos factores de estrés relacionados con la pandemia por Covid que potencialmente pueden producir efectos físicos y psicológicos nocivos en el personal sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos contrastadas como Pubmed, MedLine ,sciencedirect y el buscador Google académico.

Se consideraron otras publicaciones , artículos de revisión , así como resúmenes e informes.

Como descriptores de búsqueda se utilizaron los términos Covid-19, Pandemia y estrés.

4 Resultados

A pesar de que se trata de un tema muy reciente existe amplia bibliografía sobre los efectos nocivos de la pandemia en el personal sanitario así como sobre la importancia de poner medios para minimizar los estresores que la pandemia produce en ellos .

Hemos encontrado incluso estudios realizados en nuestro país en los que queda sobradamente demostrado que la pandemia de la COVID-19 ha producido entre los profesionales sanitarios síntomas similares a los del burn out como ansiedad ,estrés , depresión e insomnio. Estos efectos se producen en mayor número entre las mujeres y profesionales de mas edad sufriendo una mayor sintomatología aquellos trabajadores en primera línea o contacto estrecho con el paciente covid. Durante la pandemia el profesional sanitario ha tenido que adaptarse a trabajar con medidas de aislamiento , reinventándose turnos , improvisando circuitos asistenciales y teniendo que optimizar los recursos disponibles.

A largo plazo el personal sanitario podría llegar a presentar trastornos de estrés postraumático sufriendo problemas cardiovasculares, trastornos del sueño, músculo esqueléticos y gastrointestinales Esto supondría un aumento significativo de baja laboral entre el personal sanitario .

Estamos ante una pandemia mundial, un desafío donde los profesionales sanitarios juegan un papel protagonista por lo que es necesario llevar a cabo un plan de acción de calidad para erradicar estresores y minimizar el impacto psicológico que la pandemia ha provocado en el país.

Superada la pandemia será el momento de llevar a cabo un seguimiento estrecho a corto , mediano y largo plazo del personal sanitario identificando y tratando adecuadamente alteraciones y ayudándoles a recuperar su confianza y seguridad en el manejo al paciente.

Nos encontramos ante una situación sin precedentes que nos plantea múltiples retos, pero tras esta revisión bibliográfica queda claro que no es poca la bibliografía que describe la necesidad presente y futura de desarrollar estrategias de cuidado al profesional sanitario basadas en tratamientos multimodales que introduzcan hábitos saludables y mejoren sus habilidades relacionadas con la inteligencia emocional.

5 Discusión-Conclusión

Después de una búsqueda profunda de distintos artículos y bases de datos resulta concluyente que el personal sanitario que ha trabajado y trabaja en primera línea asistencial con enfermos covid precisa de ayuda para afrontar todos los factores de estrés que se derivan de la pandemia que estamos viviendo.

Sería importante que los distintos gobiernos de nuestro país destinasen recursos de calidad a cuidar de su personal sanitario y dotarles no solo de recursos materiales suficientes, sino también de recursos psicológicos para enfrentarse a las nuevas situaciones sin que esto supusiera un detrimento en su salud física y

mental.

6 Bibliografía

Wikipedia

Salud.net

Capítulo 132

EL GRAN VALOR DE UN CORRECTO LAVADO DE MANOS EN EL TRABAJO

PAULA FERNANDEZ MENENDEZ

SONIA COLLAR RODRIGUEZ

1 Introducción

Las manos son un vehículo transmisor de agentes patógenos por contacto.

Se ha demostrado que el lavado higiénico de manos es una medida de primer grado dentro de la eficacia en la prevención, es decir, es de eficacia probada.

Con el lavado de manos estamos consiguiendo eliminar la suciedad (tanto polvo, como grasa, restos de comida, etc.), eliminaremos la flora transitoria y también disminuir la flora residente, dejar un residuo de producto desinfectante que retrase el crecimiento bacteriano en la piel. Hay una técnica estándar para todo el mundo, sobre todo en cuanto a la duración, sustancia empleada y técnica de lavado.

Es muy valioso dejar constancia de la importancia que conlleva la retirada de todos los anillos, pulseras, así como de dejar claro que las uñas también deberán estar muy bien cuidadas y cortas.

Es una técnica obligatoria y repetitiva en el ámbito sanitario.

Existen varios tipos de lavado de manos:

-Lavado de manos higiénico. Es el más habitual, con el objetivo de reducir la flora transitoria de la piel.

-Lavado de manos antiséptico. Con el objetivo de eliminar la flora residente en la piel.

-Lavado de manos quirúrgico. Con el objetivo de eliminar y disminuir al máximo la flora residente en la piel.

El lavado de manos es una de las medidas más importante para reducir la incidencia de las infecciones.

2 Objetivos

Detallar el adecuado orden de pasos a seguir para un lavado de manos higiénico para el aumento de la eficacia del mismo, así como crear un hábito saludable.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una rigurosa investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura ya existente. Se ha efectuado una indagación ordenada de libros y también se han consultado artículos en las primordiales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, donde se han elegido artículos científicos procedentes de divulgaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es el lavado más común que se utiliza de forma sistemática por parte del personal sanitario. Es el lavado más básico y se realiza siempre antes y después de entrar en contacto con pacientes o realizar alguna técnica o tarea básica. Es cierto que muchas veces no se acaba llevando a la práctica tantas veces como se debería, ya sea por: falta de tiempo, que suele irritar bastante las manos, un acceso deficiente a un sitio donde nos podamos lavar las manos en el momento necesario, al uso de guantes que produce en las personas una seguridad la cual no se produce, la falta de concienciación (ya que muchas personas no ven la importancia de hacerlo).

A raíz de la pandemia por la COVID-19, se hizo notorio esta sana costumbre, que se ha convertido en protagonista en los medios de comunicación y en las redes sociales.

La técnica paso a paso a seguir será la siguiente:

El lavado deberá de durar como mínimo veinte segundos. Procederemos a mojarnos las manos con abundante agua, incluyendo las muñecas. A continuación, cogeremos el suficiente jabón como para cubrir toda la superficie que deseamos lavar, frotaremos bien la palma de las manos y los dedos de ambas manos, insistiendo en las uñas y los espacios interdigitales.

Aclararemos con abundante agua, cerraremos el grifo utilizando papel limpio desechable, en el caso que no se tenga accionamientos automatizados, de codo o pedal.

Secar al detalle todas las partes de la mano incluyendo las muñecas y nuestras manos ya estarán perfectamente limpias y seguras para poder desarrollar con total tranquilidad la actividad que deseemos realizar.

Un buen higienizado de manos también se podría realizar, teniendo las manos limpias de suciedad, aplicando un gel con una base de alcohol con el cual nos frotaríamos las manos hasta el total secado de estas.

5 Discusión-Conclusión

Padecer o no una enfermedad está a un simple lavado de manos de distancia. En nuestras “manos” está poder evitar la transmisión de enfermedades, ya que un buen lavado de manos es primordial para frenar la propagación de virus y bacteria.

También es muy importante el uso de desinfectantes a base de alcohol.

A día de hoy existe suficiente seguridad científica que demuestra que el lavado de manos puede prevenir numerosas enfermedades e infecciones. Se trata de un procedimiento veloz, sencillo de llevar a la práctica, con gran acogida en el personal sanitario y no sanitario y muy económico.

Si existe un conocimiento en la importancia de un buen lavado de manos para la prevención de muchas enfermedades, hemos mejorado mucho, pero la verdad es que todavía no se realiza todas las veces que con certeza se necesitan. Sería indispensable más esfuerzos en formar, vigilar y motivar a todas las personas para que aumentemos las veces que realicemos este correcto lavado de manos al cabo del día.

6 Bibliografía

<https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2021-higiene-manos-salva-vidas>
<https://www.unicef.org/es/coronavirus/todo-lo-que-debes-saber-sobre-el-lavado-de-manos-para-protegerte-del-coronavirus-covid19>
<https://seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-higiene-manos/diez-preguntas-clave-sobre-higiene-manos/>

Capítulo 133

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS

MARIA LUISA PALACIOS LOPEZ

1 Introducción

Podemos definir los primeros auxilios como los cuidados inmediatos que se dan a una persona que está o accidentada o enferma en el mismo lugar de los que se ha producido los hechos, hasta que actúen los servicios de urgencia. La asistencia en los primeros cinco minutos de una situación de emergencia es fundamental.

Tener un conocimiento básico de primeros auxilios nos puede ayudar a salvar la vida de una persona o minimizar el riesgo de lesiones. Estos conocimientos son los mínimos imprescindibles que tiene que tener cualquier persona para que, en nuestro deber de prestar ayuda, sea eficaz el auxilio de un herido o enfermo en circunstancias repentinas.

Se trata de los cuidados inmediatos, adecuados y provisionales que se prestan a las personas accidentadas o con una enfermedad súbita antes de se que puedan atendidos por el servicio de emergencias o trasladados a un hospital.

Estos primeros auxilios son los que corresponden a la antesala de otros más exhaustivos como los que se realizan en una clínica o centro hospitalario.

Los primeros auxilios son especialmente importantes y vitales en cualquier ámbito de la vida, por ello, es frecuente, que en las empresas, los empleados tengan formación en prevención de riesgos laborales que incluya información acerca de primeros auxilios y también que sea habitual que los estudiantes cuenten con diversas clases sobre los mismos.

Los objetivos de los primeros auxilios son:

- Conservar la vida del paciente
- Impedir que las lesiones se agraven.
- Ayudar y acompañar al enfermo en el mismo lugar del suceso y asegurar su traslado al hospital más cercano.

2 Objetivos

Resaltar la importancia de tener conocimientos en primeros auxilios básicos.

3 Metodología

El presente capítulo se ha realizado mediante consulta y revisión de numerosas fuentes bibliográficas, así como artículos en las principales bases de datos: Scielo, Google académico y Wikipedia, seleccionando textos científicos de publicaciones académicas revisadas y manuales en técnicas de primeros auxilios.

4 Resultados

Los primeros auxilios son de tal importancia que si una de cada cinco personas conocieran las técnicas de los mismos, se reducirían los índices de mortalidad. Existen muchas situaciones en las que la salud de una persona puede verse afectada, pero solo en algunas, como las que suceden de forma súbita, requieren de primeros auxilios.

Estas situaciones pueden ser, por ejemplo, asfixias, traumatismos o hemorragias, por las que una persona puede tener riesgo inmediato de muerte.

Ante una emergencia lo primero que tenemos que hacer es comprobar que el herido se encuentra en un lugar seguro, y avisar siempre que sea posible, al 112 para pedir ayuda, después ya podemos socorrer al herido y comenzar con las maniobras de Primeros Auxilios intentando siempre mantener la calma.

Es fundamental tener unos conocimientos mínimos de primeros auxilios ya que los accidentes o las enfermedades pueden ocurrir de forma inesperada, muchas veces la resolución depende de los primeros minutos, ya que no pedir ayuda o no hacer nada puede empeorar la situación.

Los primeros auxilios son en todo caso, la asistencia inicial de emergencia que se le facilita a una persona víctima de una lesión o enfermedad que aparece de

manera repentina.

Son un conjunto de técnicas muy simples y fáciles que puede realizar cualquier persona de manera adecuada tras una sencilla formación.

Alguien con conocimientos en primeros auxilios se convierte en un arma fundamental en el manejo de la situación, ya que facilita la labor posterior de los profesionales de urgencias y personal sanitario que intervengan más adelante. Esta persona es la que va a atender a la víctima en primer lugar, pudiendo aliviar su dolor y estabilizarlo de forma puntual, es siempre la fase inicial de la asistencia.

5 Discusión-Conclusión

El hecho de poseer conocimientos de primeros auxilios es decisivo para poder ayudar en situaciones de urgencia, puesto que los primeros minutos son siempre fundamentales ya que podemos salvar la vida de una persona o disminuir sus lesiones.

Hay que tener en cuenta además, que si bien, los primeros auxilios son algo muy importante, también pueden ser contraproducentes si no se aplican de forma correcta, porque practicarlos de forma inadecuada puede ser perjudicial para la víctima pudiendo llegar a causar más daños y que las consecuencias sean peores.

Es fundamental para evitar esto contar con una buena formación, ya que todos nosotros, podemos hacer algo que ayude a salvar la vida de una persona en un momento determinado.

6 Bibliografía

1. <https://www2.cruzroja.es/cursos-primeros-auxilios>.
2. https://es.wikipedia.org/wiki/Primeros_auxilios
3. <https://definicion.de/primeros-auxilios/>

Capítulo 134

EL USO OBLIGATORIO DE LA MASCARILLA Y MEDIDAS HIGIÉNICAS.

MARÍA ROSA LÓPEZ GÓMEZ

1 Introducción

Se define mascarilla al método de protección que está hecho o creado para proteger a la persona infectada o contaminada, de la aspiración de sustancias o partículas nocivas en la salud de las personas como humo, vapor, gases tóxicos, partículas en suspensión en el ambiente como agentes patógenos, microorganismos, bacterias, hongos para protegerse uno mismo y también para proteger a los demás. Puede haber diversos tipos como la FP2 que es de un grosor mayor que la quirúrgica para mayor protección como por ejemplo UCI o UVI de coronavirus o aislamientos hospitalarios donde haya gran cantidad de partículas infecciosas o que sean de gran peligro para las personas pero sobre todo si son personas de riesgo porque ya cuenten con otros problemas de salud que puedan afectar con graves consecuencias perjudiciales hasta llegando en algunos casos a poner en riesgo la vida de una persona pero también suelen influir una serie de factores en esta situación compleja.

La mascarilla quirúrgica es un tipo de mascarilla de menor grosor que la FP2 y es autofiltrante que también es usada por el personal sanitario en hospital o centros de salud. Cubre toda la nariz y la boca para evitar la entrada de agentes contagiosos.

2 Objetivos

Describir los diferentes tipos de mascarillas que existen dependiendo del origen del aire.

3 Metodología

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

4 Resultados

La mascarilla purificadora del aire: el aire se consigue a través de filtración de un aire exterior contaminado o infectado como polvo, virus, bacterias o para evitar en la medida de lo posible que la persona que lleve la mascarilla puesta no contamine o contagie al resto de personas que se encuentran a su alrededor. Existen muchos tipos de mascarillas que cubren media cara o poco más de media cara y que son desechables, es decir, se utilizan una sola vez y se depositan en la basura como material contaminado y usado. También hay la mascarilla FFP1 o para evitar el polvo, la FFP2 que es frente a sustancias químicas o biológicas pero también existe la FFP3 que es uno de los mejores modelos de protección que existen ante cualquier enfermedad resistente.

Mascarilla con suministro de aire: el aire sale del suministro que viene de bombonas de oxígeno o aire que se respira y que garantice que este material sea de calidad y sea efectivo en cuanto a la protección de las personas.

En la parte de la nariz, estas suelen tener una barra metálica que va por el interior de la mascarilla que sirve para ajustar la mascarilla bien por esa zona para evitar la entrada de cualquier tipo de aire que pueda ser contaminante o cualquier agente patógeno o microorganismo perjudicial en nuestra salud causando graves consecuencias hasta incluso pudiendo poner en peligro la vida de una persona.

Cuando tuvo lugar la pandemia del COVID-19 se usaban las FP2 y en los hospitales se llegó a usar la FP3 que era la más resistente contra cualquier agente infectante, se debía de seguir un protocolo de protección y de higiene como lavado y desinfección de manos porque no solo es suficiente el uso de la mascarilla.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro sobre el uso de mascarilla y la correcta higiene se debe de decir que es imprescindible la correcta higiene de manos porque es el causante en gran parte de contagio de las personas por lo que desde pequeños debemos de enseñar a los niños a lavarse las manos antes de cada comida pero también debemos hacerlo los adultos.

También el uso de la mascarilla era obligatoria cuando tuvo lugar la pandemia como método de protección pero también es imprescindible en ciertos trabajos para la protección necesaria indicada por nuestros jefes y es importante para evitar accidentes.

6 Bibliografía

Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2022-12-13]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1024-9435.

Capítulo 135

LA PLANIFICACION FAMILIAR

ELENA MARTINEZALONSO

1 Introducción

Vamos a empezar este capítulo explicando a que nos referimos cuando hablamos de planificación dentro del ámbito de la salud social, es decir una planificación familiar dando por tanto una visión clara de la definición que mejor explica lo que es; a que llamamos planificación familiar?

Hablamos de planificación familiar cuando nos referimos a la totalidad del conjunto de una serie de prácticas y/o métodos que se utilizan por la sociedad activa para controlar la reproducción mediante la utilización de métodos anticonceptivos fiables y seguros durante el acto sexual, esta planificación no incluye prácticas populares ni remedios caseros, es decir que son métodos probados científicamente dentro del ámbito sanitario o medicinal.

Gracias a esta planificación consciente, las personas pueden determinar y tener control del número de hijos que desean tener.

Cuando aplicamos estos métodos anticonceptivos en la práctica del acto sexual, orientados al control de la reproducción humana hablamos de planificación familiar.

Podríamos definir también el término planificación familiar como la posibilidad de las personas individuales o familias de planificar de antemano el número y la estructura de su descendencia, lo cual beneficia al ser humano por la autonomía a la hora de tener la posibilidad de gestionar su familia, al poder controlar el número de hijos en función de sus preferencias y circunstancias personales y económicas.

2 Objetivos

- Definir y explicar de forma clara a que nos referimos al hablar de planificación familiar.
- Enumerar y explicar brevemente los métodos y practicas utilizados para dicha planificación.
- Recomendar y destacar la importancia de un planificación familiar con responsabilidad.

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 y la web de la Organización Mundial de la Salud, OMS.

4 Resultados

En el ámbito sanitario se trata de garantizar que todas las personas puedan tener acceso a métodos anticonceptivos, un derecho que en la sociedad actual viene respaldado por varios derechos humanos, como puede ser el derecho a la vida y a la libertad de elección, derecho también a la educación.

Además, este derecho a la planificación y gestión familiar e individual reporta consigo unos beneficios para la salud y de otros tipos.

La utilización de métodos anticonceptivos en las mujeres permite prevenir de forma eficaz los riesgos para su salud relacionados con el embarazo, en el caso de que un embarazo pueda por motivos de salud representar un peligro para la mujer y en el caso también de mujeres adolescentes para las que un embarazo no deseado suponga un riesgo, todo ello sin obviar la importancia de la educación sexual que debe tener una base sólida y debe estar debidamente informada para evitar desde el primer momento una situación de embarazo; aun así puede darse el caso en que se produce de forma inevitable.

Enumeraremos en este apartado los principales métodos anticonceptivos de los que disponen individuos y familias para llevar a cabo una planificación familiar de manera responsable, entre los que se encuentran los siguientes: píldoras

anticonceptivas orales, implantes, inyectables, parches, anillos vaginales, dispositivos intrauterinos, preservativos, esterilización para los dos sexos masculino y femenino.

Estos métodos que aquí enumeramos tienen diferentes mecanismos de acción y eficacia frente a la posibilidad de evitar embarazos no deseados en la población en edad fértil.

Podemos hablar también de otros métodos que no tiene que ver con la medicina pero que por la condición humana y las circunstancias personales y físicas de cada persona, en especial de las mujeres, pueden, sin ser una práctica fiable, pueden servir también para planificar a la hora de controlar la descendencia. Nos referimos por ejemplo a los siguientes:

Marcha atrás (coito interrumpido)

Método del calendario o método del ritmo

Métodos tales como: sintotérmico, de los dos días, de la temperatura corporal basal (TCB), Método de la amenorrea de la lactancia (MELA), de los días fijos.

5 Discusión-Conclusión

Tenemos por tanto a disposición de la sociedad en edad fértil una serie de métodos y prácticas destinados a controlar y gestionar de forma responsable la descendencia, es decir el número de hijos, que por el motivo que sea; un motivo cultural, social, económico, personal o de salud o simplemente por decisión propia, nos ayuda y proporciona las herramientas necesarias para llevar a cabo una planificación en este sentido; estaríamos hablando entonces de una planificación familiar, para que la medicina nos proporciona estos métodos altamente fiables que nos permiten tener este control en la sociedad actual.

Disponemos por tanto de los métodos y prácticas necesarios para dicha planificación y poder evitar anticipadamente un embarazo no deseado en mujeres o un aumento del número de miembros de la familia que no sea conveniente.

No podemos olvidar que esta planificación puede empezar a una edad temprana dándose de base, una buena educación sexual a niños y sobre todo adolescentes adaptada a la edad y al conocimiento del cuerpo humano y su sistema reproductor, sería algo importante para la sociedad con el fin de que esta tenga conocimiento de esta herramienta.

6 Bibliografía

Organización Mundial de la Salud OMS

Referencia: Family Planning: A Global Handbook for Providers. 2018 edition (en inglés). Organización Mundial de la Salud y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Capítulo 136

LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACION SEXUAL

ELENA MARTINEZALONSO

1 Introducción

Vamos a comenzar este capítulo explicando a que nos referimos en la sociedad actual cuando hacemos referencia a la Educación Sexual.

Cuando hablamos de Educación Sexual nos referimos a un conjunto de actividades que por medio de la enseñanza y la información acerca y enseña la sexualidad humana, transmitiendo conocimientos a las personas de todas las edades.

Este tipo de educación analiza la vida familiar y las relaciones humanas, la cultura de cada sociedad y los roles masculino y femenino, engloba también los derechos humanos y la igualdad, desempeñando un papel fundamental para evitar los peligros de una sociedad como pueden ser la discriminación, el abuso y la violencia a nivel sexual.

La educación sexual promueve la ayuda principalmente a jóvenes para que puedan llegar a obtener la información adecuada y los conocimientos necesarios para que a lo largo de su vida decidan correcta y libremente en relación al tema del sexo y su manera a la hora de relacionarse con otras personas o parejas. Podemos distinguir varios tipos de Educación Sexual ala hora de enseñar y educar las personas en este tema, los principales son los que enumeramos a continuación: Educación tradicional, Educación higienista, Educación procreadora, Educación para la revolución sexual y social, y por último la Educación profesionalizada, democrática y abierta.

2 Objetivos

Los objetivos principales que destacaremos en este capítulo que habla sobre la Educación Sexual y su importancia son los siguientes:

- Explicar lo que significa la Educación Sexual.
- Destacar su importancia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo titulado "LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL" se ha buscado información en las principales webs relacionadas con el tema que nos ocupa, contrastando la distinta información para dar una visión adecuada del tema. www.ufpa.org

www.plannedparenthood.org

sexoysalud.consumer.es profamilia.org.co

4 Resultados

La educación sexual tiene como metas principales, promover la educación para la prevención de embarazos no deseados que puedan darse, así como una maternidad a edad temprana o precoz y los abortos.

Con la información adecuada cumple una función muy importante para la salud, evitando y previniendo de forma activa Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Otro aspecto muy importante es que gracias a esa información adecuada y basada en el respeto, igualdad de géneros y realidad pueden evitarse en gran medida los abusos y la violencia sexual.

Para ello se debería mejorar la comunicación entre padres e hijos, la comunicación con profesores en el ámbito de la sexualidad, impartiendo esta educación como otra asignatura, tal y como se está consiguiendo actualmente para así lograr estas metas y llegar a más niveles y estatus sociales.

Entre los beneficios de una correcta educación sexual desde la Organización de Naciones Unidas (ONU) se destacó que la educación sexual integral es la que permite a la población más joven que exploren sus actitudes y valores, y que respecto a la toma de decisiones a lo largo de la vida, estas sean responsables y basadas en el respeto y la igualdad de géneros y estén debidamente informadas sobre sus vidas sexuales.

Cuando se recibe una educación sexual óptima desde la adolescencia, esta nos va a permitir decidir con plena libertad y de manera responsable el momento

indicado para comenzar a tener relaciones sexuales y con quién, basándose en el respeto, la responsabilidad y el sentido común y evitando así embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual y consiguiendo relaciones sanas. Una adecuada información en la que prime el respeto por la diversidad sexual y el rechazo a toda forma de discriminación hará que se tengan unos buenos valores y principios que sean los pilares de una sociedad preparada y válida.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir este capítulo debemos tener clara la importancia para una sociedad de tener como base una Educación Sexual adecuada en la que se puedan tener referencia los niños, adolescentes, jóvenes y adultos basados en el respeto y la igualdad.

Como conclusión, la sociedad debe conseguir tener una educación sexual que nos permita vivir libremente tanto la sexualidad como las relaciones entre personas, una sociedad en la que no tengan cabida, amenazas para la convivencia y el bienestar común de todos los individuos como la discriminación, la violencia sexual o los abusos y que gracias a esta educación correcta basada también en la información y la enseñanza se logre reducir considerablemente el riesgo de un embarazo no deseado o el contagio de una enfermedad de transmisión sexual, la violencia y los abusos a nivel sexual que se están ejerciendo en la sociedad actual y que se vienen arrastrando históricamente precisamente por la falta de la Educación sexual que hoy en día se está promoviendo.

Es por ello que debemos divulgar y difundir esta educación y darle la importancia que se merece importancia, sobre todo inculcando estos preceptos a los jóvenes, que son quienes están empezando a vivir su sexualidad y deben ser conscientes de lo que supone la responsabilidad y el respeto en las relaciones humanas

6 Bibliografía

www.ufpa.org
www.plannedparenthood.org
sexoysalud.consumer.es profamilia.org.co

Capítulo 137

EL CAMBIO CLIMÁTICO Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD

MARIA LUISA PALACIOS LOPEZ

1 Introducción

El cambio climático es la variación que se está registrando en el clima de la Tierra, atribuido de forma directa o indirecta al hombre, y que altera la composición de la atmosfera se manifiesta en una subida de la temperatura, así el nivel del mar aumenta, los glaciares se funden y hay menos las lluvias.

Todos estos factores influyen de forma negativa en los determinantes sociales y medioambientales de la salud, puesto que el aire se contamina, y el agua escasea.

El cambio climático ya está afectando a la salud de muchas formas, puesto que provoca muertes por fenómenos meteorológicos extremos que cada vez son más frecuentes, como inundaciones y sequías, olas de calor y de frío, influye también en la transmisión de enfermedades infecciosas como tuberculosis, hepatitis, coronavirus entre otras.

Esto es algo que nos afecta a todos y avanza mas rápido de lo que se esperaba y la lucha contra este cambio constituye el mayor reto para la salud mundial de este siglo, puesto que los efectos de un clima cambiante y un calentamiento global del planeta amenazan la vida y subsistencia de todos los seres humanos.

Es muy importante tomar conciencia sobre la importancia y peligrosidad del cambio climático y su repercusión en nuestra salud.

2 Objetivos

- Concienciar del peligro que supone para la salud el cambio climático.

3 Metodología

Este capítulo se ha realizado mediante consulta en diversos libros y artículos científicos procedentes de publicaciones revisadas como Scielo, Google Académico y revisión y análisis de estudios internacionales nacionales y nacionales como el Ministerio de Sanidad y Medio Ambiente de España.

4 Resultados

El cambio climático es una de las mayores amenazas para la salud del ser humano, sus efectos pueden llegar a ser devastadores, puesto que la acción del hombre sobre el medio ambiente están causando estragos en nuestro planeta.

Nos estamos quedando sin agua, sin espacios naturales, las altas temperaturas contribuyen a que haya más defunciones por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, sobre todo entre las personas mayores y niños.

Los desastres naturales y las variaciones en la lluvia causan mas muertes, la escasez de agua pondrá en peligro la higiene y aumentará el riesgo de enfermedades, la distribución de las infecciones crecerá, el cáncer de piel irá en aumento debido al deterioro de la capa de ozono.

Todos podemos contribuir a limitar el cambio climático con gestos tan simples como por ejemplo: desplazarnos en transporte público, usando menos el coche, bajando la temperatura de la calefacción, utilizando menos el aire acondicionado, cambiando las bombillas por las de bajo consumo y desconectando los aparatos electrónicos cuando no los usemos.

Podemos también ahorrar agua en algo tan sencillo como cerrar los grifos siempre que no los usamos como cuando nos enjabonamos el pelo, cepillamos los dientes o al fregar los platos, un claro ejemplo es ducharse en lugar de bañarse, con una ducha se gasta un cincuenta por ciento menos de agua.

En nuestra dieta podemos incluir productos ecológicos, puesto que para la producción de estos no se usan elementos químicos que puedan perjudicar al medioambiente.

Podemos también elegir energías renovables como el sol o el aire, además de ser fuentes inagotables no tienen impacto en el medio ambiente.

Son pequeños gestos que cuentan y que pueden contribuir a frenar el avance del cambio climático

5 Discusión-Conclusión

El cambio climático es algo que ya tiene efectos a nivel global, es fundamental concienciar sobre la importancia y peligrosidad de este y su repercusión en nuestra salud, de ello depende nuestro futuro, el del planeta y el de las próximas generaciones.

Es también muy importante conocer las medidas para frenar el cambio climático, e implicarnos en la reducción del mismo. Los efectos causados hasta ahora son ya irreversibles, pero si podemos aprender a reducir las consecuencias con pequeños cambios en nuestros hábitos y necesidades de consumo, reconsiderando lo que es realmente necesario para vivir en armonía con nuestro planeta

6 Bibliografía

1. <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/medioAmbiente/cambioClimatico.htm>
2. <https://www.paho.org/es/temas/cambio-climatico-salud>

Capítulo 138

PERMISOS DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LA ADMINISTRACIÓN

RAQUEL GONZÁLEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

El presente capítulo versará de los permisos tanto retribuidos como no retribuidos a los que pueden tener derecho todos aquellos trabajadores que prestan servicios para la Administración Pública. Para ello se va a proceder a hacer una revisión a través de toda la bibliografía al alcance para poder tener claro a qué permisos si podemos tener derecho los trabajadores y a cuáles no, además de delimitar los días en cada caso así como cuando se deben solicitar y en qué forma y plazo para poder disfrutar ese derecho.

Además también vamos a abordar los días que les corresponden a los empleados públicos por razón tanto de vacaciones, como días de libre disposición, por enfermedad sin causas incapacidad temporal, días de exceso de jornada, días por determinados años de servicio a la administración y por supuesto, no nos podemos olvidar de un tema tan importante y tan de actualidad en nuestra sociedad como es la conciliación familiar, por ello es necesario que todos los empleados públicos sepamos con qué permisos podemos contar para organizar la crianza de nuestros hijos o llegado el caso también de nuestros ascendientes, ya que también tendremos permisos por ellos o solo por descendientes como muchas personas creen.

2 Objetivos

Tener claro a qué tipo de permisos tiene derecho el trabajador de la Administración Pública y cómo ha de solicitar dichos permisos.

3 Metodología

Se procede a hacer una revisión de la legislación vigente en la fecha de realización de este capítulo, centrándonos en el Estatuto de los Trabajadores, el Estatuto del Empleado Público y por supuesto el convenio colectivo por el que nos debemos de regir.

4 Resultados

Los permisos de los que disponemos los empleados públicos y más frecuentemente solicitados son los siguientes:

- Fallecimiento, accidente o enfermedad graves, hospitalización o intervención quirúrgica sin hospitalización que precise de reposo domiciliario, de un familiar dentro del primer grado de consanguinidad o afinidad.

Por esta causa podríamos disfrutar de un permiso de tres días que llegaría a los cinco días si el suceso tuviese lugar fuera de la localidad.

- Lactancia de un hijo menor. Por este motivo podríamos disfrutar de una hora al inicio o fin de nuestra jornada durante el primer año de vida del menor.

- Cuidado directo de un familiar. Tendremos derecho a un permiso para hacernos cargo del cuidado de un familiar, ya sea este un descendiente o un ascendiente. En el caso del ascendiente debe cumplir dos requisitos: no percibir una retribución y no ser independiente.

- Cuidado de un familiar de primer grado. Tendríamos derecho a disfrutar de este permiso pudiendo solicitar a la administración una reducción de nuestra jornada laboral ordinaria de la mitad de la misma y además esta parte de la jornada reducida se nos será abonada, igual que si estuviésemos asistiendo a nuestro puesto de trabajo con normalidad, si es necesario atender a un familiar que sea de primer grado por razón de enfermedad muy grave y por el plazo máximo de un mes.

En este caso en concreto debemos de tener en cuenta lo siguiente:

Si hubiera más de un titular de este derecho por el mismo hecho causante, el tiempo de disfrute de esta reducción se podrá prorratear entre los mismos, respetando en todo caso, el plazo máximo de un mes. Es decir si dos personas tu-

viesen derecho a este permiso disfrutarían una parte cada uno de ellos no siempre la suma de ambos permisos superior a un mes.

5 Discusión-Conclusión

Los empleados públicos tienen derecho a determinados permisos de los que todos tenemos que ser conocedores para poder solicitarlos en caso de que nos encontremos en alguna de las circunstancias que se reflejan la anterior exposición.

Es muy importante conocer nuestras obligaciones en nuestro puesto de trabajo, pero también es igualmente necesario e importante conocer los derechos que nos pertenecen derivados de nuestro puesto de trabajo y ejercer plenamente tanto nuestras obligaciones, así como nuestros derechos que en estos momentos son notablemente más amplios que en este mismo sector no hace tantos años, es por ello que si es necesario debemos saber que disponemos de ellos.

6 Bibliografía

TREBEP

Estatuto de los Trabajadores

Capítulo 139

ACOSO POR RAZÓN DE SEXO

RAQUEL GONZÁLEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Desde Prevención de Riesgos Laborales se conocen los efectos nocivos de la violencia laboral, por lo que dedican esfuerzos para paliar estas situaciones, pero, en primer lugar, hemos de tener claro de qué estamos hablando, qué significa exactamente acoso laboral, ¿de qué riesgo laboral hablamos?

La variedad de términos que se ha dado en España al acoso laboral (mobbing, acoso psicológico, hostigamiento psicológico, acoso moral, acoso social, psicoterror laboral, maltrato psicológico, violencia psicológica, terrorismo psicológico...) recoge las raíces de la definición de Leymann, pero desde el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, se define operativamente el acoso psicológico en el trabajo (APT) en la Nota Técnica de Prevención 854, indicando no solo las bases del concepto sino el proceso de su desarrollo y consecuencias.

La definición de mobbing, acoso laboral, o acoso psicológico en el trabajo (APT) es la “exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo hacia una o más personas por parte de otra/s que actúa/n frente a aquella/s desde una posición de poder (no necesariamente jerárquica). Dicha exposición se da en el marco de una relación laboral y supone un riesgo importante para la salud”. (Nota Técnica de Prevención 854)

2 Objetivos

Conocer los tipos de acoso por razón de sexo con los que nos podemos encontrar en el día a día en nuestro trabajo.

3 Metodología

Búsqueda pormenorizada en la legislación vigente, desde el Código Penal, hasta la Ley de Prevención de Riesgos laborales, así como todas las publicaciones que tengamos a nuestro alcance en bases de datos, publicaciones médicas y por supuesto en buscadores convencionales.

4 Resultados

Después de haber realizado una búsqueda activa en todos los motores de búsqueda que tenemos a nuestro alcance a través de internet podemos concluir en lo siguiente:

Desde la OIT a lo largo de los años se han realizado diversas declaraciones contrarias al acoso sexual y acoso por razón de sexo en el trabajo.

En la 108 Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT se aprobó el Convenio contra la violencia y el acoso en el mundo del trabajo (C190), complementado por la Recomendación sobre la violencia y el acoso, (núm. 206). Es la primera norma internacional que tiene por objetivo poner fin a la violencia y el acoso en el mundo del trabajo, su protección afecta a todas las trabajadoras y todos los trabajadores con independencia de su estado contractual, así como en los sectores público y privado, en las economías formal e informal, y en las zonas urbanas o rurales.

Por todo ello podemos obtener como resultado que en la actualidad en nuestra legislación tanto a nivel estatal como a nivel europeo se dispone de amplia legislación y de múltiples órganos de consulta para poder enfrentarse a la discriminación por cuestión de sexo que aunque parezca increíble aún sigue existiendo en nuestros días .

Toda la sociedad estamos implicados en que esta situación puede cambiar de una vez por todas, para lo cual sería necesario que todos y cada uno de nosotros fuésemos conscientes de todos aquellos gestos y todas aquellas situaciones en las que se está discriminado por razón de sexo, ya sea a hombre o a mujeres, para poder así eliminar del contexto tanto social como laboral y por fin acabar con esta discriminación sin ningún sentido

5 Discusión-Conclusión

En la actual sociedad no se puede permitir ningún tipo de acoso en el entorno laboral y por supuesto por razón de sexo, ya que existe la suficiente legislación en vigor que establece que el hombre y la mujer tienen absolutamente los mismos derechos en todos los ámbitos incluyendo por supuesto el ámbito laboral.

Se hace necesario conocer qué situaciones pueden ser objeto de acoso por razón de sexo, para poder identificar si en algún caso estamos sufriendolo y saber con qué opciones contamos para enfrentarnos al acosador o acosadores.

En este mundo laboral tan competitivo es fundamental el respeto.

6 Bibliografía

Ley de Prevención de Riesgos Laborales

Código Penal