

I LECCIONES EN SALUD PÚBLICA Y SOCIEDAD E INVESTIGACIÓN



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

I Lecciones en Salud Pública y Sociedad e Investigación



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

I Lecciones en Salud Pública y Sociedad e Investigación

Fecha de publicación: 24 enero 2023

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: 978-84-19560-19-3

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	BURNOUT EN LOS PROFESIONALES QUE ATIENDEN PARTOS MARIA SALINAS BARIAIN	3
2	CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA Y EFECTOS SOBRE LA SALUD DE LA POBLACIÓN SAIOA URIA URIARTE, ELENA ELIZONDO VILA Y JUNE ETXEBERRIA ERAUSKIN	7
3	FISIOPATOLOGÍA DE LOS POLITRAUMATISMOS PARA ENFERMERÍA ANWAR MARTINEZ MOHAMED, JORGE APARICIO CABAÑAS, CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA, LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA Y VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO	13
4	REACCIÓN DEL COLECTIVO DE ENFERMERÍA ANTE LA MUERTE DE PACIENTES A SU CARGO ANWAR MARTINEZ MOHAMED, JORGE APARICIO CABAÑAS, CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA, LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA Y VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO	17
5	ENFERMERÍA Y EL CUIDADO DEL PACIENTE CON COLOSTOMÍA E ILEOSTOMÍA ANWAR MARTINEZ MOHAMED, JORGE APARICIO CABAÑAS, CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA, LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA Y VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO	23
6	IMPACTO PSICOSOCIAL DEL ACNÉ EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JOVENES ANGELA LOREDO LONGO	29

7	LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ, ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN, NATALIA MARINE LOFVALL DURAND, DELIA GONZÁLEZ PÉREZ Y CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ	39
8	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE ANTICOAGULADO EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ, ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN, NATALIA MARINE LOFVALL DURAND, DELIA GONZÁLEZ PÉREZ Y CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ	43
9	ENFERMERÍA EN EL USO DE ASPIRINAS Y EL SÍNDROME DE REYE EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ, ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN, NATALIA MARINE LOFVALL DURAND, DELIA GONZÁLEZ PÉREZ Y CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ	47
10	LA PRESENCIA DEL LINFEDEMA EN LAS MUJERES SUPERVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA JUDIT CACHERO RODRIGUEZ, MARÍA DEL MAR FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y RUBÉN MARTÍN PAYO	51
11	ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL JOSE ANTONIO MARUGAN AGUADERO Y MARÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ	65
12	ATENCIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO JOSE ANTONIO MARUGAN AGUADERO Y MARÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ	69
13	RELACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON EL FACULTATIVO MÉDICO LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO, ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ, MARÍA COMINO ROBLES, LAURA COMINO ROBLES Y BEATRIZ HERAS CASTILLO	73

14 LA ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA ACTUAL POR COVID-19	
LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO, ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ, MARÍA COMINO ROBLES, LAURA COMINO ROBLES Y BEATRIZ HERAS CASTILLO	77
15 ENFERMERÍA ANTE UN BROTE DE ESCABIOSIS	
LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO, ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ, MARÍA COMINO ROBLES, LAURA COMINO ROBLES Y BEATRIZ HERAS CASTILLO	81
16 EL AUTOCUIDADO Y EL USO DE LAS MHEALTH TRAS EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA	
JUDIT CACHERO RODRIGUEZ, MARÍA DEL MAR FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y RUBÉN MARTÍN PAYO	85
17 ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN DE TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	
JORGE SERRANO MARTÍN, MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN Y ROBERTO SERRANO MARTÍN	95
18 ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO DE EMBARAZO MÚLTIPLE	
MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN, ROBERTO SERRANO MARTÍN Y JORGE SERRANO MARTÍN	99
19 ATENCIÓN PRIMARIA Y SU PAPEL EN ODONTOLOGÍA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	
SANDRA PABLO VÁZQUEZ, TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ, MÓNICA ROMÁN LUNA, MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ Y RITA EVA GONZÁLEZ GALLEG0	103
20 ESTUDIO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE UN PACIENTE AFECTADO DE ALZHEIMER	
MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ, TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ, MÓNICA ROMÁN LUNA, SANDRA PABLO VÁZQUEZ Y RITA EVA GONZÁLEZ GALLEG0	107

21 EL ESTREÑIMIENTO, UN PROBLEMA COMÚN	
LUCÍA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, SARA FARPÓN MARTÍNEZ Y ANDREA FERNANDEZ FRAIZ	111
22 CONOCIMIENTO Y ESTUDIO EN ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA FARMACOLÓGICA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	
RITA EVA GONZÁLEZ GALLEGO, TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ, MÓNICA ROMÁN LUNA, SANDRA PABLO VÁZQUEZ Y MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ	115
23 LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS	
SARA FARPÓN MARTÍNEZ, ANDREA FERNANDEZ FRAIZ Y LUCÍA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ	121
24 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA	
ASCENSION DEL OLMO MARIN, GEMA ORTEGA SÁNCHEZ, LAURA GARCIA NICOLAS, FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO Y ANA EVA ORTIZ MARTINEZ	125
25 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA	
ASCENSION DEL OLMO MARIN, GEMA ORTEGA SÁNCHEZ, LAURA GARCIA NICOLAS, FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO Y ANA EVA ORTIZ MARTINEZ	129
26 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON PATOLOGÍA MENTAL	
ASCENSION DEL OLMO MARIN, GEMA ORTEGA SÁNCHEZ, LAURA GARCIA NICOLAS, FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO Y ANA EVA ORTIZ MARTINEZ	133
27 EL PAPEL DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	
JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO, ULPIANA PINAR PINAR, MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA, MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO Y ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA	137

28 EL AUXILIAR DE ENFERMERIA Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE ATENCION PRIMARIA	
JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO, ULPIANA PINAR PINAR, MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA, MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO Y ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA	141
29 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES	
JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO, ULPIANA PINAR PINAR, MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA, MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO Y ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA	145
30 LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)	
GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA, BEATRIZ COLLADO RUIZ, VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO Y CELIA CALERO MATAS	149
31 LA SALUD MENTAL Y SUS UNIDADES: UNA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)	
GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA, BEATRIZ COLLADO RUIZ, VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO Y CELIA CALERO MATAS	153
32 EL SECRETO PROFESIONAL PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)	
GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA, BEATRIZ COLLADO RUIZ, VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO Y CELIA CALERO MATAS	157
33 MOBBING (ACOSO LABORAL)	
MONTSERRAT GONZALEZ SANTIAGO	161
34 EL PACIENTE DIABÉTICO	
BRENDA ASSIS SILVA Y ANAY LÓPEZ PULIDO	165
35 ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA	
JESSICA MARENTES GONZALEZ	169

36	ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN DE TDAH ROBERTO SERRANO MARTÍN, JORGE SERRANO MARTÍN Y MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN	173
37	TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LA VEJEZ JESSICA MARENTES GONZALEZ	177
38	ABORDAJE DE LA MIGRAÑA IRENE PONZ MARTÍNEZ	181
39	EL ODONTÓLOGO Y SU PAPEL EN PROYECTOS HUMANITARIOS. CONOCIMIENTO Y PERSPECTIVA DE LOS FUTUROS PROFESIONALES SOBRE EL MUNDO DEL VOLUNTARIADO MATÍAS FERRÁN ESCOBEDO MARTÍNEZ, SONSOLES OLAY GARCIA, ENRIQUE BARBEITO CASTRO Y SONSOLES JUNQUERA OLAY	185
40	RIFAXIMINA: ANTIBIÓTICO DE MODA EN LA FARMACIA COMUNITARIA TAMAR BLANCA SERRANO	197
41	LA TERAPIA GRUPAL PARA MENORES INFRACTORES POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ROBERTO BENITO FERNANDEZ	203
42	EL CELADOR Y EL TRASLADO DE DOCUMENTOS DEL ARCHIVO Y OBJETOS LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO, ÁNGEL NOTARIO GARRIDO, MARIA ISABEL MADRIGAL COBO, MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON Y MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN	207
43	EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL HOSPITAL DE DÍA LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO, ÁNGEL NOTARIO GARRIDO, MARIA ISABEL MADRIGAL COBO, MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON Y MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN	211
44	EL CELADOR Y SUS FUNCIONES DENTRO DE UN QUIRÓFANO LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO, ÁNGEL NOTARIO GARRIDO, MARIA ISABEL MADRIGAL COBO, MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON Y MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN	215

45	SÍNDROME DEL EDIFICIO ENFERMO. FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS. MEDIDAS PARA MINIMIZAR LOS TRASTORNOS RELACIONADOS	219
	ANA JOAQUINA GARCIA FERNANDEZ	
46	RIESGOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN EL MEDIO SANITARIO QUE PUEDEN AFECTAR AL PERSONAL DE TIPO ADMINISTRATIVO. CUÁLES SON LOS MAS COMUNES Y CÓMO SE PUEDEN PREVENIR	223
	ANA JOAQUINA GARCIA FERNANDEZ	
47	RIESGOS BIOLÓGICOS Y/O QUÍMICOS PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO QUE TRABAJA EN ENTORNOS SANITARIOS. ORIGEN Y PREVENCIÓN DE LAS DISTINTAS SITUACIONES	227
	ANA JOAQUINA GARCIA FERNANDEZ	
48	TRASTORNOS MUSCULO-ESQUELETICOS EN EL ENTORNO LABORAL SANITARIO. ORIGEN Y TRATAMIENTO. PAUTAS PARA UNA ADECUADA PREVENCIÓN.	231
	ANA JOAQUINA GARCIA FERNANDEZ	
49	EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN TIEMPOS DE COVID. RIESGOS INHERENTES A SU PUESTO. PAUTAS DE SEGURIDAD E HIGIENE	235
	ANA JOAQUINA GARCIA FERNANDEZ	
50	DESIGUALDAD EN EL PERSONAL DE ELECTRICISTAS DE LOS CENTROS SANITARIOS	239
	PEDRO JOSE CORTES MOLINA, RUBÉN CAVA, EDUARDO GARCIA DONATE, CARLOS LÓPEZ MUÑOZ Y FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO	
51	LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL PERSONAL ELECTRICISTA QUE TRABAJA PARA LOS CENTROS HOSPITALARIOS	243
	PEDRO JOSE CORTES MOLINA, RUBÉN CAVA, EDUARDO GARCIA DONATE, CARLOS LÓPEZ MUÑOZ Y FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO	

52	PROBLEMAS DE SALUD EN EL PERSONAL ELECTRICISTA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS PEDRO JOSE CORTES MOLINA, RUBÉN CAVA, EDUARDO GARCIA DONATE, CARLOS LÓPEZ MUÑOZ Y FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO	247
53	EL EJERCICIO FÍSICO Y EL BIENESTAR, TAN SOLO CAMINAR FRANCISCO JAVIER RODRIGUEZ IGLESIAS	251
54	LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS CONSULTAS EXTERNAS JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON, CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ, MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA, CARMEN PALACIOS SALINAS Y MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS	255
55	EL CELADOR, MANEJO Y USOS DE LAS CAMAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON, CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ, MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA, CARMEN PALACIOS SALINAS Y MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS	259
56	EL CELADOR Y LA ATENCION TELEFONICA JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON, CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ, MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA, CARMEN PALACIOS SALINAS Y MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS	263
57	EL PLANCHADOR/A DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LA SEGURIDAD EN EL MANEJO DE LA MAQUINARIA DE PLANCHADO MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ, ANTONIA HENRY PULIDO, MANUEL GALDÓN GARVÍ, ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ Y CORTES MARTINEZ TOLEDO	267
58	EL PLANCHADOR/A EN SERVICIOS SANITARIOS Y LOS PROBLEMAS MAS FRECUENTES QUE SE PRODUCEN EN LA FASE DE PLANCHADO MANUEL GALDÓN GARVÍ, ANTONIA HENRY PULIDO, MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ, ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ Y CORTES MARTINEZ TOLEDO	271

59	PLANCHADORAS Y LOS PROBLEMAS DE SALUD LABORALES SANITARIOS	
	ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ, ANTONIA HENRY PULIDO, MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ, MANUEL GALDÓN GARVÍ Y CORTES MARTINEZ TOLEDO	275
60	EL CELADOR EN MORTURIOS Y SALAS DE AUTOPSIAS	
	FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS, ENRIQUE DIAZ-TENDERO, CATALINA VALENCIA MORENO, GEMA VALENCIA MORENO Y SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO	279
61	EL CELADOR EN EL TRASLADO Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE	
	FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS, ENRIQUE DIAZ-TENDERO, CATALINA VALENCIA MORENO, GEMA VALENCIA MORENO Y SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO	283
62	LA UTILIZACIÓN DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN EL CASO DE UN CELADOR	
	FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS, ENRIQUE DIAZ-TENDERO, CATALINA VALENCIA MORENO, GEMA VALENCIA MORENO Y SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO	287
63	ATENCIÓN AL PACIENTE Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	
	CARMEN PALACIOS SALINAS, CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ Y MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS	291
64	FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL	
	AFRICA VÁZQUEZ ORTEGA, LAURA GARCÍA RECIO Y ALEJANDRO PIÑERO REINA	295
65	SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ÁMBITO SANITARIO	
	M. DOLORES CORRAL LOPEZ, NURIA GARCÍA DIAZ, PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO, PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT Y MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ	299

66	LA IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA EN EL PUESTO DE TRABAJO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS	303
	M. DOLORES CORRAL LOPEZ, NURIA GARCÍA DIAZ, PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO, PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT Y MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ	
67	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA EL SESCOAM	307
	M. DOLORES CORRAL LOPEZ, NURIA GARCÍA DIAZ, PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO, PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT Y MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ	
68	FUNCIONES DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS	311
	JUANA PÉREZ DURÁN, MARGARITA RAMOS MARTÍNEZ Y MARÍA DEL CARMEN REINA GAMERO	
69	EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL NO SANITARIO	315
	ARTURO LONGORIA ALVAREZ	
70	EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	319
	ARTURO LONGORIA ALVAREZ	
71	FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD MENTAL	323
	LUBNA MOHAMED MOHAMED AAKEL, LORENA CONSOLACIÓN BERNAL SIERRA Y MARGARITA LLEDO CARRASCO	

Capítulo 1

BURNOUT EN LOS PROFESIONALES QUE ATIENDEN PARTOS

MARIA SALINAS BARIAIN

1 Introducción

El estrés surge cuando el individuo no puede hacer frente a las demandas físicas y psicológicas que percibe del exterior. Cuando falla las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplea el individuo para manejar estos estresores, se puede presentar diferentes tipos de alteración que resultan nocivos, ya que podían provocar trastornos físicos, psicológicos y afectar su desempeño familiar social y laboral.

Partiendo de esta conceptualización del problema, resulta evidente que la metodología cualitativa pueda desempeñar un papel muy importante en el estudio del estrés en el servicio de Partos.

Muchos son los factores de riesgo, también llamados estresores laborales, que se han identificado como causantes de estrés en el personal de enfermería. Por un lado, están aquellos que son implícitos a la profesión, como son los relacionados con la dificultad para afrontar el dolor, el sufrimiento y por otro, los relacionados con la organización del trabajo como son la falta de personal, la sobrecarga de trabajo y los problemas con los compañeros del equipo, tanto de enfermería como médico. La falta de apoyo por parte de los superiores de los profesionales sanitarios, ha sido identificando como un estresor que tiene gran implicación en la salud de los profesionales de la enfermería.

2 Objetivos

Conocer el estrés de los profesionales sanitarios de partos y saber por qué fallan sus estrategias de afrontamiento, será el objetivo propuesto en esta revisión.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de estudios publicados en las bases de datos Cochrane Library y MEDLINE,

Los términos incluidos fueron traducidos al inglés e identificados a partir de los términos MesH: Midwives; Delivery Rooms; Professional Burnout; Occupational Health; Psychological Stress.

4 Resultados

Uno de los estresores más importantes es la sobrecarga de trabajo. Es un problema cuya solución directa no depende de los trabajadores. La sobrecarga puede dar lugar al fracaso en los rendimientos y a una sensación de impotencia interna. Los profesionales de Enfermería se ven obligados a actualizar continuamente sus conocimientos. Esto provoca en ellos un alto grado de autoexigencia.

Con la formación y experiencia, disminuimos el estrés unido a la profesión, pero no conseguimos eliminar el estrés debido a la organización de trabajo. Para poder combatirlo, es necesario mantener entre todos un buen ambiente laboral, a través del trabajo en equipo. Conseguir que todos luchen por un mismo objetivo.

Sin embargo, podemos solucionar este problema, manteniendo un buen ambiente de trabajo. Para conseguirlo, es de vital importancia el trabajo en equipo.

Al hablar de las relaciones de Enfermería con los demás profesionales, es muy importante destacar la propia relación entre los enfermeros de la unidad.

Recomendamos mejorar el clima organizacional y potenciar el optimismo y la autoestima individual, para disminuir el desgaste profesional en los hospitales. Para ello, sería bueno crear grupos de apoyo dentro de los profesionales. Se trataría de grupos pequeños y voluntarios para la ayuda mutua. En estos grupos cada componente podría aportar sus experiencias, sus emociones y sus preocupaciones. Crear una puesta en común con el objetivo de aumentar la satisfacción en el trabajo y descargar el estrés acumulado.

Todos los profesionales de Enfermería deben proveer ayuda porque comparten el mismo problema que quien recibe esa ayuda. Esta ayuda surge de la experiencia

común y de sentimientos similares ante los mismos acontecimientos. El apoyo entre compañeros se podría realizar a través del refuerzo positivo, intercambiando información y promoviendo sentimientos de autoconfianza y autoayuda.

5 Discusión-Conclusión

Crear un ambiente de confianza y apertura permite a los miembros sentirse cómodos e informales. La comunicación y el buen ambiente de trabajo contribuyen a la unidad y al sentimiento de equipo, es decir, a sentirse orgulloso de pertenecer a ese grupo de trabajo. La confianza reemplazará a los temores. Las personas estarán dispuestas a tomar riesgos. Es importante que los miembros del equipo sientan libertad para expresar sus sentimientos, pensamientos e ideas. Es un ambiente de crecimiento y aprendizaje con personas involucradas. La conducta de los miembros influye para el logro de las metas.

Es muy importante que las personas que lo componen sean respetuosas con los demás compañeros, que sepan anteponer el interés del equipo al suyo propio, que intenten mantener la unidad del grupo y el buen ambiente laboral transmitiendo confianza, apoyándose unos en otros y siendo positivos en los logros tanto individuales como comunes.

6 Bibliografía

1. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. 1986 Manual 2ª ed. Palo Alto, CA. Consulting Psychologist Press.
2. Wilde K. Midwifery-led models of care. Nursing – Electronic journal of nursing 2006. School of nursing and midwifery, University of Tasmania.
3. Fontán Atalaya IM, Dueñas Díez, JL. Síndrome de burnout en los ginecólogos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2008; 51(9):531 –540.
4. Marucco MA, Gil-Monte P, Flamenco E. Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT. *Información psicológica* 2008; 91-92:32– 42.

Capítulo 2

CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA Y EFECTOS SOBRE LA SALUD DE LA POBLACIÓN

SAIOA URIA URIARTE

ELENA ELIZONDO VILA

JUNE ETXEBERRIA ERAUSKIN

1 Introducción

Se entiende como contaminación atmosférica la presencia en la atmósfera de partículas o formas de energía que no se encuentran de forma natural y que pueden suponer un riesgo para la salud de las personas, así como para el medio ambiente y resto de formas de vida (1).

Actualmente, se describen dos tipos de contaminantes atmosféricos, los contaminantes primarios que son aquellos emitidos directamente a la atmósfera y los secundarios, los cuales son producto de reacciones químicas que se dan en la propia atmosfera (2).

Dichos contaminantes, tienen diversas fuentes de emisión que pueden ser de origen natural o artificial, siendo principales los siguientes (2):

- Los combustibles fósiles como el petróleo y la gasolina para la obtención de electricidad y su uso para el transporte.
- Gases tóxicos producidos por la industria.
- La agricultura.
- La gestión de residuos.

- Los volcanes en erupción.
- Los incendios forestales.

El continuo desarrollo industrial y urbanístico de las últimas décadas han aumentado considerablemente las fuentes de emisión y es por ello que la contaminación ambiental se ha convertido en un tema de gran preocupación en todo el mundo siendo objeto de numerosos debates políticos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que cada año, respirar al aire contaminado produce 7 millones de muertes prematuras, así como la pérdida de años de vida saludables, especialmente en países con bajo nivel socioeconómico. Además, cuanto mayor sea la exposición a la contaminación del aire, mayor impacto tendrá sobre la salud de los individuos, especialmente en población con patología crónica, ancianos, población infantil y embarazadas (3).

Por tanto, queda claro que la contaminación atmosférica representa un riesgo para la salud y el medio ambiente, por ello es necesario la aplicación de acciones o medidas políticas para reducir las emisiones de contaminantes e intentar alcanzar los niveles recomendados por la OMS.

2 Objetivos

- Resumir brevemente lo que es la contaminación atmosférica y sus causas.
- Describir los contaminantes atmosféricos más comunes y nocivos, y exponer los efectos en la salud que produce la exposición continuada de cada uno de ellos.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes soportes manuales y electrónicos, en los que se han consultado artículos de revista, libros, informes, etc.

Esta búsqueda se ha realizado tanto en bases de datos de ciencias de la salud (MedlinePlus, PubMed, Biblioteca Cochrane) como multidisciplinarias (Scopus o Google Scholar o), combinando términos DeCS y su traducción al inglés (Mesh).

-DeCS: “contaminación atmosférica”, “contaminantes atmosféricos”, “efectos sobre la salud”.

-MeSH: “atmospheric pollution”, “atmospheric pollutants”, “health effects”.

Dichos términos se han combinado utilizando los booleanos “and”, “or” y “not”.

Además, para reducir la búsqueda, se han establecido una serie de criterios de inclusión como son: artículos que sean originales, idioma castellano e inglés, y

antigüedad máxima de 7 años, a excepción de artículos considerados de gran relevancia.

Tras dicha investigación, se han seleccionado los textos con mayor trascendencia para la realización de este trabajo.

4 Resultados

Como se ha descrito anteriormente se conocen dos tipos de contaminantes, los primarios, expulsados directamente a la atmósfera, y los secundarios, formados en la propia atmósfera. A continuación, se describen los más comunes y los efectos en la salud derivados de la exposición prolongada:

Contaminantes primarios:

- Monóxido de carbono (CO): es resultado de la quema de combustibles para su uso en vehículos, incineradores y calentadores. Incluso en pequeñas concentraciones puede resultar tóxico causando cefalea, alteraciones visuales y disminución del estado cognitivo (4,5).
- Dióxido de azufre (SO₂): es emitido a la atmósfera generalmente por la quema de petróleo o carbón. Es causante de la lluvia ácida y está relacionado con problemas respiratorios como tos, mocos, asma bronquial o bronquitis crónica. Además, diversos estudios han concluido que puede aumentar la tasa de mortalidad por enfermedades pulmonares y cardíacas (4,5).
- Óxidos de nitrógeno (NO_x): generalmente es emitido a la atmósfera por la combustión de energías fósiles para su uso en vehículos motorizados, aunque también por volcanes en erupción e incendios forestales. Da lugar a lluvia ácida cuando se convierte en ácido nítrico y puede irritar las vías respiratorias causando un agravamiento de la bronquitis crónica y una disminución de la capacidad pulmonar (4,5).
- Amonio (NH₃): puede causar irritación e incluso quemaduras en ojos, piel y vías respiratorias. Se utiliza generalmente en productos de limpieza, plásticos, fertilizantes, etc. (4,5,7).
- Compuestos orgánicos volátiles (COVs): es producido por pinturas, productos de limpieza y productos utilizados en la industria automovilística. Los efectos sobre la salud varían ampliamente dependiendo del compuesto y del grado de exposición, pudiendo causar desde efectos a corto plazo como problemas respiratorios, cefalea, fatiga, mareos, irritación o reacciones alérgicas, hasta efectos a largo plazo como daños en hígado, riñones, sistema nervioso central o incluso cáncer en el caso del benceno (4, 7).
- Partículas en suspensión (PM): son producto de los combustibles fósiles y según

su tamaño se clasifican en PM10 o PM2,5. Las PM10 penetran en las vías respiratorias profundas depositándose y causando diversas enfermedades pulmonares como el cáncer. Las PM2,5 son las más peligrosas ya que pueden introducirse en el sistema sanguíneo atravesando la membrana pulmonar e incidir sobre los factores de coagulación, así como empeorar o aumentar el riesgo de sufrir patologías de carácter isquémico (4,6).

- Metales pesados: son muy peligrosos porque no se degradan naturalmente y se van acumulando a lo largo del tiempo. Se generan sobre todo por la actividad industrial. Sus efectos dependen del tipo de metal (5,7):

Plomo (Pb): puede afectar al sistema nervioso, cardiovascular, renal, reproductivo, hematológico y gastrointestinal. También puede influir en el desarrollo fetal.

Cadmio (Cd): está clasificado como carcinógeno. Afecta sobre todo al sistema reproductivo, renal, óseo y respiratorio.

Níquel (Ni): algunos compuestos son carcinógenos. Además, puede producir reacciones alérgicas y afectar al sistema respiratorio, renal, reproductivo e inmunológico.

Arsénico (As): es carcinógeno (pulmón, vejiga y piel), y puede causar daños a nivel hepático, cardiovascular, renal, hematológico y neurológico.

Contaminantes secundarios:

- Ozono: se forma en la propia atmósfera por la reacción de contaminantes primarios, concretamente por la reacción entre la luz solar con compuestos orgánicos volátiles (COVs) y óxidos de nitrógeno (NOx). Es el principal componente de la niebla fotoquímica y es irritante de las vías respiratorias pudiendo derivar en enfermedades como el asma o la neumonía (4,5).

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, el desarrollo urbanístico e industrial lleva asociado un aumento de la contaminación atmosférica que está causando estragos en la salud de la población, mundo animal y vegetal. A medida que las ciudades crecen, mayor es el número de vehículos motorizados que circulan por ellas, siendo el tráfico una de las causas con más impacto en la calidad del aire.

Sin embargo, aunque todos somos conscientes de que cambiar esto será difícil, sobre todo para países con altos niveles de contaminación, puede conseguirse con ayuda de las medidas políticas adecuadas, pero también a través de la implicación a nivel individual de la población.

Es importante concienciar a la población no solo de las medidas para reducir la contaminación ambiental (reciclaje, uso de bicicletas u otros vehículos no motorizados, uso de transporte público, etc.), sino también de los efectos perjudiciales que la contaminación tiene sobre la salud, ya que generalmente se habla de los efectos que produce en el medio ambiente, no hablándose tanto de los efectos a nivel de salud individual.

Debe considerarse el aire limpio como derecho fundamental y todos debemos poner nuestro granito de arena.

6 Bibliografía

1. Galera S, Campos Celador A, Álvarez C, Díaz J, Linares C, Barqueros I, et al. INFORME SOBRE SOSTENIBILIDAD EN ESPAÑA 2019. Por qué las ciudades son clave en la transición ecológica. Madrid: Fundación Alternativas; 2019.
2. Ubila C, Yohannessen. Contaminación atmosférica efectos sobre la salud respiratoria en el niño. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017 [Consultado 3 Ene 2023];28(1): 111-118. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300214>.
3. Organización Mundial de la Salud. Las nuevas Directrices mundiales de la OMS sobre la calidad del aire tienen como objetivo evitar millones de muertes debidas a la contaminación del aire. Copenhague y Ginebra: OMS; 2021.
4. Duque JF. Sobre los efectos de la contaminación atmosférica en la salud. 2017.
5. Enviraiot [Internet]. 2022 [Consultado 6 Ene 2023]. Contaminantes primarios y secundarios. Estos son los más peligrosos [aprox. 4 pantallas]. Disponible en <https://enviraiot.es/contaminantes-primarios-y-secundarios-mas-peligrosos/#::text=Los%20primarios%20son%20los%20que,se%20emiten%20de%20forma%20directa>.
6. Organización Mundial de la Salud. Contaminación del aire ambiente (exterior). Copenhague y Ginebra: OMS; 2021.
7. Meteogalicia [Internet]. Galicia: Xunta de Galicia. Calidad del aire. Disponible en: https://www.meteogalicia.gal/Caire/informacionCaire.action?request_locale=gl.

Capítulo 3

FISIOPATOLOGÍA DE LOS POLITRAUMATISMOS PARA ENFERMERÍA

ANWAR MARTINEZ MOHAMED

JORGE APARICIO CABAÑAS

CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA

LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA

VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO

1 Introducción

Hablamos de un paciente politraumatizado para referirnos a aquel que sufre un traumatismo múltiple con afectación de varias regiones anatómicas/ órganos. El trauma severo es la principal causa de muerte por debajo de 40 años. Las muertes por traumatismo tienen 2 máximos:

- en torno a los 20 años por accidentes varios y armas de fuego (USA).
- en torno a los 80 años producido por atropellos y caídas.

En Alemania desde el año 2000 hay una disminución de los politraumatizados por accidentes de coche, aumentando los suicidios (más en viejos) y los traumatismos por deporte y actividad recreacional (bici, caballo, escalada), con un aumento de las lesiones de la columna. La fisiopatología del politraumatizado se basa en el desarrollo de una respuesta inflamatoria sistémica en forma de SIRS,

que puede ser excesiva, y su equilibrio con una respuesta antiinflamatoria que se activa paralelamente para paliar esa respuesta inflamatoria. El traumatismo supone el “primer golpe” para el organismo, el cual produce una lesión tisular inicial inespecífica que produce daño endotelial (con adherencia de leucocitos polimorfonucleares a los vasos sanguíneos, liberación de radicales libres y proteasas, aumento de la permeabilidad vascular y edema intersticial) activación el complemento y de la cascada de coagulación, liberación de DNA, RNA, células y sus fragmentos, y diferentes moléculas que forman en conjunto lo que se llama el “molde molecular de peligro” (DAMP, danger associated molecular pattern).

2 Objetivos

Con el presente trabajo científico se pretende describir la fisiopatología de los politraumatizados desde el punto de vista del personal de enfermería.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la materia. Para la obtención de datos se han utilizado los buscadores Google Académico, Dialnet y Pubmed así como distintas guías de manejo del paciente politraumatizado de distintos servicios de salud en España.

4 Resultados

La hemorragia masiva constituye una de las razones principales que conducen a un paciente traumatizado grave a la muerte en las primeras horas tras el accidente.

La fisiopatología de los procesos que producen la pérdida sanguínea es compleja, pero cabe destacar una serie de alteraciones metabólicas que son conocidas como la “Triada letal”, la cual incluye acidosis, hipotermia y coagulopatía.

En cuanto a la acidosis, nos encontramos con una acidosis de tipo metabólica que se produce como consecuencia de la activación del metabolismo anaerobio que aparece secundaria a la hipoperfusión y disminución de oxigenación de los tejidos. Esto puede además acompañarse de una acidosis respiratoria debido a la inadecuada eliminación de CO₂.

Por otro lado, la hipotermia llega consecuencia de la disminución del volumen de

sangre, de la baja perfusión tisular, la infusión de grandes cantidades de fluidoterapia, la inmovilización y de la exposición del paciente a bajas temperaturas.

Por último, la coagulopatía, que presenta un origen multifactorial, se ve agravada por la presencia de la acidosis y la hipotermia. Se produce una dilución o inactivación de los factores de la coagulación, aumentándose notablemente los valores del tiempo de protrombina y del tiempo parcial de tromboplastina.

Es importante recalcar que recientemente ha pasado a incluirse una cuarta alteración metabólica que cobra la misma importancia que las tres iniciales. Estamos hablando de la hipocalcemia, producida por una importante disminución en los niveles de calcio debido a la pérdida sanguínea, proceso el cual se ve además agravado como consecuencia de las transfusiones de sangre (el citrato actúa como quelante del calcio). Pasamos de este modo de hablar de la “Tríada letal” a utilizar un nuevo término conocido como “Diamante letal”.

Se produce de esta manera un círculo vicioso el cual agrava el shock y que puede llevar al paciente rápidamente a la muerte si estos procesos no logran ser controlados de forma adecuada

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que La mortalidad de los pacientes politraumatizados se distribuye siguiendo un patrón trimodal, en el cual diferenciamos tres etapas.

La primera etapa se corresponde con la más precoz, la cual engloba a aquellos pacientes que fallecen entre los primeros segundos y minutos tras el accidente.

En este caso las muertes se producen como consecuencia de lesiones en el Sistema Nervioso Central (laceraciones cerebrales graves, lesiones del tronco cerebral y lesiones de la médula espinal alta), lesiones cardíacas o roturas de grandes vasos. El 50% de las muertes de pacientes politraumatizados se producen en esta primera etapa, periodo en el cual solo es posible reducir la mortalidad mediante la prevención y la educación para la salud.

En segundo lugar, la etapa precoz incluye a los pacientes que fallecen entre los primeros minutos y unas horas tras el accidente. En este caso las principales causas se corresponden con traumatismo craneoencefálicos con hematoma subdural o epidural, rotura de bazo, laceración hepática, traumatismo torácico, hemotórax, neumotórax, taponamiento cardíaco, fractura de pelvis u otras lesiones que se asocien con hemorragias graves. En esta segunda etapa fallecen el 30% de los pacientes que sobreviven a la anterior.

Cobra importancia en este caso el término “hora de oro”, el cual abarca el periodo de tiempo que transcurre desde el accidente hasta los 60 minutos posteriores al

mismo, y que resulta decisivo para el paciente, pudiendo inclinar la balanza hacia la vida o la muerte en función de la atención recibida y resultando fundamental una actuación rápida y eficiente.

En esta etapa se podría reducir la mortalidad mediante una buena asistencia pre-hospitalaria y hospitalaria. Llevando a cabo una asistencia sanitaria inicial adecuada y precoz se podrían evitar la mayor parte de los fallecimientos.

Por último, nos encontramos con la etapa tardía, en la cual la muerte se produce varios días o semanas después del accidente. Las causas habituales en este último caso son fallos multiorgánicos, sepsis o complicaciones quirúrgicas. En esta tercera etapa se produce el fallecimiento del 20% de los pacientes que sobreviven a las dos anteriores.

6 Bibliografía

Bayer J, Lefering R, Reinhardt S, Kühle J, Zwingmann J, Südkamp NP et al. La gravedad del trauma torácico contribuye a las diferencias en la terapia de cuidados intensivos y la mortalidad de pacientes con lesiones graves: análisis basado en TraumaRegister DGU [Internet]. Bolonia: Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias;2017

Capítulo 4

REACCIÓN DEL COLECTIVO DE ENFERMERÍA ANTE LA MUERTE DE PACIENTES A SU CARGO

ANWAR MARTINEZ MOHAMED

JORGE APARICIO CABAÑAS

CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA

LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA

VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO

1 Introducción

El personal enfermero actúa hacia la prevención, la recuperación de los diferentes pacientes que tiene a su cargo a lo largo de su vida profesional. Su principal objetivo es el cuidado enfocado al bienestar del paciente tanto para su recuperación y curación como hacia el paso a la muerte. Es por ello que el personal de enfermería debe estar capacitado para afrontar la posible e inevitable muerte de los pacientes a su cargo y tener la habilidad para conseguir apoyar a los seres queridos de ese paciente a afrontar su muerte.

El concepto de muerte culturalmente ha sido un tema bastante tabú, además de suponer una profunda reflexión y meditación. Desde la Antigua Grecia pasando por el Catolicismo de la Edad Media hasta la actualidad con un conocimiento científico-técnico muy amplio de la fisiología y de la psicología humana, la

muerte sigue siendo un concepto bastante abstracto y cuesta mucho trabajo convivir y aceptar la idea de la muerte.

Como hemos mencionado anteriormente la enfermera es la encargada del cuidado del enfermo en el proceso del final de su vida, es decir, se produce entre el profesional y el enfermo una reacción de transferencia-contratransferencia que en muchas ocasiones afectan al personal sanitario. En este caso la enfermera se lleva el mayor peso del cuidado final lo que supone que el fallecimiento en ocasiones se percibe como un fracaso en el cuidado y el mismo profesional cuestiona sus acciones y esfuerzos empleados en el proceso de cuidados de este enfermo.

Posterior a la muerte del paciente, en ocasiones, es fácil encontrar sentimientos de angustia, miedo, impotencia, sufrimiento e incluso vergüenza al encontrarse a familiares o personas cercanas al paciente fallecido. Por lo que estos sentimientos pueden llegar a causar en el personal de enfermería procesos depresivos que desemboquen en una desmotivación y pérdida de las competencias enfermeras.

En la actualidad, la formación académica que recibe el futuro personal enfermero se centra en la promoción, prevención, tratamiento y cura del paciente, además de la docencia e investigación. Sin embargo, la formación académica en este tipo de episodios traumáticos, como la muerte de un paciente es muy escasa. Tanto el comportamiento ético y moral que debe tener el personal sanitario como la posible superación de este acontecimiento doloroso no son estudiados ni tratados como se debería en la formación académica

2 Objetivos

-Conocer cómo afecta la muerte de un paciente al personal sanitario.

Secundarios:

-Saber cómo actuar ante la muerte del paciente.

3 Metodología

El trabajo consiste en una revisión bibliográfica de la literatura disponible publicada desde el 2014. Para su búsqueda se utilizó la base de datos de Google Scholar, Enfispo, BVS, Scielo, donde los requisitos para aceptar los posibles artículos y proyectos eran que estuvieran en español o inglés, descartando cualquier otro idioma y que siguieran una serie de criterios específicos establecidos en la búsqueda, que fueron:

-Actitud del personal sanitario frente a la muerte del paciente.

-Actuación del personal sanitario hacia el final de la vida de aquellos pacientes a su cargo.

4 Resultados

El personal sanitario, especialmente, el personal de enfermería a lo largo de su vida laboral se cruza con pacientes que requieren sus cuidados hasta el fin de sus días. Las enfermeras son las personas que se encuentran siempre a disposición de este tipo de pacientes. Sabemos que muchos enfermos que tienen un pronóstico mortal son dados de alta y esperan la muerte en la casa y en el seno familiar.

Estas personas al igual que otros siguen requiriendo cuidados, tanto si son dados de alta como si se encuentran hospitalizados o internados en diversos centros sociosanitarios. El colectivo de enfermería es el personal que más en contacto entra con estos pacientes.

A este tipo de cuidados finales se le conoce como fatiga por compasión que hace que la persona a cargo de los cuidados del paciente experimente una respuesta físico-psíquico-social. Estas enfermeras y enfermeros explican este término como una sensación de cansancio que determina una reducción generalizada en el deseo y energía para poder ayudar a otros pacientes. En contraposición a este término, García Hernández, MC, 2017; definió la satisfacción por compasión que se define como la habilidad de sentir gratificación por proporcionar los cuidados a los pacientes en el final de su vida.

Al principio del grado de enfermería, los estudiantes no se encuentran preparados para afrontar este acontecimiento inevitable de los seres vivos, especialmente los pacientes que se encuentran hospitalizados y que en las estancias clínicas pueden llegar a tener bajo su cargo. Este sentimiento va cambiando a lo largo de la vida académica, conforme los estudiantes van avanzando de curso y completando estancias en el territorio sanitario, madurando psicosocialmente y con experiencias vividas en su entorno cercano. Estas vivencias hacen que los estudiantes de enfermería tengan una actitud y predisposición ante la muerte de manera diferente y más parecida a los profesionales que a los mismos estudiantes.

Los grados sanitarios provocan que el estar en contacto con personas al borde del fallecimiento o que fallecen cuando los estudiantes están en periodos de prácticas hacen que vayan normalizando poco a poco su visión ante tal desenlace.

En el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Vuancavelica se realizó un estudio de cómo enfermeros que se encontraban en el área de medicina interna (12 enfermeros) y medicina intensiva (11 enfermeros) afrontaban la muerte de los pacientes a su cargo, en la mayoría de los casos, los enfermeros tenían una actitud

positiva y favorable ante la muerte, siendo un porcentaje muy pequeño de una actitud indiferente. Bien es cierto, que estos enfermeros se encuentran en unos servicios donde el fallecimiento de las personas se encuentra a la orden del día, medicina interna y UCI. El personal en el que se realizó el estudio recalca que los conocimientos adquiridos durante la etapa académica no son suficientes para establecer un plan de cuidados concreto acorde al acontecimiento que desenlazará la vida de ese paciente y cómo actuar con los familiares y seres queridos. En el estudio se observa que los conocimientos y actitudes acordes a la muerte son adquiridos con la experiencia profesional y vienen siendo aprendidos de forma paulatina cuando te encuentras con casos de esta magnitud. La mayoría del colectivo enfermero entrevistado muestra una actitud afectiva y comprensiva ante la muerte, lo que le lleva a demostrar una actitud empática con los familiares y seres queridos del fallecido. En estos servicios intentan los enfermeros y las enfermeras no crear vínculos afectivos con los pacientes, ya que la muerte está siempre presente en ellos por lo que la actitud afectiva frente al cuidado de estos pacientes suele ser entre indiferencia y aceptación, siendo un porcentaje muy pequeño de los sanitarios que presentan una actitud de negación ante la muerte de los pacientes. Todos ellos sienten afecto y conmoción ante un paciente en agonía, pero no todas las enfermeras y enfermeros llegan a empatizar con las familias, por lo que crean un límite afectivo a modo de escudo para no sentir la pérdida como personal sino como profesional.

La principal función del personal enfermero es brindarle los cuidados necesarios a aquellos pacientes terminales o bastante críticos, además de enfrentar con la mejor actitud posible el camino de la vida a la muerte. Por eso mismo en el estudio anteriormente nombrado se ha observado que existe una actitud cognoscitiva bastante buena por parte de la enfermería o lo que es al contrario una minoría de actitud indiferente frente a la muerte de sus pacientes por no tener los conocimientos suficientes o adecuados durante su estancia de formación para enfrentarse a este tipo de problemas. Sin embargo, en el estudio también comprobamos que existe un porcentaje de enfermeros en el cual prefieren no enfrentar a la familia de un paciente agonizando, ya que estos enfermos pueden tener en ocasiones algún que otro comportamiento agresivo por no aceptar la situación en la que se encuentran.

El servicio de emergencias es la zona de mayor muerte y mayor impacto de la enfermera frente a ello, ya que este tipo de muertes aparece de forma súbita.

En el Hospital Cayetano Heredia, se observó a lo largo de las prácticas clínicas que existían diferentes actitudes por parte de la enfermería frente a la muerte de sus pacientes. En ocasiones se presentaba empatía con los familiares del falle-

cido, otras veces se pensaba que esa acción era trabajo del médico. Sin embargo, había otras en las que el personal enfermero tenía comentarios como: “Señores el médico ya les explico”, “se va uno, viene otro”, todo ellos hacían los familiares y seres queridos del recién fallecido. Es por ello, que se planteó el estudio con el principal objetivo de determinar la actitud enfermera frente a la muerte de un paciente en el servicio de emergencia.

Cuando el proceso y el hecho de la muerte se producen en otra persona, hemos de afrontar su estudio en función de dos momentos. El primero se produce durante la enfermedad que puede considerarse como terminal, ya que durante el tiempo en que se desarrolla una enfermedad de carácter crónico, en los familiares, allegados y personas que cuidan a la persona enferma, se produce la vivencia de un proceso de agotamiento de carácter físico y psíquico que provoca desequilibrios en el desarrollo diario. El segundo, en los momentos posteriores al fallecimiento, cuando se produce el duelo. (Molina Banqueri, 2018)

El conocer las actitudes del profesional de enfermería ante la muerte reviste gran importancia por la forma en cómo estas influyen en la relación interpersonal y atención de enfermería con pacientes y familiares debido a que el enfermero debe tener en cuenta el deber y la obligación de estar en equilibrio del cuidado biopsico-social y espiritual para mantener un estado de salud pleno y poder brindar el cuidado completo al paciente en fase terminal.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario especialmente, el personal de enfermería a lo largo de su vida laboral se cruza con pacientes que requieren sus cuidados hasta el fin de sus días.

Principalmente, el personal de enfermería es el que ve morir al paciente, en la mayoría de las ocasiones acompañado por familiares y seres queridos, ya que los enfermeros aceptan ese cargo como una obligación a su profesión.

El miedo se encuentra presente en el personal de enfermería cuando se acerca el momento final de la vida del paciente terminal, ya que han sufrido y vivido cada momento bueno y malo de esta persona por un periodo de tiempo habitualmente prolongado hasta el último día de su vida.

6 Bibliografía

1. Castellares Hermoza, D. C., & Castro Cahuana, B. (2018). Actitud frente a la muerte del paciente en el personal de enfermería del Hospital Regional Zacarías

Correa Valdivia Huancavelica-2018.

2. García Hernández, M. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, 14(1), 53.

3. Molina Banqueri, R. (2018). Análisis del miedo y la ansiedad ante la muerte en estudiantes del grado en enfermería

Capítulo 5

ENFERMERÍA Y EL CUIDADO DEL PACIENTE CON COLOSTOMÍA E ILEOSTOMÍA

ANWAR MARTINEZ MOHAMED

JORGE APARICIO CABAÑAS

CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA

LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA

VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO

1 Introducción

Se define ostomía a la abertura realizada mediante intervención quirúrgica para unir una víscera o conducto del interior del organismo con el exterior. Dependiendo del órgano en el que se realice pueden ser digestivas, urinarias y respiratorias o traqueales y suelen localizarse en zonas de la piel donde no haya pliegues, cicatrices o zonas óseas, sirviendo tanto para la eliminación de productos de desecho del organismo como administrar alimentos o medicamentos, así como la ventilación del paciente.

Dependiendo del tiempo de permanencia se pueden clasificar en temporales (situaciones donde por algún tipo de enfermedad se debe cortar el paso de los productos de desecho) o definitivos (cuando no existe posibilidad de reconstruir el tránsito intestinal).

En este capítulo nos centraremos en las ostomías digestivas, concretamente en las colostomías y las ileostomías.

- Ileostomía: en ellas se expone al exterior el íleon. Sus heces se caracterizan por ser más ácidas y líquidas al contener fluidos ricos en enzimas digestivos, lo que puede producir irritación de la piel periestomal.
- Colostomía: consiste en la exposición de parte del colon al exterior. La consistencia de sus heces depende de la localización del estoma, pueden ser líquidas y frecuentes (colostomía ascendente), semiblandas (colostomías transversas) o heces normales (colostomía descendente y sigmoidea). Estas últimas suelen ser las que producen menos complicaciones.

A diferencia del ano, los estomas no poseen un esfínter que controle de forma voluntaria la defecación, por lo que la salida de la materia fecal a través de estos será de forma involuntaria, pero existen algunas técnicas quirúrgicas para elaborar estomas que tratan de lograr la realización de la deposición cuando el paciente desee.

A pesar de ser una intervención eficaz en el tratamiento de diversas patologías, produce un impacto en la vida del paciente, ya que afecta a la imagen corporal y la capacidad de relacionarse con otras personas pudiendo causar pérdida de confianza y rechazo.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados de enfermería relacionados en los pacientes con colostomía e ileostomía.
- Exponer las principales complicaciones de los pacientes con ostomías.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación mediante una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente mediante las palabras clave: “ostomías digestivas” y “cuidados de enfermería”.

Los artículos se identificaron mediante búsquedas electrónicas en bases de datos bibliográficas como Pubmed, CUIDEN, SciELO, Cochrane Library, Dialnet, y Google Scholar, así como en libros relacionados con el tema.

Se cribaron mediante criterios de inclusión y exclusión y se identificaron los estudios potencialmente incluibles a partir del título y del resumen. Posteriormente se analizó el texto completo para su selección.

4 Resultados

HIGIENE DEL ESTOMA: La higiene y los cuidados del estoma deben realizarse cada día, con el objetivo de detectar y prevenir posibles complicaciones. Para ello se realizará la limpieza con agua templada y jabón mediante toallitas o paños de tejido suave (se deben evitar gasas o materiales que puedan irritar el estoma) y secar con toalla o papel con pequeños toques. Es posible que durante la limpieza se produzca un pequeño sangrado, ya que se trata de un tejido muy vascularizado. Para colocar una bolsa nueva debemos recortar el disco adhesivo con un tamaño adecuado al estoma para evitar que lo estrangule o roce, además no se deben aplicar cremas o sprays ya que dificultan la fijación del dispositivo a la piel debido a los aceites que poseen.

CUIDADOS DE LA PIEL PERIESTOMAL : La piel que rodea el estoma puede verse afectada debido a los desechos que salen de la ostomía, pudiendo causar hipersensibilidad o dolor en la zona. Para su cuidado se debe retirar la bolsa o disco con suavidad y hacia abajo, sujetando la piel de alrededor sin dar tirones. Posteriormente es recomendable limpiar la piel con un paño húmedo y secarla bien antes de colocar el dispositivo nuevo, así como usar el tamaño adecuado de disco, ya que un disco muy ancho haría que los productos de desecho irritasen la piel. En caso de haber vello, se debe recortar con tijeras, evitando cuchillas y cremas de afeitado.

Dentro de las principales complicaciones de la piel que pueden producirse encontramos: dermatitis periestomal, ulceración, granulomas, varices paraestomales y fistulas intestinales.

DIETA: Las recomendaciones nutricionales varían en función del tipo de cirugía. Se deben ir introduciendo los alimentos poco a poco y en pequeñas cantidades, debiendo disminuir aquellos alimentos ricos en residuos y los que producen una cantidad excesiva de gases, realizando una dieta variada y equilibrada con comidas poco abundantes, pero frecuentes e ir aumentando progresivamente la cantidad de comida, así como disminuir el número de tomas hasta obtener una dieta normal. También es recomendable tomar abundantes líquidos al día, entre los que se desaconseja el café y las bebidas con gas.

Los pacientes con colostomía deben ingerir suficiente fibra y líquidos para evitar el estreñimiento, en caso de estreñimiento se recomienda ingesta de verduras, zumos de frutas, cereales integrales y líquidos en abundancia. Por el contrario, si se produce diarrea se aconseja el consumo de alimentos astringentes junto con la abundante ingesta hídrica.

En los pacientes con ileostomía la dieta consiste en disminuir el volumen diario

de las heces evitando que estas sean excesivamente líquidas, debiendo recalcar la importancia de un buen aporte hídrico para prevenir el riesgo de deshidratación y las consecuencias asociadas (hipopotasemia, la hipocalcemia o la hipomagnesemia).

MEDICACIÓN: La administración de medicamentos en pacientes ostomizados no supone un problema, pero si habrá de tenerse en cuenta algunas características debido a la modificación del intestino y su tránsito, como el lugar de absorción del tubo digestivo, vía de administración, efectos adversos que repercutan sobre el sistema digestivo, entre otros.

PRINCIPALES COMPLICACIONES DE COLOSTOMÍAS E ILEOSTOMÍAS: Dentro de las complicaciones más comunes de este tipo de colostomías encontramos:

- **Edema:** Inflamación de la mucosa y es frecuente en los primeros días. Se deben aplicar compresas con agua o suero fisiológico para reducirlo, además es conveniente aumentar al tamaño de las placas adhesivas.
- **Hemorragia:** el sangrado en la mucosa del estoma que suele ceder sola, en caso de que no cese se debe hacer hemostasia local comprimiendo el vaso.
- **Isquemia y necrosis:** Cambio en la coloración de la mucosa a negro debido a una disminución en la vascularización del intestino por diversos motivos. Puede suponer una urgencia médica.
- **Infección y sepsis:** calor, rojez, dolor y supuración en la zona del estoma son signos característicos. Se debe drenar y realizar limpieza y desinfección, retirando esfacelos.
- **Retracción del estoma:** es el hundimiento del estoma por debajo de la piel.
- **Dehiscencia:** es la infección y separación parte del intestino y suele aparecer en la primera semana tras la operación. Puede requerir una nueva sutura si afecta a toda la circunferencia o se intentará la cicatrización por segunda intención si se trata de una dehiscencia parcial.
- **Estenosis:** es la reducción del diámetro interior del estoma que provoca dificultad de la evacuación del intestino. Se debe realizar dilataciones mediante sondas, con los dedos, etc. para evitar que se cierre.
- **Hernia:** es la salida alrededor del estoma por un defecto de la pared abdominal que puede causar malestar, dolor, distensión abdominal. En estas situaciones es recomendable el uso de una faja elástica así como evitar esfuerzos con el abdomen.
- **Prolapso:** consiste en la salida de la mucosa a través del orificio cutáneo de sutura. Se puede colocar mediante masajes suaves con vaselina dirigidos a la pared abdominal, evitando la torsión de la mucosa.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con colostomías e ileostomías deben tener una serie de cuidados tanto de la propia ostomía como con la dieta y medicación, dado que al faltar parte del intestino la absorción de ciertos alimentos y fármacos puede verse afectada. Es importante realizar un correcto de la ostomía y de la piel periestomal para evitar en la medida de lo posible las complicaciones asociadas a este tipo de intervención, además de entrenar al paciente en que fomente su autocuidado y que este adquiera autonomía y aprenda a detectar signos de alarma para así disminuir complicaciones y mejorar su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Vázquez García MC, Poca Prats T. Manual de cuidados en ostomías. Difusión Avances de Enfermería. Madrid; 2009.
2. Corella Calatayud JM, Vázquez Prado A, Tarragón Sayas MA, Mas Vila T, Corella Mas JM, Corella Mas L. Estomas Manual para enfermería. CECOVA. Alicante. 2005; 117-265.
3. Freire Ruis RG, Gonzalez Puente MM, Martínez Rueda NM, Olavarría Beivide E, Ortíz de Urbina AM, Tejerina Prieto ML. Nociones básicas sobre estomas. SOFOS. 2011
4. García Martínez C, García Cueto B. Cuidados de Enfermería al paciente ostomizado. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2017. Noviembre;5(4): 35-48
5. Tegido Valentí M, Blanco Álvarez A, Soriano-Izquierdo A. Actuaciones de enfermería en el cuidado del paciente ostomizado digestivo. Protocolos de actuación de enfermería en gastroenterología

Capítulo 6

IMPACTO PSICOSOCIAL DEL ACNÉ EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JOVENES

ANGELA LOREDO LONGO

1 Introducción

El acné es una enfermedad crónica e inflamatoria de los folículos sebáceos que presenta una evolución prolongada, en la que se alternan periodos de recaídas con brotes agudos y periodos de remisión.

Representa la tercera enfermedad cutánea más prevalente en el mundo. Afecta a un 80% de los adolescentes, aquellos comprendidos entre los 12 y 18 años y tiene una incidencia cada vez mayor en los adultos jóvenes, afectando a un 12% de mujeres y un 3% de hombres mayores de 25 años. El pico de prevalencia aparece entre los 12 y 24 años mientras que la edad de comienzo es variable. En las niñas se produce entre los 12 y 13 años, debido al inicio precoz de la pubertad y en los niños aparece entre los 13 y 14 años.

Existen factores implicados en su patogenia como el tabaquismo, el periodo premenstrual, una historia familiar de acné positiva o dietas ricas en grasas y frituras aunque su producción es debida principalmente a cuatro factores: la colonización de los folículos por *propionibacterium acnés*, el aumento de la producción de sebo, la hiperqueratización de los folículos y la respuesta inflamatoria de la piel. En los casos de acné tardío, aquel que aparece en la edad adulta y se localiza mayoritariamente en las zonas del cuello, mentón y boca, las causas son desconocidas, pero se cree que puede deberse a alteraciones hormonales y a un aumento excesivo del sebo.

Las lesiones que se producen en el acné pueden dividirse en:

- No inflamatorias: comedones abiertos o cerrados: o Comedones cerrados o espinillas: abultamientos milimétricos de la piel cuya zona central posee una coloración blanquecina. o Comedones abiertos o puntos negros: abultamientos milimétricos de la piel cuya zona central posee una coloración negruzca.

- Inflamatorias: nódulos, pápulas o pústulas. Son lesiones purulentas más severas que se diferencian en el tamaño de la lesión y en la producción de cicatrices. o Pápulas y pústulas: son abultamientos de entre 1 y 4 mm de tamaño que pueden durar varios días o varias semanas respectivamente y no generan cicatrices. o Nódulos: lesiones de mayor tamaño, más de 5 mm, que dejan cicatrices residuales y están presentes por un tiempo superior a 4 semanas.

La mayoría de ellas aparecen en zonas con gran cantidad de folículos sebáceos como las zonas de la cara, el pecho y la espalda.

Además de estas lesiones, debido a daños en la piel durante el tratamiento del acné pueden producirse cicatrices de diferentes tipos. Las más comunes son las cicatrices atróficas, hendiduras cutáneas producidas por la pérdida del colágeno e inflamación de la dermis profunda, conocidas como rolling, boxcar e icepick. La diferencia de estos tres tipos de cicatrices se encuentra en la forma siendo ondulada en las Rolling, ovalada en las boxcar y en forma de v en las icepick. En muchos casos estas lesiones aparecen de forma conjunta haciendo difícil el tratamiento de las mismas. También pueden aparecer queloides o cicatrices hipertróficas, mayoritariamente en la zona del tronco.

A pesar de la existencia de múltiples opciones para tratar esta enfermedad, el acné puede generar alteraciones negativas en el aspecto físico de la persona que lo sufre.

Esto tiene gran importancia, ya que las relaciones personales y sociales dependen en gran medida de la apariencia.

La apariencia física define parte de nuestra identidad y tiene un papel importante en la primera imagen que las personas forman de nosotros cuando nos observan. Además de esto, hoy en día vivimos dentro de una sociedad con elevados estándares de belleza en los que solo un tipo de cuerpo es el adecuado y en el que existe un estigma social que relaciona características diferentes con falta de higiene o enfermedades contagiosas.

La idea del cuerpo perfecto junto con este estigma social genera una gran presión en las personas, especialmente durante la adolescencia.

La adolescencia es el periodo de paso de la infancia a la edad adulta en el que se produce el desarrollo físico y personal del adolescente, el cual marcará su identidad durante la vida adulta. Se considera una etapa de gran vulnerabilidad en la que pueden aparecer conductas de riesgo que podrán generar problemas de

salud. El acné puede influenciar de manera negativa a este desarrollo causando problemas psicosociales como baja autoestima, vergüenza o ansiedad.

Estos problemas surgidos durante la adolescencia pueden condicionar la vida adulta de la persona que padeció acné. Así mismo, las recaídas durante la adultez o la aparición del mismo en esta etapa pueden generar otros problemas como disminución de la productividad e incluso, ausentismo laboral.

Además del impacto que causan las lesiones inflamatorias y no inflamatorias se ha de tener en cuenta el impacto que causan las cicatrices derivadas del acné. La mayoría de los pacientes que sufren acné presentan estas lesiones después de la resolución de este. La presencia de estas lesiones es permanente y genera un cambio en la imagen que uno tiene de sí mismo.

La existencia de cicatrices en el área facial genera un gran impacto psicológico. Esta zona es muy visible y ocultar estas lesiones es prácticamente imposible. Entre las repercusiones que genera se encuentra una disminución de las relaciones sociales y una disminución de la confianza en uno mismo.

Además de estas consecuencias, el hecho de presentar cicatrices puede generar una disminución en la calidad de vida en la que es común tratar de evitar las interacciones sociales, en la que existe un mayor rechazo de uno mismo debido a un aumento de la percepción negativa de sí mismo y en la que la idea de rechazo está constantemente presente lo que genera sentimientos de temor y dificultad para iniciar nuevas relaciones.

Todo esto puede llevar graves problemas psicológicos como ansiedad y depresión.

2 Objetivos

Determinar el impacto psicológico y social del acné en adolescentes y adultos jóvenes asturianos.

- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir la relación entre el impacto del acné en adolescentes y adultos jóvenes y las variables sociodemográficas.
- Establecer la asociación entre la presencia de cicatrices y el impacto psicosocial en los adolescentes y adultos jóvenes asturianos

3 Metodología

TIPO DE ESTUDIO

Se desarrollará un estudio multicéntrico, descriptivo, observacional, transversal y correlacional.

TIEMPO Y LUGAR DEL ESTUDIO

La duración del estudio será de un año, Junio 2023 a Junio 2024. Se llevará a cabo en los hospitales públicos del Principado de Asturias que cuenten con un departamento de dermatología:

- Hospital San Agustín.
- Hospital Universitario Central de Asturias y Hospital Monte Naranco.
- Hospital de Cabueñes.
- Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián.
- Hospital Valle del Nalón.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población diana sería todo sujeto, que haya sido diagnosticado de acné en el Principado de Asturias. La muestra estará formada por todos los sujetos que cumplan los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión
 - Diagnóstico previo de acné
 - Edad entre los 12 y 35 años.
 - Seguidos en consulta de dermatología en los hospitales de las áreas de salud III, IV, V, VI y VIII del Principado de Asturias.
 - Con presencia de cicatrices derivadas del acné.
 - Que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
- Criterios de exclusión
 - Personas con problemas psicológicos previos diagnosticados.
 - Con diagnóstico de acné, pero sin presencia de cicatrices derivadas del acné.
 - Que no acepten participar o no firmen el consentimiento informado.
 - Adolescentes cuyos representantes no hayan firmado el consentimiento informado.
 - Diagnosticado durante la realización del estudio.

VARIABLES DEL ESTUDIO

- Variables sociodemográficas:
 - Sexo: variable cualitativa; femenino, masculino.
 - Edad: variable cuantitativa; en años.
 - Centro: variable cualitativa; Hospital San Agustín, Hospital de Cabueñes, HUCA, Hospital Monte Naranco, hospital del oriente Francisco Grande Covián, Hospital Valle del Nalón.

- Edad del diagnóstico: variable cuantitativa; en años.
- Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la participación en el estudio: variable cuantitativa. En días, meses o años.
- Nivel de estudios: variable cualitativa; sin estudios, educación primaria, educación secundaria, educación superior.
- Estado civil: variable cualitativa; soltero/a, casado/a, divorciado/a, viudo/a.
- Ocupación: variable cualitativa; estudiante, con trabajo, parado/a.
- Lugar de residencia: variable cualitativa: área urbana o rural.
- Impacto del acné:
 - Impacto psicológico: variable cuantitativa; definida como las consecuencias del acné sobre la autoestima y la visión de uno mismo.
 - Impacto social: variable cuantitativa; definida como las consecuencias en las relaciones sociales y personales de las personas que padecen acné.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

- Hoja de recogida de datos sociodemográficos

Para la recogida de los datos sociodemográficos se incluirá una hoja de recogida de datos.

La recolección de datos sobre las variables relacionadas con el impacto del acné se llevará a cabo a través de dos cuestionarios autoadministrados:

- Escala de autoestima de Rosenberg

Se medirá el impacto psicológico mediante la escala de autoestima de Rosenberg. Esta escala fue ideada por Rosenberg en 1965 para la medición de la autoestima de forma global en adolescentes, aunque posteriormente también se validó su uso en personas adultas. Cuenta con 10 ítems, 5 enunciados de forma negativa y 5 de forma positiva. La puntuación corresponde a una escala tipo Likert con 4 puntos.

En los enunciados positivos las respuestas se valoran de 4 a 1: 4, muy de acuerdo y 1, totalmente en desacuerdo. En los enunciados negativos la puntuación se realiza a la inversa: 4, totalmente en desacuerdo y 1, muy de acuerdo. La puntuación total varía entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta autoestima).

- Skindex 29

Para medir el impacto social se utilizará la versión española del cuestionario Skindex

29. El cuestionario original fue creado por Chren en Estados Unidos para valorar la influencia de las enfermedades dermatológicas sobre la calidad de vida de los pacientes en las 4 semanas previas a la realización del cuestionario.

Está compuesto por 29 ítems divididos en 3 dimensiones: 10 ítems corresponden a la dimensión emocional, 12 a la dimensión funcional y 7 a la dimensión

sistemática.

La puntuación de cada ítem corresponde a una escala tipo Likert que va de 0 (nunca) a 4 (todo el tiempo). Cada dimensión tiene una puntuación entre 0 (ausencia de impacto en la calidad de vida) y 100 (máximo impacto en la calidad de vida).

PROCEDIMIENTO

Una vez obtenida la aprobación por el Comité de Ética, se contactará con las gerencias de los hospitales definidos previamente para obtener la autorización, y con los respectivos departamentos de Dermatología. Para ello, se enviará la aprobación por el

Comité de ética de la Investigación del Principado de Asturias y se presentará el proyecto a cada jefe de Departamento.

Los departamentos que accedan a la participación deberán aportarnos una lista con los pacientes que cumplan los criterios seleccionados para nuestra muestra. Una vez portados estos datos, nos pondremos en contacto con los pacientes a través de:

- Correo electrónico: enviaremos ambos cuestionarios junto con el consentimiento informado, una dirección de correo electrónico al que deberán reenviar los cuestionarios cumplimentados y un teléfono de contacto para solucionar dudas durante la cumplimentación de los cuestionarios.
- Teléfono: se contactará de este modo cuando no contemos con una dirección de correo electrónico. Solicitaremos una dirección para enviar por correo convencional los cuestionarios junto con 2 formularios del consentimiento informado. En este caso, se dará una dirección a la que enviar los cuestionarios cumplimentados y un teléfono de contacto y será facultado un sobre prepagado para devolución de los instrumentos.

ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recogidos todos los cuestionarios realizaremos el análisis de datos y la interpretación de los resultados durante un periodo de 3 meses.

Para el análisis de datos utilizaremos el programa estadístico informático SPSS. Se utilizarán las medidas de distribución de frecuencias, obtendremos las medidas de tendencia central (media, mediana) y las medidas de dispersión (desviación típica, amplitud, error típico de la media).

Para medir la normalidad de distribución de los datos utilizaremos la prueba Shapiro-Wilk. La comparación de las diferentes variables se hará mediante la prueba de t de Student en el caso de ser una variable cuantitativa y una variable cualitativa con 2 categorías y la prueba de ANOVA en el caso de comparar una variable cuantitativa con una variable cualitativa con más de 2 categorías. Para la comparación de dos variables cuantitativas utilizaremos la prueba de Correlación

de Pearson. Se aceptará como valor de significación estadística un $p < 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitará aprobación por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de

Asturias. Se entregará un consentimiento informado en el que los participantes aceptan la participación en el estudio, la cesión de datos y, en los casos en los que los participantes son menores de edad, la autorización del tutor legal o familiar. Así mismo, se incluye la revocación del consentimiento informado para abandonar el estudio en cualquier momento.

Los datos se mantendrán anónimos y confidenciales en todas las fases del estudio respetando la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Además, como profesionales de enfermería respetaremos los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

LIMITACIONES

- Sesgo de autoselección: la población puede no ser debidamente representada por la muestra debido a que los sujetos acceden a la participación de manera voluntaria y en algunos casos pueden tener un interés mayor en el estudio.
- Sesgo de no respuesta: abandono de los sujetos que participan en el estudio.
- Imposibilidad de generalización de resultados dado que se trata de un estudio descriptivo y transversal

4 Bibliografía

- Vilar GN, Santos LA, Sobral Filho JF. Quality of life, self-esteem and psychosocial factors in adolescents with acne vulgaris. *An Bras Dermatol*. 2015; 90(5):622-9.
2. Orozco B, Campo ME, Anaya LA, Atuesta J, Ávila MJ, Balcázar LF et al. Guías colombianas para el manejo del acné: una revisión basada en la evidencia por el Grupo Colombiano de Estudio en Acné. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2011; 19(2): 129-58.
3. Markovic M, Soldatovic I, Bjekic M, Sipetic-Grujicic S. Adolescents' self perceived acne-related beliefs: from myth to science. *An Bras Dermatol*. 2019; 94(6):684-90.
4. Purdy S, de Berker D. Acne vulgaris. *BMJ Clin Evid*. 2011; 2011:1714.
5. Agüero de Zaputovich F, Samudio M. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes que consultan por acné. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 2015; 13(1): 7-16.

6. Titus S, Hodge J. Diagnosis and treatment of acne. *Am Fam Physician*. 2012; 86(8):734-40.
7. Argote A, Mora OE, González LC, Zapata JM, Uribe D. Aspectos fisiopatológicos del acné. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2014; 22(3): 200-8.
8. Fox L, Csongradi C, Aucamp M, du Plessis J, Gerber M. Treatment Modalities for Acne. *Molecules*. 2016; 21(8):1063.
9. Veliz JS. Calidad de vida y su relación con el acné juvenil inflamatorio en una clínica privada de lima metropolitana [tesis]. Lima: Facultad de Medicina Humana; 2015. 39p.
10. Maza-Ramos G, Liquidano-Pérez E, Saéz-de-Ocariz M, Orozco-Covarrubias L. Acné juvenil, tratamiento por el pediatra. ¿Cuándo enviar al especialista?. *Acta Pediatr Mex*. 2018; 39(5):307-13.
11. Abdel Hay R, Shalaby K, Zaher H, Hafez V, Chi CC, Dimitri S et al. Interventions for acne scars. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 4(4):CD011946.
12. Undécima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
13. Costa CS, Bagatin E, Martimbianco ALC, da Silva EM, Lúcio MM, Magin P et al. Oral isotretinoin for acne. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 11(11):CD009435
14. Ngaage M, Agius M. The psychology of scars: a mini-review. *Psychiatria Danubina*. 2018; 30(7): 633-8.
15. Borrás Santisteban T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *CCM*. 2014; 18(1):05-07.
16. Eyüboğlu M, Kalay I, Eyüboğlu D. Evaluation of Adolescents Diagnosed with Acne Vulgaris for Quality of Life and Psychosocial Challenges. *Indian J Dermatol*. 2018; 63(2):131-5.
17. Dreno B, Bordet C, Seité S, Taieb C; 'Registre Acné' Dermatologists. Acne relapses: impact on quality of life and productivity. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019; 33(5):937-43.
18. Tan J, Kang S, Leyden J. Prevalence and Risk Factors of Acne Scarring Among Patients Consulting Dermatologists in the USA. *J Drugs Dermatol*. 2017; 16(2):97-102.

19. Nguyen CM, Beroukhim K, Danesh MJ, Babikian A, Koo J, Leon A. The psychosocial impact of acne, vitiligo, and psoriasis: a review. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2016; 9:383-92.
20. De la Cruz Peceros S. Características clínicas y epidemiológicas del acné tardío en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión: julio 2010 - julio 2011 [tesis]. Lima: Facultad de medicina humana; 2014. 47p.
21. Saldaña M, Fierro-Arias S. Acné y depresión. *Dermatol Rev Mex*. 2019; 63(1): S18-S24.
22. Organización Mundial de la Salud [internet]. Ginebra: OMS; [citado 24 abr 2021]. Disponible en: OMS | Quiénes somos y qué hacemos (who.int).
23. Hosthota A, Bondade S, Basavaraja V. Impact of acne vulgaris on quality of life and self-esteem. *Cutis*. 2016; 98(2):121-4.
24. Altunay IK, Özkur E, Dalgard FJ, Gieler U, Tomas Aragones L, Lien L et al. Psychosocial Aspects of Adult Acne: Data from 13 European Countries. *Acta Derm Venereol*. 2020; 100(4): adv00051.
25. Bez Y, Yesilova Y, Kaya MC, Sir A. Alta frecuencia de fobia social y discapacidad relacionada en pacientes con acné vulgaris. *Eur J Dermatol*. 2011; 21(5):756-60.
26. Gonzalez Jurado MA. Código deontológico de la Enfermería Española. Consejo general de Enfermería. 2019; 1: 1-4.
27. Vazquez Morejón AJ, Jimenez García-Bóveda R, Vazquez-Morejón R. Escala de autoestima de Rosenberg. Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*. 2004; 22(2): 247-56.
- 29
28. Vazquez Morejón AJ, Vazquez-Morejón R, Bellido Z. Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*. 2013; 31(1): 37-43.
29. Restrepo C, Escobar Valencia C, Mejia Giraldo AM, Tamayo Arango S, García García HI, Lugo Agudelo LH et al. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en dermatología. *Iatreia [Internet]*. 2013; 26(4): 0121-0793.
30. Jones-Caballero M, Peñas PF, García-Diez A, Chren MM. La versión española de Skindex-29. Un instrumento de medida de la calidad de vida en pacientes con enfermedades cutáneas. *Medicina Clínica*. 2002; 118(1): 5-10.

31. Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Revista Cubana de Oftalmología*. 2015; 28(2): 228-33.

Capítulo 7

LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ

ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN

NATALIA MARINE LOFVALL DURAND

DELIA GONZÁLEZ PÉREZ

CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ

1 Introducción

Vamos a hablar de la unidad de hemodiálisis, lugar donde se lleva a cabo por máquinas las funciones de los riñones que no funcionan en su totalidad y de pacientes que están esperando un trasplante renal. La insuficiencia renal se puede definir como una disminución gradual de la tasa de filtración glomerular. Hay dos tipos de insuficiencia renal:

- Triple S: Inicio o desarrollo súbito, reversible en el tiempo.
- Crónica: al menos tres meses son progresos lentos y pueden activarse para la insuficiencia renal para siempre. No es suficiente asociarse con factores peligrosos como hipertensión, escape, hiperlipidemia, exceso de proteínas y fósforo. El efecto de la cabeza del riñón es necesario como tratamiento o trasplante de tecnología renal. Los pacientes deben permanecer atentos durante este tratamiento y ser monitoreados constantemente a través del diagnóstico, manejo y ajuste del paciente.

Una enfermera de hemodiálisis es una parte importante del tratamiento, un profesional responsable de garantizar que el tratamiento sea lo más efectivo posible y que el paciente se sienta cómodo. La función principal del personal de enfermería es crear investigación en este país, participan en este comportamiento, mantienen una buena higiene, protegen los catéteres cuando se duchan y se revitalizan más físicamente. Es para evitar.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es analizar los cuidados del personal de enfermería en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las principales funciones de las enfermeras en el cuidado de los pacientes en hemodiálisis son:

- Mantener la higiene de manos de pacientes y personal médico.
- Un nefrólogo ajusta el peso seco de un paciente así como el peso después de eliminar los desechos y el exceso de agua. ☒Prepare los elementos necesarios, como herramientas, bolsos y cuerdas.
- Ilustrar el procedimiento de reemplazo, realizarlo con el paciente, practicar durante varios días y hacer las manipulaciones reales necesarias para que el paciente pueda realizarlo en casa. - Ejecute un ciclo durante 20-30 minutos.
- Al final de la sesión de entrenamiento, la enfermera registra la hora de inicio, el tiempo de infusión, el volumen de infusión, el tiempo restante en el abdomen y las características e incidencias de los líquidos aspirados. - Cateterismo: El primer tratamiento lo realiza una enfermera en el hospital. Luego el paciente debe aprenderlos y hacerlos en casa. También aprendemos y reconocemos que pueden presentarse signos y síntomas de infección.

- Alimentos y líquidos: Es importante saber qué come el paciente, como potasio, proteínas, sal, fósforo e hidratos de carbono, y qué alimentos tienen un impacto negativo en la salud. Líquidos: necesita planificar los líquidos que bebe durante el día. No se recomienda beber más de 500cc al día respecto a la cantidad de orina para que no se acumule. Evite los alimentos que contienen mucha agua.

- Los pacientes pueden hacer ejercicio durante la diálisis, pero deben continuar con las actividades ejercitadas anteriormente a menos que un médico indique lo contrario. La actividad ligera es beneficiosa y se recomienda el ejercicio como caminar o andar en bicicleta, siempre a pulsaciones bajas, ya que las pulsaciones altas alteran el ritmo sanguíneo y eso puede crear un problema mayor a esta patología.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos destacando los pilares de la planificación del cuidado para las enfermeras de hemodiálisis deben organizarse en un lenguaje flexible organizado en estructuras de conocimiento, evidencia científica y evidencia fáctica, y pueden adaptarse activamente a diferentes escenarios y tiempos.

Los elementos clave para el manejo de estos pacientes son: la educación del paciente (las cosas buenas que ayudan al cuidado, el cuidado personal y la participación de la familia son esenciales) y las enfermeras y enfermeros en cada etapa del cuidado de paciente a paciente. La orientación de la satisfacción del paciente a la calidad de la relación e importancia. familia.

6 Bibliografía

1. Pubmed.
2. www.scielo.org.
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermedad-renal-cronicacuidados-al-paciente-sometido-a-dialisis/>.

Capítulo 8

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE ANTICOAGULADO

EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ

ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN

NATALIA MARINE LOFVALL DURAND

DELIA GONZÁLEZ PÉREZ

CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ

1 Introducción

La gran importancia de unos buenos cuidados a los pacientes con problemas de coagulación de la sangre es vital para su vida. Los anticoagulantes orales no son medicamentos de prescripción que produzcan el efecto deseado, y se debe encontrar la dosificación precisa y adecuada para cada paciente, controlando la dosis que produce el efecto deseado para el paciente.

La terapia de anticoagulación oral está indicada para pacientes con alto riesgo de trombosis, incluyendo fibrilación auricular, enfermedad cardíaca valvular y reemplazo valvular, procesos tromboembólicos, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca aguda, stent coronario o pacientes con stent. Los pacientes con este tipo de enfermedad crónica necesitan estar bien informados no solo sobre el estado de la enfermedad, sino sobre todo el proceso para tener un efecto positivo

en los resultados de su salud. Para este paciente, se debe controlar y controlar la eficacia de los anticoagulantes orales. Los cuidadores deben brindar información clara y accesible para ayudar a los pacientes a manejar su terapia de manera adecuada, minimizar los efectos secundarios y maximizar los beneficios. Esta información debe ser precisa y en un lenguaje accesible, familiar y comprensible no solo para el paciente, sino también para los familiares y cuidadores involucrados en el mantenimiento de la salud.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este estudio fueron conocer los diferentes tipos de anticoagulantes y analizar la importancia de los cuidados de enfermería para los pacientes que toman anticoagulantes orales.

3 Metodología

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

4 Resultados

La razón por la cual los pacientes que reciben este tipo de terapia anticoagulante es por sus problemas de que el cuerpo humano haga su función de tener la sangre líquida y a razón de esta patología se le forman coágulos en las arterias y tiene riesgos de obstrucciones y explosión de sus venas y arterias, por ello tienen que recibir medicación y atención sanitaria, médicos y enfermeras que son los que tienen los conocimientos suficientes para su manejo es que permite un mejor de la enfermedad, se debe enseñar a administrar la terapia de coagulación. Desde los centros médicos, los profesionales sanitarios deberían desarrollar estrategias de educación sanitaria que incluyan sesiones informativas con los pacientes que toman anticoagulantes.

Cuando un paciente acude a una consulta de enfermería producto de un examen por un hematólogo, se debe abrir una ficha que registre todos los datos que aparecen en el panel de control que el especialista realizó ese día (especialmente

aquellos que facilitan la prescripción de anticoagulantes orales), su utilidad terapéutica, gama, el fármaco y su presentación. Los anticoagulantes orales convencionales tienen ciertos inconvenientes en comparación con otro tipo de nuevas innovaciones. Entre estos se encuentran los márgenes terapéuticos estrechos, la necesidad de exámenes de rutina frecuentes, las complicaciones hemorrágicas si se superan los márgenes terapéuticos, las interacciones con alimentos y otros medicamentos y el marcaje personal. Variación en la dosis y efecto terapéutico. Estas indicaciones de tratamiento se basan en que el beneficio del paciente supere los posibles efectos secundarios, y esto se logra resolviendo todo tipo de dudas comunes y creando condiciones favorables. Siempre que estén bien informados, pueden ayudarlo a protegerse contra posibles complicaciones relacionadas con una atención médica deficiente.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que están con un tratamiento anticoagulante, tienen pocos o nulos conocimientos de la manera de actuar con este tratamiento, así como de las normas y protocolos con los que tienen que seguir a la hora de tomar este tipo de medicamentos, por eso resulta fundamental que el personal de enfermería, tanto de los centros de salud de atención primaria así como los de atención especializada, deben de proporcionar sus cuidados, también enseñar y así como educar a todos los pacientes que reciben estos tratamientos de anticoagulantes, y a sus familiares o cuidadores con el objetivo de minimizar los riesgos y evitar posibles complicaciones.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. Pubmed.
3. www.scielo.org.

Capítulo 9

ENFERMERÍA EN EL USO DE ASPIRINAS Y EL SÍNDROME DE REYE

EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ

ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN

NATALIA MARINE LOFVALL DURAND

DELIA GONZÁLEZ PÉREZ

CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ

1 Introducción

El síndrome de Reye se caracteriza por presentar una serie de signos y síntomas poco comunes, pero muy graves y que pueden llegar a causar incluso la muerte, debido a que se produce una insuficiencia mitocondrial aguda en forma de encefalopatía aguda, enfermedad hepática e infiltración grasa visceral. Suele darse en menores de edad, especialmente en menores de seis años de edad que usen la aspirina para paliar procesos de virus como la gripe o el virus de la varicela.

Los síntomas comienzan repentinamente, aproximadamente una semana después de la infección viral, y provocan vómitos, encefalopatía, cambios de personalidad, hipoglucemia, confusión, somnolencia y convulsiones, e incluso en los casos más graves pueden llegar a inducir al coma y la muerte. También está presente una considerable elevación de transaminasas, hígado graso, degeneración grasa del hígado, aumento de la presión intracraneal que causa edema cerebral y problemas con en las neuronas.

Hay varias etapas de la enfermedad:

Etapas 0: El paciente se está recuperando de la contracción de un virus común que de repente se acompaña de episodios de náuseas.

Etapas 1: tiempo después se puede producir letargo o dificultad para no dormirse.

Etapas 2: Se produce mareo.

Etapas 3 a 5: Presenta convulsiones o coma y acaba por fallecer.

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es explicar qué es el síndrome de Reye y como el uso de medicamentos como las aspirinas para combatir virus comunes afecta a su aparición.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una búsqueda bibliográfica a cerca del síndrome de Reye, empleando como motor de búsqueda Google Académico. Se han consultado distintas fuentes referentes al tema a tratar, como por ejemplo: páginas web, revistas y bases de datos como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

Varios estudios de epidemiología concluyeron en que el uso de ácido acetilsalicílico o aspirinas para el tratamiento farmacológico de virus comunes como pueden ser la gripe o la varicela pueden afectar considerablemente a las personas que las usan desarrollando síndrome de Reye, el grado de aparición es más de diez veces mayor en los pacientes que han consumido salicilatos en los últimos días en comparación con los que no, especialmente en edades jóvenes.

Salvo casos donde esté indicado el uso, no se debería usar este tipo de medicamentos para tratar procesos febriles, debido a que generalmente la fiebre en sí no es dañina ni altamente perjudicial para los que la padecen, debería restringirse el uso de las aspirinas en los jóvenes para solo aquellos que tengan antecedentes de convulsiones y puedan darse convulsiones febriles causadas por el virus de la fiebre, en los demás casos para tratar procesos febriles es mejor emplear otros métodos como pueden ser el enfriamiento de la temperatura corporal con agua a temperatura ambiente, paracetamoles u otros antipiréticos.

Investigaciones científicas publicadas en los últimos años sobre el síndrome de Reye indican que el número de casos ha disminuido en los años transcurridos desde que se empezó a usar la recomendación de no tomar aspirina en niños con enfermedades virales. El Comité de Seguridad de Medicamentos ha vuelto a evaluar el riesgo de los salicilatos en sus indicaciones pediátricas y ha realizado una serie de recomendaciones como pueden ser:

- Detener la comercialización de productos que contengan ácido acetilsalicílico destinado a niños.
- Los productos de prescripción deben contener una contraindicación para su uso en jóvenes.
- Advertencia del riesgo del síndrome de Reye.
- Recomendaciones de consultar con el médico antes de usar estos medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

La actuación preventiva es la forma fundamental más eficaz de tratar el síndrome de Reye debido a que no existe un tratamiento específico para el síndrome.

A pesar de que las personas que sobreviven al síndrome se suelen recuperar de una manera bastante rápida, el daño que se produce neurológicamente no llega a desaparecer en su totalidad, las consecuencias o secuelas que puedan quedar al paciente depende del grado de encefalopatía que haya llegado durante la evolución del síndrome en su cuerpo, queda evidenciado que el tratamiento sintomático de manera precoz es muy eficaz a la hora de obtener mejores resultados de recuperación para la persona.

6 Bibliografía

1. J. Ortiz, F. González - Síndrome de Reye en paciente pediátrico. 2014. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75151998000200010.
2. Ácido acetil salicílico y síndrome de Reye. Scielo 2016. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000300008.

Capítulo 10

LA PRESENCIA DEL LINFEDEMA EN LAS MUJERES SUPERVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA

JUDIT CACHERO RODRIGUEZ

MARÍA DEL MAR FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

RUBÉN MARTÍN PAYO

1 Introducción

El cáncer de mama es uno de los cinco tipos más frecuentes de tumores y encabeza la lista del más diagnosticado en mujeres tanto a nivel mundial como en nuestro país (1,2). La OMS notificó 2.261.419 de nuevos diagnósticos de cáncer de mama a nivel mundial durante el año 2020 (3), y ocupó casi el 7% del total de las defunciones por cáncer ese mismo año (685.000) (4). Y a pesar de que las cifras son poco alentadoras, la tasa de supervivencia es muy alta, entendiendo como tal la probabilidad de sobrevivir tras un tiempo determinado (que normalmente se establece de 5 años) desde el diagnóstico de la enfermedad, en ausencia de otras causas de muerte (5). Concretamente en España se sitúa en torno al 86% (5), un dato muy esperanzador en lo referente al cáncer, pero a su vez mucho más importante para tener en cuenta en relación con la aparición de secuelas o complicaciones, como es el caso del linfedema.

El linfedema relacionado con el cáncer de mama es una afección crónica que supone la acumulación anormal de la linfa en las extremidades superiores debido a la obstrucción de los puntos de drenaje habituales como consecuencia de la

cirugía y/o el tratamiento recibido (11,16) (6,7). Según la organización americana Breast Cancer (15) (8) el linfedema tiene cuatro características que lo definen: i) que avanza con el tiempo; ii) generalmente aparece de manera gradual; iii) suele evolucionar con lentitud; iv) y se manifiesta con una serie de signos y síntomas característicos. Los síntomas que debutan con el linfedema y que se recogen en la bibliografía son muy variados y pueden manifestarse durante varios meses antes de que este sea visible. Entre estos se incluyen: el dolor, la inflamación de la extremidad, pinchazos, hormigueo, alteración de la sensibilidad, opresión, rigidez, pesadez, debilidad, limitación del movimiento de la extremidad afectada, entre otros (9, 10, 11, 12). Estos síntomas pueden indicar el estadio temprano del linfedema y que, si no se toman las medidas preventivas oportunas, puede progresar hasta convertirse en una condición crónica e incurable en la actualidad. La incidencia del linfedema que se recoge en la literatura es muy amplia y varía en función del tratamiento recibido, las técnicas utilizadas y la manera de medirlo. Los autores la sitúan entre el 4% y el 49%, siendo mayor la prevalencia dentro de los primeros cinco años tras el diagnóstico del cáncer de mama (13, 14) aunque no significa que exclusivamente se ciña a estos periodos, ya que puede aparecer en cualquier momento a lo largo de toda la vida, incluso 20 o 30 años después del tratamiento (15).

El criterio más comúnmente utilizado para diagnosticar el linfedema es un aumento del volumen de la extremidad de riesgo, en comparación con el brazo contralateral. Se considera que, si la diferencia en la circunferencia es mayor de 2 cm entre las dos extremidades, si existe un aumento de 200 ml en el volumen de estas o si hay un cambio de volumen mayor del 10%, el paciente presenta linfedema (16). Aunque también hay autores que consideran que un aumento del volumen entre el 5-10% debería dar lugar a una supervisión estrecha porque este criterio junto con otros factores de riesgo puede progresar significativamente a un cambio de volumen >10%, lo que es ya un criterio estándar de linfedema (17). Esta secuela que puede aparecer después del tratamiento del cáncer de mama, puede ser una gran incógnita para muchas mujeres que no son conocedoras de lo que es o que no prevén la gravedad que supone (18), que desconocen la afectación que puede tener en su vida personal (19) y en la laboral (9), causando una gran morbilidad del brazo (20) y una realidad muy incapacitante (21).

Y a pesar de los avances actuales, el linfedema continúa siendo un problema de salud importante que afecta a miles de mujeres supervivientes al cáncer de mama. Aunque no existe de manera clara y definida una causa concreta que provoque el desarrollo del linfedema, sí que existen una serie de factores de riesgo que lo predisponen. Por ello, parece necesario conocer y definir aquellas circunstancias

que pueden favorecer la aparición de esta secuela tras el diagnóstico de cáncer de mama.

2 Objetivos

Identificar los factores de riesgo que se relacionan con la aparición del linfedema en las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión de la bibliografía que permite el análisis y la síntesis sobre el estado actual de un tema en concreto, de tal manera que se pueda argumentar en profundidad. En este caso la búsqueda fue sobre los factores de riesgo relacionados con el linfedema en las supervivientes al cáncer de mama.

Se realizó la búsqueda en las diferentes bases de datos de PubMed, Scopus, Google Académico y Scielo, con el fin de recopilar la mayor información disponible referente al tema. Se utilizaron los descriptores específicos MeSH y DeCs para trabajar con un lenguaje controlado y lograr una mayor especificidad en la búsqueda y así obtener una selección de artículos adecuada. Las palabras clave empleadas fueron: breast cancer, lymphedema, risk factors, treatment, behaviors y systematic review, combinándolas con los operadores booleanos AND y OR.

Como criterios de inclusión se emplearon aquellos artículos de acceso abierto tanto en inglés como en español, publicados a partir del 2015 y que evaluaran los factores de riesgo relacionados con el linfedema. Se descartaron los que estuviesen duplicados o que no se ajustaran a los criterios anteriormente descritos.

4 Resultados

Se encontraron dos tipos de factores de riesgo relacionados con la aparición de linfedema. Por un lado, aquellos asociados directamente con la cirugía y/o tratamiento del cáncer de mama. Estos factores están impuestos por el tipo y etapa de la enfermedad y las opciones de tratamiento disponibles, por tanto, no son modificables. Entre ellos se incluyen:

- Quimioterapia. Generalmente se usa en pacientes con cáncer de mama en estadios más avanzados para reducir el tumor primario y los ganglios linfáticos afectados y, se ha detectado una posible relación entre esta y el desarrollo del

linfedema (10, 22) sobre todo en aquellas quimioterapias basadas en taxanos debido a la retención de líquidos producida por estos durante el tratamiento (23,24). Armer et al. (25) llevaron a cabo un estudio con 486 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y observaron que, aquellas que estaban a tratamiento con quimioterapia neoadyuvante con una duración de 144 días o más, presentaron una incidencia acumulada de linfedema del 36,9% a los tres años, siendo además mayor el riesgo con cada día adicional de tratamiento.

- Radioterapia. Se ha demostrado que la radioterapia a los ganglios regionales es un factor de riesgo significativo para el desarrollo del linfedema (22 - 24, 26, 27) puesto que la radiación produce una fibrosis de los ganglios linfáticos y un traumatismo en los vasos asociándose, por tanto, a un linfedema de aparición más tardía (13). En una revisión sistemática llevada a cabo para determinar la relación existente entre la radiación ganglionar regional y el riesgo de desarrollo de linfedema, se observó que aquellas mujeres sometidas a este tratamiento aumentaban significativamente el riesgo de desarrollo del linfedema y, si además se añadía otro factor de riesgo, como es la disección de los ganglios linfáticos axilares, la probabilidad de aparición era aún mayor (OR 2.74 (28).

- Mastectomía. La mastectomía es una cirugía radical en las mujeres con cáncer de mama que pasa por la extirpación completa del pecho afectado. Esta operación implica un daño directo en las estructuras del sistema linfático ya que es común que en la operación se extirpen también ganglios y vasos linfáticos cercanos, lo que demuestra, según la bibliografía consultada, un riesgo notable de desarrollo del linfedema (14, 26, 27, 29). Zou et al. (30) en un reciente estudio informaron de que el riesgo relativo de desarrollo de linfedema tras la mastectomía era de un 2,1 ($p=0,004$).

- Disección de los ganglios axilares. En ocasiones es necesario la extirpación de los ganglios axilares para prevenir la diseminación del tumor o porque estaban invadidos por el cáncer (31), y esto da lugar a una alteración de la estructura del sistema linfático, una acumulación de la linfa y una posterior aparición del linfedema (30, 32 - 35). En 2013, Disipio et al. (15) reportaron que un 19,9% de las mujeres sometidas a la disección ganglionar desarrollaron linfedema y, este año, en un estudio llevado a cabo por Salinas et al. (14) el porcentaje fue aún mayor, observándose en el 31,2% de las mujeres. Asimismo, en la bibliografía consultada se observa que el riesgo de desarrollo del linfedema es directamente proporcional al número de ganglios extirpados (23 - 25,29).

Por otro lado, están aquellos factores de riesgo que derivan directamente de los hábitos o conductas saludables que se llevan a cabo tanto en general como con la extremidad afectada. Estos sí que pueden ser modificables mediante estrategias

de autocuidado y son los que se indican a continuación:

- Infección de la piel o celulitis. Las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama tienen un riesgo mayor de desarrollar linfedema cuando se produce una infección o celulitis en la piel, tal y como se recoge en la bibliografía (23, 31, 36, 37). Esto es debido a que la celulitis en la extremidad afectada hace que se produzca un rápido crecimiento bacteriano y que se dañe la vasculatura linfática, empeorando la inflamación en el brazo y aumentando el número de infecciones (38). El linfedema a su vez provoca un estancamiento del líquido linfático impidiendo el transporte de las células inmunitarias a las regiones afectadas por una infección, dando lugar a su vez a unas condiciones óptimas para la inflamación o infección de la piel (39). Por tanto, la celulitis y el linfedema relacionado con el cáncer de mama producen un feedback en el que uno puede ser la causa de aparición del otro (24). Las recomendaciones actuales pasan por mantener la integridad de la piel y prevenir las infecciones y, en caso de que aparezcan, tener un cuidado extremo de la piel tomando las medidas oportunas para tratarlas (12, 38, 40).
- Punción cutánea. Una de las medidas de precaución más discutidas para prevenir el desarrollo del linfedema es la punción de la piel en la extremidad afectada. En una revisión de la literatura, han encontrado que existen diferentes opiniones con respecto al tema (38). Hay estudios que demostraron que no existe riesgo entre la exposición y su consecuencia (27, 36) y, sin embargo, hay otras investigaciones que sostienen que la punción de la piel aumenta las probabilidades de infección e inflamación, lo que podría incrementar el riesgo o empeorar el linfedema ya presente (38). El mayor inconveniente de estos estudios es que las mujeres tienen que recordar si en algún momento les han pinchado en el brazo, a veces meses o años después, por lo que existe un importante sesgo de memoria, de tal manera que aquellas que desarrollaron linfedema seguramente tienen más facilidades para recordar un “acto dañino” que las que no lo tuvieron. Las recomendaciones siguen sugiriendo evitar la punción de la piel en la extremidad ipsilateral, pero si las condiciones son estériles y controladas, no aumentan el riesgo de desarrollo del linfedema (12, 38).
- Medición de la tensión arterial. Este factor de riesgo ha sido sometido a muchos estudios y valoraciones y existe controversia en los resultados. La recomendación es que, a falta de estudios que justifiquen una relación causal entre la toma de la tensión arterial y el desarrollo del linfedema, debe de tomarse en la extremidad no afectada siempre que se pueda (38). Hay autores que afirman que un aumento de la presión venosa mediante la compresión del miembro afectado puede contribuir a un incremento de la linfa y, consecuentemente, una inflamación del brazo (38). Por el contrario, hay otras investigaciones que sostienen que la pre-

sión que ejercen los manguitos en el brazo en riesgo no es predictiva del desarrollo del linfedema y la función linfática no se ve comprometida (27, 36). Hasta que se lleven a cabo nuevos estudios que objetiven la relación causal entre la medición de la presión arterial en la extremidad afectada y la inflamación del brazo, siempre que sea posible no debe tomarse en el brazo afectado, pero en caso de hacerlo porque sea necesario, no debe temerse que la consecuencia inmediata sea el desarrollo del linfedema.

- Temperaturas extremas. Las personas en riesgo de desarrollar linfedema o en aquellas que ya lo tienen, deben ser cautos en lo referente a exposiciones prolongadas de temperatura, tanto de frío como de calor, evitando las quemaduras solares (40). Si estos cambios llegan a dañar los tejidos, la inflamación y el aumento del flujo sanguíneo puede repercutir en un aumento de la linfa. Un estudio llevado a cabo por Showalter et al. (41) identificó que el uso de la sauna era un factor de riesgo asociado significativamente al desarrollo del linfedema. Por el contrario, Liu et al. (27) no encontró diferencias significativas entre mujeres con y sin linfedema en cuanto a la exposición extrema al frío o la exposición prolongada al calor.

- Índice de masa corporal (IMC). La obesidad se ha identificado como el principal factor de riesgo modificable asociado al desarrollo del linfedema en las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, tal y como se recoge en la bibliografía (13, 16, 20, 24 - 26, 30, 32, 33, 42 - 46). El sobrepeso compromete tanto el sistema circulatorio como el linfático para el correcto drenaje de la linfa (31) ya que dificulta la densidad y el bombeo de los vasos linfáticos (47) y, aquellas mujeres que tienen un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$, presentan cuatro veces más riesgo de desarrollar linfedema que las que tienen un peso normal (48). En un metaanálisis llevado a cabo por Ruxing et al. (49) identificaron doce artículos relacionados con los efectos del IMC sobre el linfedema en las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sobrepeso u obesidad y el desarrollo del linfedema y demostraron que, a medida que el peso aumenta, el riesgo de linfedema es también mayor. En 2015, Fu et al. (50) se propusieron investigar los patrones de obesidad y de líquido linfático antes de la cirugía y durante un año después, y observar la relación entre la obesidad y el nivel de la linfa a 136 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Hallaron que más de dos tercios de las mujeres tenían sobrepeso u obesidad en el momento del diagnóstico, la mayoría mantuvo su peso a lo largo del año de seguimiento y, que el nivel de líquido linfático fue significativamente mayor en las mujeres obesas que presentaron además un mayor porcentaje de linfedema. Jamallo et al. (51) también demostraron en su estudio que aquellas mujeres con un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ previo a

la cirugía del cáncer de mama se asociaba de manera significativa con un mayor riesgo de linfedema con respecto a las mujeres con un IMC <25 kg/m², así como grandes fluctuaciones de peso después de la operación ($p<0,001$).

- Sedentarismo. A pesar de que antiguamente no se recomendaba la práctica de ejercicio físico y, sobre todo, la implicación de la extremidad en riesgo tras el diagnóstico del cáncer de mama, son varios los estudios que actualmente recoge la literatura y que demuestran el efecto beneficioso en la prevención del linfedema (27, 37, 52)) y la calidad de vida de estas mujeres (53 - 56). De hecho, el sedentarismo puede traer consigo una serie de consecuencias negativas como es el aumento de peso que por sí mismo ya se ha descrito como un factor de riesgo indiscutible para el desarrollo del linfedema (49) o una disminución en la capacidad de bombeo de los vasos linfáticos (57). Además, el linfedema está asociado con una disminución de la funcionalidad y del rango de movimiento de la extremidad afectada (10, 20, 58), por lo que llevar una vida sedentaria solo produciría un empeoramiento de la situación y una mayor pérdida de las funciones del brazo.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos en este trabajo ponen en conocimiento las actuales investigaciones sobre los factores de riesgo relacionados con el desarrollo del linfedema en las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.

Conocer los factores de riesgo, prestar atención a los primeros síntomas que puedan aparecer y tomar las medidas oportunas para reducir la probabilidad de aparición, son medidas fundamentales en la prevención del linfedema y, consecuentemente, en la mejora de la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Es importante tener en cuenta los factores de riesgo y conocer las actuales recomendaciones, puesto que, mediante estrategias de autocuidado, se puede encaminar a prevenir, aliviar o disminuir el número y/o gravedad de los síntomas relacionados con el linfedema, con el fin de mejorar la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Claramente, el sobrepeso y la obesidad continúan siendo un problema de salud importante y un factor de riesgo fundamental para la acumulación de la linfa tanto antes como después del tratamiento del cáncer de mama y, una disminución del IMC producirá una mejora en el funcionamiento del sistema linfático. Además, la práctica de actividad física produce una reducción del volumen del linfedema, una mejora de la función linfática, de la funcionalidad del brazo y de la sintomatología relacionada con el linfedema. La OMS en sus directrices sobre actividad física y hábitos sedentarios de 2020 y, concretamente en lo referente a las enfermedades crónicas como

es el cáncer, recomiendan limitar el tiempo dedicado a las actividades sedentarias y sustituirlo por una actividad física de cualquier intensidad, dando lugar a notables beneficios para la salud (físicos, funcionales y emocionales) y una mejor calidad de vida.

6 Bibliografía

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). The Global Cancer Observatory. World 2020 [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2021 [acceso 20 diciembre 2022]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
2. International Agency for Research on Cancer (IARC). The Global Cancer Observatory. Spain 2020 [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2021 [acceso 20 diciembre 2022]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/724-spain-fact-sheets.pdf>
3. International Agency for Research on Cancer (IARC). The Global Cancer Observatory. Breast 2020. [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2021 [acceso 22 diciembre 2022]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa: cáncer [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [acceso 22 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
5. Red Española de Registros del Cáncer. Supervivencia de cáncer en España 2002-2013. [Internet]. REDECAN; 2014 [acceso 27 enero 2022]. Disponible en: <https://www.redecana.org/es/proyectos/8/supervivencia-de-cancer-en-espana-2002-2013>
6. Grada AA, Phillips TJ. Lymphedema pathophysiology and clinical manifestations. *J Am Acad Dermatol*. 2017; 77 (6): 1009-1020. doi: 10.1016/j.jaad.2017.03.022
7. Rockson SG, Keeley V, Kilbreath S, Szuba A, Towers A. Cancer-associated secondary lymphoedema. *Nat Rev Dis Primers*. 2019. 5 (1): 22. doi: 10.1038/s41572-019-0072-5.
8. Breast Cancer. Lymphedema. [Internet]. Ardmere (EEUU): breast cancer; 2022 [acceso el 27 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.breastcancer.org/es/tratamiento/linfedema>
9. De Souza Cunha N, Zomkowski K, Fernandes BL, Sacomori C, de Azevedo Guimarães AC, Sperandio FF. Physical symptoms and components of labor tasks associated with upper limb disability among working breast cancer survivors. *Breast Cancer*. 2020; 27: 140–146. doi: 10.1007/s12282-019-01004-y

10. Rupp J, Hadamitzky C, Henkenberens C, Christiansen H, Steinmann D, Bruns F. Frequency and risk factors for arm lymphedema after multimodal breast conserving treatment of nodal positive breast Cancer – a long-term observation. *Radiat Oncol.* 2019; 14 (1): 39. doi: 10.1186/s13014-019-1243-y
11. Fu MR, Axelrod D, Cleland CM, Qiu Z, Guth AA, Kleinman R, et al. Symptom reporting in detecting breast cancer-related lymphedema. *Breast Cancer (Dove Med Press).* 2015; 7: 345-352. doi: 10.2147/BCTT.S87854
12. Fu MR, Axelrod D, Gut AA, Rampertaap K, El-Shammaa N, Hiotis K, et al. mHealth self-care interventions: Managing symptoms following breast cancer treatment. *Mhealth.* 2016; 2 (7): 28. doi: 10.21037/mhealth.2016.07.03
13. McDuff SGR, Mina AI, Brunelle CL, Salama L, Warren LEG, Abouegylah M, et al. Timing of lymphedema following treatment for breast cancer: when are patients most at-risk? *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2019; 103 (1): 62–70. doi: 10.1016/j.ijrobp.2018.08.036.
14. Salinas-Huertas S , Luzardo-González A, Vázquez-Gallego S , Pernas S, Falo C, Pla MJ, et al. Risk factors for lymphedema after breast surgery: A prospective cohort study in the era of sentinel lymph node biopsy. *Breast Dis.* 2022; 41 (1): 97-108. doi: 10.3233/BD-210043.
15. DiSipio T, Rye S, Newman B, Hayes S. Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2013; 14 (6): 500–15. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70076-7.
16. Puigdemívol Serafi C, Alonso Álvarez B. Guía de práctica clínica. Orientación diagnóstica y terapéutica del linfedema. Capítulo español de flebología y linfología. 2017. Disponible en: www.capitulodeflebiologia.org/wp-content/uploads/2020/06/Guia-linfedema-segunda-edicion-final-2017_439.pdf
17. Specht MC, Miller CL, Russell TA, Horick N, Skolny MN, O'Toole JA, et al. Defining a threshold for intervention in breast cancer-related lymphedema: What level of arm volume increase predicts progression? *Breast Cancer Res Treat.* 2013; 140 (3): 485–494. doi:10.1007/s10549-013-2655-2.
18. Pervane Vural S, Ayhan FF, Soran A. The role of patient awareness and knowledge in developing secondary lymphedema after breast and gynecologic cancer surgery. *Lymphat Res Biol.* 2020; 18 (6): 526-533. doi: 10.1089/lrb.2020.0059.
19. Park JH, Merriman J, Brody A, Fletcher J, Yu G, Ko E, et al. Limb volume changes and activities of daily living: a prospective study. *Lymphat Res Biol.* 2021; 19 (3): 261-268. doi: 10.1089/lrb.2020.0077
20. De Groef A, Van Kampen M, Tieto E, Schonweger P, Christiaens MR, Neven P, et al. Arm lymphoedema and upper limb impairments in sentinel node-negative breast cancer patients: A one year follow-up study. *Breast.* 2016; 29: 102-108. doi:

10.1016/j.breast.2016.07.021

21. Cansız G, Arikan Dönmez A, Kapucu S, Borman P. The effect of a self-management lymphedema education program on lymphedema, lymphedema-related symptoms, patient compliance, daily living activities and patient activation in patients with breast cancer-related lymphedema: A quasi-experimental study. *Eur J Oncol Nurs*. 2022; 56: 102081. doi: 10.1016/j.ejon.2021.102081

22. Young-Afat DA, Gregorowitsch ML, van den Bongard DH, Burgmans I, van der Pol CC, Witkamp AJ, et al. Breast edema following breast-conserving surgery and radiotherapy: patient-reported prevalence, determinants, and effect on health-related quality of life. *JNCI Cancer Spectr*. 2019. 3 (2): pkz011 doi: 10.1093/jncics/pkz011

23. Kilbreath SL, Refshaug KM, Beith JM, Ward LC, Ung OA, Dylke ES, et al. Risk factors for lymphoedema in women with breast cancer: A large prospective cohort. *Breast*. 2016; 28: 29-36. doi: 10.1016/j.breast.2016.04.011

24. Gillespie TC, Sayegh HE, Brunelle CL, Daniell KM, Taghian AG. Breast cancer-related lymphedema: risk factors, precautionary measures, and treatments. *Gland Surg*. 2018; 7 (4): 379-403. doi: 10.21037/gs.2017.11.04

25. Armer JM, Ballman KV, McCall L, Ostby PL, Zagar E, Kuerer HM, et al. Factors associated with lymphedema in women with node-positive breast cancer treated with neoadjuvant chemotherapy and axillary dissection. *JAMA Surg*. 2019; 154 (9): 800–809. doi: 10.1001/jamasurg.2019.174246

26. Pereira NC, Pons GP, Masià JA. Linfedema asociado al cáncer de mama: factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento quirúrgico. *Rev Cir*. 2019; 71 (1): 79-87. Disponible en: <https://www.revistacirugia.cl/index.php/revistacirugia/article/view/31>

27. Liu YF, Liu JE, Mak YW, Zhu Y, Qiu H, Liu LH, et al. Prevalence and predictors of breast cancer-related arm lymphedema over a 10-year period in postoperative breast cancer patients: A cross-sectional study. *Eur J Oncol Nurs*. 2021; 51: 101909. doi: 10.1016/j.ejon.2021.101909.

28. Shaitelman SF, Chiang Y, Griffin KD, DeSnyder SM, Smith BD, Schaverien MV, et al. Radiation therapy targets and the risk of breast cancer-related lymphedema: a systematic review and network meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*. 2017; 162 (2): 201–215. doi: 10.1007/s10549-016-4089-0

29. Togawa K, Ma H, Sullivan-Halley J, Neuhouser ML, Imayama I, Baumgartner KB, et al. Risk factors for self-reported arm lymphedema among female breast cancer survivors: a prospective cohort study. *Breast Cancer Res*. 2014; 16 (4): 414. doi:10.1186/s13058-014-0414-x.

30. Zou L, Liu FH, Shen PP, Hu Y, Liu XQ, Xu YY, et al. The incidence and risk fac-

tors of related lymphedema for breast cancer survivors post-operation: a 2-year follow-up prospective cohort study. *Breast Cancer*. 2018; 25 (3): 309–314. doi: 10.1007/s12282-018-0830-3

31. Tsai RJ, Dennis LK, Lynch CF, Snetselaar LG, Zamba GKD, Scott-Conner C. Lymphedema following breast cancer: The importance of surgical methods and obesity. *Front Womens Health*. 2018; 3 (2): 10.15761/FWH.1000144. doi: 10.15761/FWH.1000144

32. McLaughlin SA, Wright MJ, Morris KT, Sampson MR, Brockway JP, Hurley KE, et al. Prevalence of lymphedema in women with breast cancer 5 years after sentinel lymph node biopsy or axillary dissection: patient perceptions and precautionary behaviors. *J Clin Oncol*. 2008; 26 (32): 5220–5226. doi: 10.1200/JCO.2008.16.3766.

33. Asdourian MS, Swaroop MN, Sayegh HE, Brunelle CL, Mina AI, Zheng H, et al. Association between precautionary behaviors and breast cancer-related lymphedema in patients undergoing bilateral surgery. *J Clin Oncol*. 2017; 35 (35): 3934–3941. doi: 10.1200/JCO.2017.73.7494.

34. Monleon S, Murta-Nascimento C, Bascuas I, Macià F, Duarte E, Belmonte R. Lymphedema predictor factors after breast cancer surgery: a survival analysis. *Lymphat Res Biol*. 2015; 13 (4): 268–274. doi:10.1089/lrb.2013.0042.

35. Vieira RA, da Costa AM, de Souza JL, Coelho RR, de Oliveira CZ, Sarri AJ, et al. Risk factors for arm lymphedema in a cohort of breast cancer patients followed up for 10 years. *Breast Care*. 2016; 11 (1): 45–50. doi: 10.1159/000442489

36. Ferguson CM, Swaroop MN, Horick N, Skolny MN, Miller CL, Jamallo LS, et al. Impact of ipsilateral blood draws, injections, blood pressure measurements, and air travel on the risk of lymphedema for patients treated for breast cancer. *J Clin Oncol*. 2016; 34 (7): 691–8. doi: 10.1200/JCO.2015.61.5948.

37. Sayegh HE, Asdourian MS, Swaroop MN, Brunelle CL, Skolny MN, Salama L, et al. Diagnostic methods, risk factors, prevention, and management of breast cancer-related lymphedema: past, present, and future directions. *Curr Breast Cancer Rep*. 2017; 9 (2): 111–121. doi: 10.1007/s12609-017-0237-8.

38. Asdourian MS, Skolny MN, Brunelle C, Seward CE, Salama L, Taghian AG. Precautions for breast cancer-related lymphoedema: risk from air travel, ipsilateral arm blood pressure measurements, skin puncture, extreme temperatures, and cellulitis. *Lancet Oncol*. 2016; 17 (9): 392–405. doi: 10.1016/S1470-2045(16)30204-2

39. Ridner SH. Pathophysiology of lymphedema. *Semin Oncol Nurs*. 2013; 29 (1): 4–11. doi: 10.1016/j.soncn.2012.11.002

40. Breast Cancer. Lymphedema. [Internet]. Ardmore (EEUU): breast cancer;

2022 [acceso el 28 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.breastcancer.org/es/efectos-secundarios-tratamiento/linfedema/tratamientos#section-cuidado-personal>

41. Jariwala P, Kaur N. A descriptive study on prevalence of arm/shoulder problems and its impact on quality of life in breast cancer survivors. *Indian J Cancer*. 2021; 58 (2): 201-206. doi: 10.4103/ijc.IJC_22_19.
42. Chaput G, Ibrahim M, Towers A. Cancer-related lymphedema: Clinical pearls for providers. *Curr Oncol*. 2020; 27 (6): 336–340. doi: 10.3747/co.27.7225
43. Ribeiro Pereira ACP, Koifman RJ, Bergmann A. Incidence and risk factors of lymphedema after breast cancer treatment: 10 years of follow-up. *Breast*. 2017; 36: 67-73. doi: 10.1016/j.breast.2017.09.006.
44. Fu MR, Axelrod D, Guth A, McTernan ML, Qiu JM, Zhou Z, et al. The effects of obesity on lymphatic pain and swelling in breast cancer patients. *Biomedicines*. 2021; 9 (7): 818. doi: 10.3390/biomedicines9070818
45. Zhu YQ, Xie YH, Liu FH, Guo Q, Shen PP, Tian Y. Systemic analysis on risk factors for breast cancer related lymphedema. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014; 15 (16): 6535-6541. doi: 10.7314/APJCP.2014.15.16.6535
46. Manirakiza A, Irakoze L, Shui L, Manirakiza S, Ngendahayo L. Lymphoedema After Breast Cancer Treatment is Associated With Higher Body Mass Index: A Systematic Review and Meta-Analysis. *East Afr Health Res J*. 2019; 3 (2): 178-192. doi: 10.24248/EAHRJ-D-19-00009.
47. Nitti MD, Hespe GE, Kataru RP, García Nores GD, Savetsky IL, Torrisi JS, et al. Obesity induced lymphatic dysfunction is reversible with weight loss. *J Physiol*. 2016; 594 (23): 7073–7087. doi: 10.1113/JP273061
48. De Paiva CB, da Silva Dutra CM. Prevalence of lymphedema after breast cancer treatment in overweight patients. *Fisioter Pesqui*. 2016; 23 (3): 263-7. doi: 10.1590/1809-2950/15214123032016
49. Wu R, Huang X, Dong X, Zhang H, Zhuang L. Obese patients have higher risk of breast cancer-related lymphedema than overweight patients after breast cancer: a meta-analysis. *Ann Transl Med*. 2019; 7 (8): 172. doi: 10.21037/atm.2019.03.44
50. Fu MR, Axelrod D, Guth AA, Fletcher J, Qiu JM, Scagliola J, et al. Patterns of obesity and lymph fluid level during the first year of breast cancer treatment: a prospective study. *J Pers Med*. 2015; 5 (3): 326-340. doi: 10.3390/jpm5030326
51. Jammallo LS, Miller CL, Singer M, Horick NK, Skolny MN, Specht MC, et al. Impact of body mass index and weight fluctuation on lymphedema risk in patients treated for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2013; 142 (1): 59-67. doi: 10.1007/s10549-013-2715-7.
52. Baumann FT, Reike A, Reimer V, Schumann M, Hallek M, Taaffe DR, et al.

Effects of physical exercise on breast cancer-related secondary lymphedema: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat.* 2018; 170 (1): 1–13. doi: 10.1007/s10549-018-4725-y

53. Cemal Y, Pusic A, Mehrara BJ. Preventative measures for lymphedema: separating fact from fiction. *J Am Coll Surg.* 2011; 213 (4): 543-51. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2011.07.001.

54. Raya González J, Castillo Alvira D, Roldan Ramos FJ, Domínguez Díez M. Análisis de los programas de actividad física aplicados en mujeres con linfedema derivado del cáncer de mama. *EmásF, revista digital de educación física.* 2018; 52: 92-104. Disponible en: http://emasf.webcindario.com/Analisis_de_los_programas_de_actividad_fisica_aplicada_a_mujeres_con_linfedema.pdf

55. Davies C, Levenhagen K, Ryans K, Perdomo M, Gilchrist L. Interventions for breast cancer-related lymphedema: clinical practice guideline from the academy of oncologic physical therapy of APTA. *Phys Ther.* 2020; 100 (7): 1163-1179. doi: 10.1093/ptj/pzaa087.

56. Mokhtari-Hessari P, Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. *Health Qual Life Outcomes.* 2020; 18 (1): 338. doi: 10.1186/s12955-020-01591-x.

57. Hespe GE, Kataru RP, Savetsky IL, García Nores GD, Torrisi JS, Nitti MD, et al. Exercise training improves obesity-related lymphatic dysfunction. *J Physiol.* 2016; 594 (15): 4267–4282. doi: 10.1113/JP271757

58. Fu MR, Axelrod D, Cleland CM, Qiu Z, Guth AA, Kleinman R, et al. Symptom reporting in detecting breast cancer-related lymphedema. *Breast Cancer (Dove Med Press).* 2015; 7: 345-352. doi: 10.2147/BCTT.S87854

Capítulo 11

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

JOSE ANTONIO MARUGAN AGUADERO

MARÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La intubación endotraqueal es un procedimiento donde se coloca una sonda a través de la boca en situaciones de urgencia.

Esta técnica se realiza para asegurar la vía aérea y administrar oxígeno, medicación y anestesia; apoyar la respiración en determinadas enfermedades como neumonía, insuficiencia cardíaca, enfisema, etc; eliminar bloqueos de la vía respiratoria; proteger los pulmones de riesgo de aspiración, entre otros.

Dentro de los riesgos que puede sufrir el paciente con esta técnica están el traumatismo de las cuerdas vocales, laringe, tráquea, tiroides o esófago, sangrado, infección y perforación de partes blandas de la caja torácica, ocasionado un colapso pulmonar.

El profesional que realiza este procedimiento es el médico, contando en todo momento con la asistencia del profesional de Enfermería.

El profesional de Enfermería debe conocer la técnica y los materiales que se emplean en la misma, contribuyendo con su buen hacer a que el procedimiento se desarrolle sin altercados y complicaciones, prestando en todo momento asistencia y adelantándose a los acontecimientos para que el médico tenga margen de actuación en esta complicada y exhaustiva técnica, puesto que la pérdida de segundos puede desencadenar resultados nefastos en el paciente, pudiendo llevarle incluso a la muerte.

Por ello, Enfermería debe contar con los conocimientos necesarios para que la asistencia en la intubación endotraqueal sea la mejor posible.

2 Objetivos

Analizar la asistencia que debe prestar el profesional de Enfermería en la asistencia en la intubación endotraqueal, así como la importancia que tiene su labor en este procedimiento.

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 clave utilizadas han sido: enfermería, intubación endotraqueal, asistencia, técnica, procedimiento.

Las publicaciones científicas llevadas a revisión quedan reflejadas en la bibliografía.

4 Resultados

La intubación endotraqueal es el procedimiento de elección para aislar definitivamente la vía respiratoria, colocando para ello un tubo en el interior de la tráquea para garantizar la ventilación del paciente.

Este procedimiento permite administrar oxígeno a alta concentración, además de poder realizar aspiración de la tráquea y administrar medicación.

Dentro del material que Enfermería debe preparar para este procedimiento está: tubos endotraqueales y cánulas orofaríngeas de distintas medidas, fonendoscopio, pinzas de magill, guantes, lubricante, jeringa de 10 ml, venda, tijera, aspirador, fiador semirrígido, filtro antibacteriana, fuente de oxígeno, bolsas de ventilación con reservorio y mascarillas de diferentes tamaños.

El profesional de Enfermería prestará en todo momento soporte al profesional médico facilitándole el material necesario y ayudando en la fijación del tubo endotraqueal.

Enfermería debe preparar la técnica, extendiendo el paño estéril y colocando todo

el material sobre él, comprobar todo el material, en especial que el balón de neumotaponamiento y el laringoscopio funcione correctamente.

Posteriormente, debe situar al paciente en decúbito supino con el cuello en hiperextensión para que el médico se sitúe detrás de la cabeza y pueda realizar la técnica adecuadamente.

Enfermería deberá comprobar que el paciente no lleve prótesis en la boca y, en su caso, proceder a su retirada.

Una vez el tubo está insertado, Enfermería debe comprobar su correcta colocación a través de una auscultación epigástrica y de ambos campos pulmonares. Tras la intubación, Enfermería deberá ventilar y oxigenar al paciente con cánula, mascarilla y bolsa de reanimación con reservorio conectado a fuente de oxígeno. Tras la intubación, Enfermería debe prestar unos cuidados específicos encaminados al mayor confort del paciente y a evitar posibles complicaciones, siendo la neumonía nosocomial la principal complicación que se deriva de este procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

La intubación endotraqueal es la técnica que se emplea para introducir un tubo a través de la boca hasta llegar a la tráquea para poder ventilar al paciente, administrar medicación y salvaguardar la vía respiratoria.

La asistencia que debe prestar el profesional de Enfermería en este procediendo es fundamental para que la técnica se desarrolle en perfecto estado y se minimicen los posibles efectos adversos y contratiempos, además de colaborar en que el tiempo que se utilice sea el mínimo, puesto que la pérdida de minutos puede acarrear consecuencias muy negativas en el paciente, siendo la más grave de ellas la muerte.

6 Bibliografía

- Artigas, M. O. (2012). La intubación endotraqueal. *Medicina intensiva*, 39, 1-8.
- Canales Ramos, A. N. (2022). Conocimiento y prácticas del mantenimiento de la intubación endotraqueal en el personal de enfermería del área de unidad de cuidados intensivos de los hospitales de la Diresa Lima, 2022.
- Moros, T. L., Crespo, L. R., Acín, I. A., Campagna, R. C., Jiménez, M. M. E., & Molero, R. I. (2021). Revisión bibliográfica sobre intubación endotraqueal, complicaciones y papel del equipo de enfermería. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(4), 46.

- Olvera, S. I. N., Castro, J. A. P., Trujillo, J. A., Arreola, M. S., Reyes, O. A. O., & Gómez, J. M. (2015). Cumplimiento de los cuidados de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. *Revista CONAMED*, 20(S1), S7-S15.

Capítulo 12

ATENCIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

JOSE ANTONIO MARUGAN AGUADERO

MARÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los politraumatismos son cuadros producidos por accidentes graves que producen lesiones en diferentes órganos y sistemas, afectando al estado general y a las constantes del paciente, pudiendo comprometer su vida.

Actuar con rapidez ante un paciente politraumatizado es una cuestión fundamental, puesto que es un factor determinante en la supervivencia del paciente, además de disminuir las posibles secuelas.

La actuación del profesional de Enfermería es necesaria e imprescindible para realizar una correcta actuación integral del paciente.

La adecuada y rápida valoración de las constantes vitales, así como las pupilas, el relleno capilar, piel, etc., es imprescindible para valorar, tratar y cuidar todas las necesidades específicas que presente el paciente.

La coordinación y comunicación del profesional de Enfermería con el resto de profesionales es esencial para coordinar y optimizar los esfuerzos realizados en la atención, cuidados y recuperación del paciente politraumatizado.

Los cuidados y la atención al paciente politraumatizado requieren de una hoja de Enfermería donde quede registrada toda la información de cuidados para valorar de manera constante los resultados.

Enfermería debe tener muy en cuenta que al aumentar la calidad asistencial el grado de éxito también se ve aumentado, disminuyendo con ello la morbilidad del momento inicial y los posteriores.

2 Objetivos

El objetivo fijado para esta revisión bibliográfica ha sido establecer la atención inicial que quede realizar el profesional de Enfermería al paciente politraumatizado

3 Metodología

Consulta en bases de datos científicas sobre publicaciones que tratasen sobre el objetivo establecido, utilizando para la búsqueda una serie de palabras clave como: enfermería, politraumatismo, atención, cuidados.

Se fijaron unos criterios de inclusión y exclusión que ayudaron a limitar la búsqueda de resultados.

4 Resultados

Cuando Enfermería atiende a un paciente politraumatizado, lo primero que tiene que hacer es atender las urgencias vitales, asegurando la vía aérea y realizando un control respiratorio y circulatorio. Posteriormente, debe colocar un collarín cervical y administrar oxigenoterapia y, si fuese necesario, realizar una reanimación cardiopulmonar.

Dentro de la primera valoración también está incluida la canalización de vías periféricas, a ser posible de grueso calibre, extraer muestras de sangre y realizar un control de las hemorragias si las hubiera.

Tras solucionar los problemas vitales, se realiza una valoración neurológica y de las pupilas, realizando además la escala de Glasgow.

Este tipo de pacientes deben ser desnudados, pero hay que tener en cuenta en la hipotermia es muy frecuente en ellos, debiendo realizar las medidas oportunas para que esto no suceda.

Una vez concluida la valoración primaria, Enfermería debe seguir con la valoración secundaria, realizando un análisis minucioso de la cabeza a los pies de posibles lesiones, utilizando para ello la vista, el oído y el tacto.

El paciente politraumatizado de ser reevaluado de manera constante, pudiendo detectar así nuevos hallazgos que empeoren los signos vitales valorados inicialmente.

Enfermería debe realizar una serie de pautas en el paciente politraumatizado, recogidas en un proceso de atención de Enfermería, el cual consta de una serie de etapas relacionadas e ininterrumpidas. Este proceso de atención de Enfermería tiene una serie de fases, las cuales son: valoración, diagnóstico, planificación de cuidados, ejecución y evaluación.

El profesional de Enfermería debe contar con la formación adecuada para actuar rápidamente en la asistencia del paciente politraumatizado, estabilizando las funciones vitales en primera instancia y realizando una valoración minuciosa de las lesiones que presente el paciente en todo su cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

El paciente politraumatizado es aquel que ha sufrido un accidente y tiene a consecuencia de ello múltiples lesiones en diferentes órganos o sistemas del cuerpo. La rápida actuación en este tipo de pacientes es fundamental, puesto que su vida puede estar comprometida.

El profesional de Enfermería debe realizar una valoración inicial en el paciente donde se asegure la vía aérea y controlando la respiración y la circulación.

Una vez estabilizadas las funciones vitales, se procederá a la valoración exhaustiva del cuerpo del paciente para detectar a través de la vista, el oído y el tacto posibles lesiones, aportando los cuidados necesarios en todas aquellas encontradas.

6 Bibliografía

- Escalona Cartaya, J. A., Castillo Payamps, R. A., Pérez Acosta, J. R., & Rodríguez Fernández, Z. (2017). Algunas consideraciones en torno a la atención del paciente politraumatizado. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 46(2), 177-189.
- Gómez Martínez, V., Ayuso Baptista, F., Jiménez Moral, G., & Chacón Manzano, M. (2008). Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado. *Medicina de Familia-SEMERGEN*, 34(7), 354-363.
- Muñoz, A., Bentancourt, M., & Hernández, B. (2003). Atención al paciente politraumatizado. *Salus*. Agosto, 7(2), 34-38.

Capítulo 13

RELACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON EL FACULTATIVO MÉDICO

LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO

ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ

MARÍA COMINO ROBLES

LAURA COMINO ROBLES

BEATRIZ HERAS CASTILLO

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 14

LA ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA ACTUAL POR COVID-19

LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO

ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ

MARÍA COMINO ROBLES

LAURA COMINO ROBLES

BEATRIZ HERAS CASTILLO

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. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questionsandanswers/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/esrevistaenfermeria-clinica-35-pdf-S1130862121002588>.
3. Fuentes Bermúdez GP. Enfermería y Covid-19: reconocimiento de la profesión en tiempos de adversidad. Revista Colombiana de Enfermería. 19(1): 1-4. Disponible en: <https://orcid.org/0000-003-3994-9822>

Capítulo 15

ENFERMERÍA ANTE UN BROTE DE ESCABIOSIS

LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO

ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ

MARÍA COMINO ROBLES

LAURA COMINO ROBLES

BEATRIZ HERAS CASTILLO

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 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.

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.

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.

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 escabiosis, 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.

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.

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>.

Capítulo 16

EL AUTOCUIDADO Y EL USO DE LAS MHEALTH TRAS EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA

JUDIT CACHERO RODRIGUEZ

MARÍA DEL MAR FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

RUBÉN MARTÍN PAYO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe del 2002 para el Cuidado Innovador de las Enfermedades Crónicas (ICCC) (1), desarrollaron un modelo en el que se relacionan tres elementos: pacientes y familiares, el apoyo clínico (atención a la salud) y la comunidad, cada uno de los cuales adquiere un papel importante en el manejo de las afecciones crónicas como, por ejemplo, el cáncer. Este marco teórico del ICCC se fundamenta en que: todos deben estar motivados para cambiar y mantener los comportamientos diarios de salud; deben estar preparados con unas aptitudes conductuales para poder gestionarse de manera autónoma; y deben estar bien informados del curso, de las complicaciones y de los síntomas asociados a la enfermedad. Así mismo, la OMS define las mHealth (mobile health) como “la práctica de la medicina y la salud pública soportada por dispositivos móviles como teléfonos, dispositivos de monitorización de pacientes, asistentes digitales y otros dispositivos inalámbricos” (2), que en estos últimos años ha adquirido un papel muy importante para la atención a la salud, demostrando ser herramientas efectivas para la atención, detección y/o

predicción de enfermedades (3,4,5,6,7-12). De esta forma, mediante el uso de las mHealth, las personas con enfermedades crónicas pueden acceder de manera inmediata a la información y llevar un seguimiento de su enfermedad de manera más exhaustiva y, sobre todo, más autónoma, adquiriendo un rol activo y evaluando de manera consciente y adecuada tanto la salud como el manejo de su enfermedad (6,10,12-14). La revisión sistemática llevada a cabo por Whitehead et al. (15) tuvo como objetivo evaluar la efectividad de las aplicaciones móviles en el automanejo de los síntomas de las enfermedades a largo plazo y evidenciaron el potencial de las mHealth para mejorar la sintomatología mediante intervenciones de autogestión en las afecciones crónicas. Y en la misma línea, Rathbone et al. (16) revisaron en la literatura la eficacia, viabilidad y usabilidad de las aplicaciones móviles y los mensajes SMS como herramientas digitales para la mejora de la salud física y mental. Proporcionaron evidencia de que las mHealth tienen un efecto significativo en la reducción de síntomas como la ansiedad o depresión, fomentan un estilo de vida más saludable y una mayor adherencia a la medicación, mejorando el cumplimiento por parte del paciente y disminuyendo los ingresos o las visitas a urgencias innecesarios.

En este sentido, en la literatura consultada se recogen varios estudios que han investigado el efecto positivo del uso de las aplicaciones móviles para la salud y para el manejo del cáncer (3,10-12,14,17-20). Entre ellos, Sotirova et al. (21) llevaron a cabo recientemente una revisión sistemática cuyo objetivo era examinar la aceptabilidad, la adherencia y la satisfacción de los programas de autocuidado de las mHealth en la rehabilitación después de la cirugía del cáncer. Once artículos cumplieron con los criterios de inclusión y determinaron que aquellas aplicaciones que utilizaban un lenguaje coherente, que incluían información adaptada o que requerían de una mínima o ninguna adquisición de habilidades, presentaban una mayor aceptabilidad y satisfacción por parte de los pacientes. Además, la adherencia a las intervenciones realizadas era inversamente proporcional a la duración de estas, de tal manera que aquellas cuya permanencia era en torno a doce semanas obtenían un nivel de usabilidad más alto que las que empleaban una durabilidad mayor. La aceptabilidad vino marcada tanto desde la perspectiva cualitativa como cuantitativa destacando que, aquellas aplicaciones que poseían una información personalizada presentaban una satisfacción mayor. Otra revisión sistemática llevada a cabo por Fridriksdottir et al. (13) realizó una búsqueda de aquellas intervenciones basadas en el uso de la web para el manejo de los síntomas en pacientes diagnosticados de cáncer. Se destacó que las investigaciones que utilizaban esta tecnología mejoraban de manera significativa el acceso a la información, así como a la gestión de los síntomas.

Visto que en las patologías crónicas como es el cáncer, las mHealth son un recurso muy útil para el manejo y control de la enfermedad, cabe pensar que también que en un tumor más específico como es el cáncer de mama, tengan el mismo efecto. Por ello, el objetivo del presente estudio fue identificar aquellas investigaciones que utilizan la tecnología digital como ayuda para las mujeres supervivientes al cáncer de mama y para el manejo y prevención del linfedema.

2 Objetivos

Describir el uso de las mHealth como herramienta para la práctica de conductas saludables y manejo del linfedema en las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre aquellos estudios que utilizaban las mHealth para mostrar su eficacia en el control y manejo del cáncer de mama, así como en la práctica de conductas saludables y/o prevención del linfedema.

Se realizó la búsqueda en las bases de datos de PubMed y Google Académico. Las palabras clave empleadas fueron: breast cancer, lymphedema, health behaviors, mHealth y systematic review combinándolas con los operadores booleanos AND y OR y utilizando los descriptores específicos MeSH para trabajar con un lenguaje controlado y obtener así una selección de artículos adecuada.

Como criterios de inclusión se emplearon aquellos artículos de acceso abierto tanto en inglés como en español y publicados a partir del 2016. Se descartaron los que estuviesen duplicados o que no se ajustaran a los criterios anteriormente descritos.

4 Resultados

El cáncer de mama es el tumor más diagnosticado en las mujeres a nivel mundial y una de las secuelas más incapacitantes que puede aparecer tras el tratamiento del mismo es el linfedema. Los diversos estudios encontrados mostraron una relación positiva entre el uso de las mHealth y el manejo del cáncer de mama, así como para la prevención del linfedema.

Un estudio llevado a cabo en Minnesota por Johnson et al. (7) se diseñó para evaluar la satisfacción de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en relación

con el uso de la telemedicina para el seguimiento de su enfermedad tras la pandemia de Covid-19. Fueron 75 las mujeres que participaron en el estudio y que demostraron una asociación significativamente positiva entre su satisfacción y la usabilidad de los sistemas informáticos, siendo el único aspecto negativo el relacionado con problemas de conexión. En la misma línea, en cuanto a las prácticas de las conductas saludables y su repercusión en la calidad de vida en las supervivientes al cáncer de mama, las mHealth también han demostrado ser una herramienta muy útil (19,22). Harder et al. (23) desarrollaron una aplicación móvil para optimizar la autogestión de ejercicios de las extremidades superiores tras el tratamiento del cáncer de mama. El programa de ejercicios se acompañó de videos que mostraban la manera de realizar cada uno de ellos y así poder llevarlos a cabo de forma segura en el domicilio, obteniendo resultados muy favorables. De igual manera, Luo et al. (5) en su reciente metaanálisis encontraron que aquellas intervenciones móviles relacionadas con conductas de autocuidado en las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama mejoraban potencialmente el nivel de autoeficacia, la calidad de vida relacionada con la salud, el nivel de ansiedad, la incidencia del linfedema y el cumplimiento de los ejercicios, todas de manera significativa ($p < 0,001$). Y en una revisión sistemática llevada a cabo por Jongerius et al. (11) identificaron aquellas intervenciones que utilizaron las mHealth y el impacto que tuvieron en las supervivientes al cancer de mama. Encontraron 29 estudios que estaban dirigidos a la prevención y detección temprana del cancer de mama, la gestión de la atención que recibieron las mujeres y aquellos centrados en la supervivencia. Constataron que aquellas intervenciones basadas en las mHealth tenían un efecto positivo para promover la pérdida de peso, mejorar la calidad de vida y disminuir el estrés.

Desde un punto de vista cualitativo, Roberts et al. (24) buscaron las opiniones de supervivientes al cáncer de mama, próstata y colorrectal sobre el uso de las mHealth para promover la actividad física. A cada uno de los participantes se les asignó aleatoriamente para descargar dos de las cuatro aplicaciones seleccionadas, las usaron durante una semana y se llevaron a cabo entrevistas telefónicas. De los resultados obtenidos, se extrajeron varios entre los cuales se incluyeron: las ventajas y desventajas de su uso (por ejemplo, sustituir el papel y las recomendaciones escritas por la interacción con los móviles en tiempo real), la relevancia de las aplicaciones (los tipos de ejercicios deben ser distintos en función del tipo de cáncer, del tratamiento recibido o de la recuperación), la calidad de la aplicación (que fuese fácil de usar e intuitiva), y la promoción de la actividad física (demostraciones en videos, recordatorios o establecer objetivos, fueron algunas de las opiniones más relevantes para el uso de las mHealth). Estos temas

identificados también son comunes a otros estudios dirigidos a las supervivientes al cáncer de mama que sugieren la necesidad de desarrollar aplicaciones sencillas, personalizadas y de calidad que interaccionen en tiempo real para garantizar una adhesión y participación exitosa (25,26).

A pesar de que las mujeres pueden someterse a un mismo tratamiento o intervención tras el diagnóstico de cáncer de mama, el desarrollo del linfedema no es predecible por lo que es importante proporcionarles información basada en la evidencia (11,13) y estrategias para reducir el riesgo de aparición, enseñándoles que la adopción de estos comportamientos puede disminuir la probabilidad de la acumulación del líquido linfático en la extremidad (18). Se ha demostrado que, el uso de la tecnología digital sobre el linfedema y su autocuidado, tiene un efecto positivo en la mejora de los síntomas relacionados con el mismo, así como en la adopción de conductas saludables (18,27-30) mediante estrategias de autocuidado que incluyan una detección precoz de los síntomas (6,28,31-33) y actividades de ejercicio y alimentación (11,18,34). Cansiz et al. (27) llevaron a cabo un programa educativo de autocuidado del linfedema en 44 mujeres, compuesto por sesiones presenciales y folletos, de doce meses de duración. Al final de la intervención se encontró que el volumen de la extremidad afectada y los síntomas relacionados con el linfedema habían tenido una reducción significativa, junto con una mayor adherencia al cumplimiento de las actividades descritas.

5 Discusión-Conclusión

Visto por tanto la eficacia de las mHealth en la práctica asistencial y los beneficios que suponen para las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, parece razonable que la adopción de estas estrategias para el autocuidado comprenda una serie de actividades encaminadas a prevenir, aliviar o disminuir el número y/o gravedad de los síntomas que puedan estar relacionados con el linfedema, con el fin de mejorar la calidad de vida de las mujeres (5,11,30,35). A tal fin, se ha demostrado que las mHealth pueden ser un recurso de apoyo muy importante en la educación y autocuidado de las supervivientes al cáncer de mama.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio. Informe Global. [Internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 [acceso el 21 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42500>

2. WHO Global Observatory for eHealth. mHealth: new horizons for health through mobile technologies: second global survey on eHealth. [Internet] Geneva: World Health Organization; 2011 [acceso el 21 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44607>
3. Boucheron P, Anele A, Zietsman A, Galukande M, Parham G, Pinder LF, et al. Self-reported arm and shoulder problems in breast cancer survivors in Sub-Saharan Africa: The African breast cancer-disparities in outcomes cohort study. *Breast Cancer Res.* 2021; 23 (1): 109. doi: 10.1186/s13058-021-01486-9
4. Fu MR, Axelrod D, Gut AA, Rampertaap K, El-Shammaa N, Hiotis K, et al. mHealth self-care interventions: Managing symptoms following breast cancer treatment. *Mhealth.* 2016; 2 (7): 28. doi: 10.21037/mhealth.2016.07.03
5. Luo X, Chen Y, Chen J, Zhang Y, Li M, Xiong C, et al. Effectiveness of mobile health-based self-management interventions in breast cancer patients: a meta-analysis. *Support Care Cancer.* 2022; 30 (3): 2853–2876. Doi: 10.1007/s00520-021-06568-0
6. Havens LM, Brunelle CL, Gillespie TC, Bernstein M, Bucci LK, Kassamani YW, et al. Use of technology to facilitate a prospective surveillance program for breast cancer-related lymphedema at the Massachusetts General Hospital. *Mhealth.* 2021; 7: 11. doi: 10.21037/mhealth-19-218
7. Johnson BA, Lindgren BR, Blaes AH, Parsons HM, LaRocca CJ, Farah R, et al. The new normal? patient satisfaction and usability of telemedicine in breast cancer care. *Ann Surg Oncol.* 2021; 28 (10): 5668–5676. doi: 10.1245/s10434-021-10448-6
8. Pavic M, Klaas V, Theile G, Kraft J, Tröster G, Guckenberger M. Feasibility and usability aspects of continuous remote monitoring of health status in palliative cancer patients using wearables. *Oncology.* 2020; 98 (6): 386–395. doi: 10.1159/000501433
9. Omid Z, Kheirkhah M, Abolghasemi J, Haghighat S. Effect of lymphedema self-management group-based education compared with social network-based education on quality of life and fear of cancer recurrence in women with breast cancer: a randomized controlled clinical trial. *Qual Life Res.* 2020; 29 (7): 1789–1800. doi: 10.1007/s11136-020-02455-z
10. Nahum JL, Fu MR, Scagliola J, Rodorigo M, Tobik S, Guth A, et al. Real-time electronic patient evaluation of lymphedema symptoms, referral, and satisfaction: a cross-sectional study. *Mhealth.* 2021; 7:20. doi: 10.21037/mhealth-20-118
11. Jongerius C, Russo S, Mazzocco K, Pravettoni G. Research-tested mobile apps for breast cancer care: systematic review. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2019; 7 (2): e10930. doi: 10.2196/10930

12. Gopal A, Hsu WY, Allen DD, Bove R. Remote Assessments of hand function in neurological disorders: systematic review. *JMIR Rehabil Assist Technol*. 2022; 9 (1): e33157. doi: 10.2196/33157
13. Fridriksdottir N, Gunnarsdottir S, Zoëga S, Ingadottir B, Hafsteinsdottir EJJ. Effects of web-based interventions on cancer patients' symptoms: review of randomized trials. *Support Care Cancer*. 2018; 26 (2): 337–351. doi: 10.1007/s00520-017-3882-6
14. Wang Y, Min J, Khuri J, Xue H, Xie B, A Kaminsky L, et al. Effectiveness of mobile health interventions on diabetes and obesity treatment and management: systematic review of systematic reviews. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020; 8 (4): e15400. doi: 10.2196/15400.
15. Whitehead L, Seaton P. The effectiveness of self-management mobile phone and tablet apps in long-term condition management: a systematic review. *J Med Internet Res*. 2016; 18 (5): e97. doi: 10.2196/jmir.4883.
16. Rathbone AL, Prescott J. The use of mobile apps and sms messaging as physical and mental health interventions: systematic review. *J Med Internet Res*. 2017; 19 (8): e295. doi: 10.2196/jmir.7740.
17. Melissant HC, Verdonck-de Leeuw IM, Lissenberg-Witte BI, Konings IR, Cuijpers P, Van Uden-Kraan CF. 'Oncokompas', a web-based self-management application to support patient activation and optimal supportive care: a feasibility study among breast cancer survivors. *Acta Oncol*. 2018; 57 (7): 924-934. doi: 10.1080/0284186X.2018.1438654
18. Liu F , Li F, Fu MR, Zhao Q, Wang Y, Pang D, et al. Self-management strategies for risk reduction of subclinical and mild stage of breast cancer-related lymphedema: a longitudinal, quasi-experimental study. *Cancer Nurs*. 2021; 44 (6): 493-502. doi: 10.1097/NCC.0000000000000919.
19. Pope Z, Lee JE, Zeng N, Lee HY, Gao Z. Feasibility of smartphone application and social media intervention on breast cancer survivors' health outcomes. *Transl Behav Med*. 2019; 9 (1): 11-22. doi: 10.1093/tbm/iby002.
20. Quintiliani LM, Mann DM, Puputti M, Quinn E, Bowen DJ. Pilot and feasibility test of a mobile health-supported behavioral counseling intervention for weight management among breast cancer survivors. *JMIR Cancer*. 2016; 2 (1): e4. doi: 10.2196/cancer.5305.
21. Sotirova MB, McCaughan EM, Ramsey L, Flannagan C, Kerr DP, O'Connor SR, et al. Acceptability of online exercise-based interventions after breast cancer surgery: systematic review and narrative synthesis. *J Cancer Surviv*. 2020; 15 (2): 281-310. doi: 10.1007/s11764-020-00931-6
22. Bruce J, Mazuquin B, Mistry P, Rees S, Canaway A, Hossain A, et al. Exercise

to prevent shoulder problems after breast cancer surgery: the PROSPER RCT. *Health Technol Assess.* 2022; 26 (15): 1-124. doi: 10.3310/JKNZ2003.

23. Harder H, Holroyd P, Burkinshaw L, Watten P, Zammit C, Harris PR, et al. A user-centred approach to developing bWell, a mobile app for arm and shoulder exercises after breast cancer treatment. *J Cancer Surviv.* 2017; 11 (6): 732–742. doi: 10.1007/s11764-017-0630-3

24. Roberts AL, Potts HW, Koutoukidis DA, Smith L, Fisher A. Breast, prostate, and colorectal cancer survivors' experiences of using publicly available physical activity mobile apps: qualitative study. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2019; 7 (1): e10918. doi: 10.2196/10918.

25. Monteiro-Guerra F, Signorelli GR, Rivera-Romero O, Dorronzoro-Zubiete E, Caufield B. Breast cancer survivors' perspectives on motivational and personalization strategies in mobile app-based physical activity coaching interventions: qualitative study. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2020; 8 (9): e18867. doi: 10.2196/18867.

26. Garcia-Roca ME, Rodriguez-Arrastia M, Roperio-Padilla C, Domingo CH, Folch-Ayora A, Temprado-Albalat MD, et al. Breast cancer patients' experiences with online group-based physical exercise in a covid-19 context: a focus group study. *J Pers Med.* 2022; 12 (3): 356. doi: 10.3390/jpm12030356.

27. Cansız G, Arikan Dönmez A, Kapucu S, Borman P. The effect of a self-management lymphedema education program on lymphedema, lymphedema-related symptoms, patient compliance, daily living activities and patient activation in patients with breast cancer-related lymphedema: A quasi-experimental study. *Eur J Oncol Nurs.* 2022; 56: 102081. doi: 10.1016/j.ejon.2021.102081

28. Fu MR, Axelrod D, Guth AA, Scagliola J, Rampertaap K, El-Shammaa N, et al. A Web- and mobile-based intervention for women treated for breast cancer to manage chronic pain and symptoms related to lymphedema: results of a randomized clinical trial. *JMIR Cancer.* 2022; 8 (1): e29485. doi: 10.2196/29485

29. Koelmeyer LA, Moloney E, Boyages J, Sherman KA, Dean CM. Prospective surveillance model in the home for breast cancer-related lymphoedema: a feasibility study. *Breast Cancer Res Treat.* 2021; 185 (2): 401-412. doi: 10.1007/s10549-020-05953-3.

30. Changizi M, Ghahremani L, Ahmadloo N, Kaveh MH. The Patient Health Engagement Model in cancer management: effect of physical activity, distress management, and social support intervention to improve the quality of life in breast cancer patients. *Int J Breast Cancer.* 2022; 2022: 1944852. doi: 10.1155/2022/1944852.

31. Chaput G, Ibrahim M, Towers A. Cancer-related lymphedema: Clinical pearls for providers. *Curr Oncol.* 2020; 27 (6): 336–340. doi: 10.3747/co.27.7225

32. Rupp J, Hadamitzky C, Henkenberens C, Christiansen H, Steinmann D, Bruns F. Frequency and risk factors for arm lymphedema after multimodal breast conserving treatment of nodal positive breast Cancer – a long-term observation. *Radiat Oncol.* 2019; 14 (1): 39. doi: 10.1186/s13014-019-1243-y
33. Paramanandam VS, Lee MJ, Kilbreath SL, Dylke ES. Self-reported questionnaires for lymphoedema: A systematic review of measurement properties using COSMIN framework. *Acta Oncol.* 2021; 60 (3): 379–391. doi: 10.1080/0284186X.2020.1862422
34. Bruce J, Mazuquin B, Canaway A, Hossain A, Williamson E, Mistry P, et al. Exercise versus usual care after non-reconstructive breast cancer surgery (UK PROSPER): multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *BMJ.* 2021; 375: e066542. doi: 10.1136/bmj-2021-066542.
35. He L, Qu H, Wu Q, Song Y. Lymphedema in survivors of breast cancer. *Oncol lett.* 2020; 19 (3): 2085-2096. doi: 10.3892/ol.2020.11307

Capítulo 17

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN DE TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

JORGE SERRANO MARTÍN

MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN

ROBERTO SERRANO MARTÍN

1 Introducción

El problema más severo que tiene un individuo con trastorno negativista desafiante al cual se une el entorno y la familia se halla en las dificultades de poder recibir de forma correcta una serie de tratamientos en el momento oportuno y que sean correctos.

Las conductas que generan estos individuos son agresivas y se pueden presentar en los niños de edades tempranas en un porcentaje muy pequeño, puede comorbidizar con trastorno de la hiperactividad con o sin déficit de atención y que a su vez pueda proporcionar trastorno disruptivos y desafiantes. Si estas conductas no son tratadas en la infancia pueden desarrollar el trastorno que estamos mencionando.

Un tipo de estrés postraumático también puede desembocar en un grado severo en este trastorno.

Suele haber una falta de apoyo parental unida a que el individuo sienta que falta calidez en el ámbito familiar que no tiene por qué ser real, hay una pobre vigilancia sobre el estado de desarrollo mental del niño y suele venir unido a una desventaja socioeconómica de los padres y sobre todo a una falta de manejo de conductas por parte de estos en situaciones difíciles de la vida que se presentan con los hijos.

Contrariamente a lo que parece, estadísticamente los hijos de padres separados no mantienen niveles más altos en las estadísticas.

2 Objetivos

Exponer un caso clínico de este trastorno.

3 Caso clínico

Iván tiene 18 años, ha acudido al psicólogo privado en compañía de su madre con la que vive a cambio de que esta si cumple con las 10 sesiones, una vez por semana le va a comprar unas zapatillas. La madre se ha visto en la obligación de llegar a este pacto con él porque manifiesta en la consulta que la convivencia en su casa es insoportable. Se ha separado del padre de su hijo hace 1 año y no quiere saber nada de su padre, pero siempre le increpa a ella la culpa de la separación, rompe cosas de la casa cuando se enfada y su madre se tiene que encerrar en su habitación cuando se pone agresivo. Le han expulsado del instituto en varias ocasiones por enfrentarse a los profesores o agredir a sus compañeros. Es el último año que puede cursar la ESO y no tiene pensamiento de acabarla.

En la primera entrevista manifiesta que su intención es vender droga y no quiere trabajar ni acabar los estudios, que en casa nadie le entiende, que solo acude a consulta para que le compren las zapatillas y que no piensa ni seguir pautas ni terapia ni nada.

El psicólogo le explica que para conseguir el objetivo debe de cumplir con las normas y las reglas que tiene que pactar con la familia con la que convive y debe de tomar la medicación y hasta que no consiga resultados se le va a restringir el dinero, y las salidas de la vivienda familiar, no se le cocinará ni se le limpiarán sus estancias.

Iván en la primera consulta se enfada y no acepta, acude cada dos días, en la tercera consulta acepta la medicación y empieza a colaborar. Tras alcanzar el primer objetivo, lo detiene la policía por robar en un escaparate y acude voluntariamente al resto de consultas porque quiere cambiar el estilo de vida que lleva

y con ayuda de la medicación y terapia intensiva sobre la falta de control de impulsos consigue hacer avances a largo plazo.

4 Discusión-Conclusión

Se hace en este trastorno una recomendación obligatoria basándonos en los distintos profesionales y en su buen funcionamiento, esta recomendación se basa en pactar objetivos y penalizaciones con el individuo, normalmente ya son mayores de edad y no acuden voluntariamente a las consultas por lo que se considera aparte de recomendable el necesario elaborar una tabla en la que las obligaciones a cambio de la recompensa y sus castigos positivos deben de pactarse con antelación y sobre todo dejar patente por ambas partes en el acuerdo que no se debe transgredir lo que se puede pactar y lo que no para conseguir los objetivos.

5 Bibliografía

1. Nilsen W. Fostering futures: A Preventive intervention program for school-age children in foster care. Clin Child Psychol Psychiatry. 2017;12(1):45-63.

Capítulo 18

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO DE EMBARAZO MÚLTIPLE

MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN

ROBERTO SERRANO MARTÍN

JORGE SERRANO MARTÍN

1 Introducción

Un embarazo de una gestante gemelar se suele presentar entre las mujeres en 1 de cada 100 embarazos, aunque en los últimos años la edad de la madres ha aumentado y las técnicas de fertilización asistida han hecho que este tipo de embarazos. En una primera definición se consideran de alto riesgo por el simple hecho de que se asocian a un mayor número de enfermedades.

Hay un mayor riesgo de producirse un parto prematuro, de hecho esto se considera la principal complicación del parto general, el síndrome de la gestante hipertensa y la restricción que surge en el feto del crecimiento fetal.

También se pueden generar complicaciones que pueden ser específicas en la placenta que es única para los dos fetos haciendo un crecimiento selectivo de uno de los fetos, también se pueden crear perfusiones arteriales reversas lo que puede crear morbilidad antes del nacimiento de los fetos.

Por el aumento de los casos de embarazos de este tipo se han depurado en los últimos años las técnicas de extracción bien por parto vertical o por cesárea y cada vez vienen al mundo más niños sanos y con un peso aceptable dentro de los percentiles adecuados para su edad de gestación

2 Objetivos

Exponer las características del embarazo múltiple mediante la descripción de un caso clínico.

3 Caso clínico

Laura tiene 33 años, acude a una consulta con su médico de atención primaria por falta de su periodo menstrual, cree estar embarazada. Comenta a su médico que lleva tres meses buscando familia y que el retraso es de un mes, este la em-plaza a la realización de un análisis de orina en la consulta de enfermería con la primera recogida de la mañana al día siguiente, donde el enfermero le confirma la hormona del embarazo.

Se le cita a la primera ecografía y primera consulta ginecológica donde a la realización de la prueba de imagen se localizan dos fetos con un latido normal y medidas dentro de la edad gestacional adecuada. Por la edad de la gestante y los dos fetos colocados en dos sacos univitelinos se cita a la madre en consulta de alto riesgo con revisiones más periódicas y pruebas de control.

La madre decide hacer la amniocentesis a los dos fetos con resultado en una primera instancia de normalidad, con lo que decide seguir con el embarazo, la colocación de los fetos no permite un parto natural por lo que es programada una cesárea a las 37 semanas de gestación. Las dos hembras han alcanzado para entonces un peso suficiente, las dos han alcanzado un peso de 2500 gramos y la capacidad pulmonar es suficiente, la madre ya tiene contracciones por lo que la cesárea se adelanta dos días en el quirófano de paritorio con la presencia de los enfermeros de quirófano, el anestesista y el ginecólogo de guardia. Las dos niñas nacen y tras la revisión del pediatra son conducidas a la habitación con su madre después que esta pasa por el periodo de recuperación en la sala de reanimación.

4 Discusión-Conclusión

Se puede hacer una recomendación de cuidado normal o de normalidad general para un embarazo gemelar. Hay que tener en cuenta que el peso es considerable mayor al de un embarazo de un solo feto, por lo que se dan condiciones para la mujer que pueden ser excepcionales para la piel y el aplastamiento de algunos de los órganos. El cuerpo está preparado para este tipo de eventos, aunque no es habitual, y se irá acomodando a la vida que alberga dentro, no obstante debe de

seguir la gestante un control más exhaustivo que en un embarazo con un solo feto.

5 Bibliografía

Rencoret, P. G. (2020). Embarazo gemelar. Revista Médica Clínica Las Condes, 25(6), 964-971.

Capítulo 19

ATENCIÓN PRIMARIA Y SU PAPEL EN ODONTOLOGÍA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SANDRA PABLO VÁZQUEZ

TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ

MÓNICA ROMÁN LUNA

MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ

RITA EVA GONZÁLEZ GALLEGO

1 Introducción

En el sistema sanitario español, existe una deficiencia evidente en los cuidados odontológicos y que solo se suele atender lo urgente, ya que cualquier otra incidencia relacionada con odontología, será de carácter privado y que debe ser costeadado de un modo individual por cada sujeto, aunque en determinados sistemas de salud de algunas comunidades autónomas existe un mayor cuidado y coberturas odontológicas a los menores para evitar las urgencias dentales en la edad de adultez.

Para poder realizar los cometidos correspondientes y con profesionalidad hacia las urgencias odontológicas que se demandan y logran presentar en las consultas,

es obligatorio tomar y establecer una serie de medidas que logran beneficiar a su correcto tratamiento. Solo se diagnostica aquello que se conoce con seguridad. Se debe destacar y enaltecer la importante labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante la emergencia en la unidad dental. Esta tipología de servicios o unidades se halla en los servicios de urgencias de los centros salud destinados de atención primaria.

Es cierto que, en la organización del sistema sanitario español, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería trabaja codo con codo con el facultativo en odontología para poder apoyar y cuidar a los afectados que acuden al servicio de consultas o de urgencias.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe conocer y estar formado a conciencia en todo lo referente al material y el instrumental que el odontólogo maneja y esgrime, ya que es básico para poder apoyar al odontólogo en la labor que acomete a diario en la consulta dental.

2 Objetivos

- Exponer la importancia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante las urgencias y consultas de odontología.
- Destacar la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante una emergencia odontológica.

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: Pubmed, Medline y Scielo, Google, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras claves: odontología, servicio de urgencias, técnico en cuidados auxiliares de enfermería entre otros. Se han excluido textos en inglés.

4 Resultados

Definimos la situación de urgencia como la aparición fortuita en cualquier sitio, lugar o actividad de un problema de diversa gravedad que genera una petición y demanda rápida de atención por parte del sujeto que le ocurre y lo sufre, es

una patología lenta y que no obligatoriamente estimada como mortal, pero que si debe ser atendida como máximo en unas seis horas para evitar y prevenir complicaciones mayores.

Sin embargo, la situación de emergencia se concreta como el inicio en un modo súbito en que peligra la vida del sujeto, el margen de respuesta y esta debe ser atendida y asistida en unos minutos a una hora, suele demandar el acto de ingreso en hospitalización y en la mayoría de los casos en unidades de críticos, salvo alguna excepción.

Como profesionales del mundo sanitario y hospitalario de la salud, tan en popularidad en los últimos tiempos, y en concreto como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería se obliga a saber diferenciar el término de una urgencia y de una emergencia.

Algunas de las situaciones adversas que se logran dar en un servicio o unidad dental y que logran constituir una urgencia son:

- Una reacción alérgica, la sintomatología principal son: broncoespasmo e hipotensión, eritema y/o purito,. Sobre dosis de anestésicos, si es leve en referencia a la sintomatología que ostentan logran ser: aprensión, vértigo alteraciones visuales y auditivas. Se debe tranquilizar al afectado, administrar oxígeno e iniciar el soporte vital básico.

En sucesos más graves iniciar soporte vital básico y pedir ayuda especializada.

- Contener y taponar con gasas en manifestación de hemorragias.
- Hematomas, emprender la compresión en la zona o área y destinar hielo y ulteriormente disponer calor.
- Hiperventilación, sentar y colocar al afectado, intentar siempre tranquilizarlo, hacerle respirar paulatinamente en una bolsa de papel siempre con la boca abierta.
- Lipotimia, ubicar al afectado en la posición de decúbito supino, con los miembros inferiores siempre más altos que la cabeza y está en posición ladeada.

Es muy importante estar alerta para reconocer la manifestación de los síntomas, y trascendental el saber advertir y reaccionar inmediata y rápidamente ante un posible suceso de una urgencia. Al mismo tiempo, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe:

- Examinar todo el equipo, instrumental y materiales asegurando que todo esté funcionando, esto se realiza con cierta periodicidad.
- Asegurarse de que los dispositivos telefónicos de emergencia estén utilizables y a la vista de todo el personal.
- Mantener la historia clínica del afectado actualizada.

- Tener establecido un protocolo básico y unas pautas de actuación, todos los profesionales deben tener muy claro cuáles son sus funciones, cometidos y saber actuar.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería será el encargado y responsable de avisar al 112, ayudar en la movilización del afectado si esto fuera obligatorio, tratar de tranquilizarlo y tomar la acción de proporcionar instrumental y el material demandado al personal facultativo y de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

La labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante las complicaciones y urgencias en el servicio de odontología, siendo este un profesional muy cercano al afectado, ya que es el que tienen el trato más cercano con el que genera el grado de confianza e intimidad. De esta forma transmite sus miedos y el personal sanitario puede calmar al mismo durante la atención y asistencia sanitaria.

El 70 % de los centros con consultas de odontología de Atención primaria, han tenido una emergencia siendo la más frecuente el síncope, el resto forman una gran variedad. Otros sucesos de urgencias son las extracciones dentales que cubren el sistema sanitario.

El técnico en cuidados auxiliares posee una formación específica en el ámbito de la odontología por ello puede trabajar con mayor especialización y seguridad en este campo.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-articulo-la-funcionauxiliaresodontologia-tecnica-S0214098512001274>
2. <https://revistamedica.com/tcae-organizacion-consulta-odontologica/>
<https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeriaodontologia/>
3. Sepúlveda-Verdugo Cristóbal, Secchi-Álvarez Alfio, Donoso-Hofer Francisca. Consideraciones en la Atención Odontológica de Urgencia en Contexto de Coronavirus COVID-19 (SARS-CoV-2). En t. J. Odontoestomat. [Internet]. 2020 Sep [citado 2022 Oct 01] ; 14(3): 279-284. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2020000300279&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2020000300279>.

Capítulo 20

ESTUDIO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE UN PACIENTE AFECTADO DE ALZHEIMER

MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ

TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ

MÓNICA ROMÁN LUNA

SANDRA PABLO VÁZQUEZ

RITA EVA GONZÁLEZ GALLEGO

1 Introducción

Durante el envejecimiento de las personas se ocasionan unos cambios en el cerebro como la pérdida neural o disminución y menoscabo de la cantidad de neuroreceptores (cambios fisiológicos).

La patología de alzhéimer está registrada como una patología y enfermedad degenerativa a nivel neuronal, la incidencia se hace mucho mayor con la edad.

Para su diagnóstico un buen protocolo basado en escalas siempre va a ayudar a tener un menor porcentaje en cuanto a errores. Una vez que el sujeto está diagnosticado se deben averiguar y conocer las implicaciones tanto para el afectado

como para los familiares, tratar las futuras complicaciones y las patologías, para lograr minimizar al máximo el grado del deterioro funcional, el mental y social que esta patología lleva consigo.

Como síntomas principales se encuentra la desorientación, la pérdida paulatina de memoria y de atención, así como la disminución progresiva y el menoscabo de poder razonar.

El alzhéimer es una de las patologías y enfermedades que genera la mayor dependencia, cuidado, así como sobrecarga de trabajo y estrés psicológico que soportan y sufren los cuidadores principales.

La intervención del profesional de Técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar orientada a la ayuda y mejora de la calidad de vida de los afectados reforzando así las tareas referentes al autocuidado, siendo estas en las que presentan y demandan un mayor déficit por deterioro motor y a la pérdida de memoria. El objetivo del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fomentar la propia autonomía del afectado mientras la patología lo permita.

Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, son las personas de referencia de los afectados, con quienes muchas veces se sienten más en confianza para expresar sus dudas así como sus problemas y miedos.

2 Objetivos

Conocer y exponer como Técnico en cuidados auxiliares de enfermería las intervenciones del equipo enfermería dirigidas hacia el cuidador principal del afectado con Alzheimer.

3 Metodología

Búsqueda exhaustiva de información basada en evidencia bibliográfica para realizar una revisión sistemática de análisis y síntesis cualitativa sobre las intervenciones del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en afectado con Alzheimer. Bases de datos como Scielo, Pubmed, biblioteca virtual en salud (BVS) Google académico.

4 Resultados

El papel del profesional del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería destaca en el cuidado y apoyo de los afectados con Alzheimer, su mayoría basado en la

ayuda y apoyo así como la inclusión familiar y en el aspecto biopsicosocial del propio enfermo afectado, que este debe ser incluido en su autocuidado, por lo que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe representar un apoyo y una fuente tanto en cuestiones de información y de estrategias, que le brinden a la familia y al cuidador principales aportando lo necesario para optimizar el cuidado del afectado.

Por otro lado, se habla de las percepciones y sensaciones de los enfermeros y Técnico en cuidados auxiliares de enfermería que están dedicados al cuidado de este sector y por parte de los citados se pone en alza el cómo se olvida o se deja en un segundo plano el propio cuidado, siendo esta actividad una de las más agotadoras, que puede resultar en la manifestación del síndrome burnout, aspecto relevante tanto para la salud del propio Técnico en cuidados auxiliares de enfermería o enfermeros, como para la salud del paciente afectado, ya que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería que ostente estrés laboral y cansancio no puede ofrecer una atención correcta y adecuada al afectado.

El trabajo del cuidador principal es una experiencia la cual demanda una cantidad importante de tiempo, compromiso, mucha paciencia y que las habilidades de estos son fundamentales para la inclusión del afectado en las actividades de la vida diaria. La implicación familiar en los cuidados al paciente afectado con Alzheimer es especialmente relevante, ya que el cuidador principal debe liberar su carga y esgrimir los recursos que se le ofrecen para poder llevar a cabo unos cuidados de calidad.

Las actuaciones de todo el equipo de enfermería deberían de estar dirigidas hacia el afectado y hacia la familia de igual manera para mejorar la calidad de vida de ambos.

A pesar de que la atención básica suele estar cubierta, se deja de lado los aspectos tanto sociales como emocionales del afectado, ignorando las conversaciones dando como resultados pacientes afectados aislados con relaciones interpersonales muy limitadas.

La patología del Alzheimer requiere que los individuos que rodean al afectado, motiven el pensamiento y las actividades del neurodesarrollo así como sociales, una de las principales metas es dar al paciente afectado una mejor calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado a los afectados con Alzheimer debe tener un enfoque siempre hacia la atención individualizada del afecto, evaluando y contando principalmente con su entorno con la participación de la familia y el trato tanto social como emocional. Incluir a la familia es importantísimo así como al propio afectado en la toma de decisiones, educar a los cuidadores principales y dirigirlos en los planes de cuidados y atender en aspectos sociales y emocionales.

La comunicación entre todo el equipo de enfermería y los cuidadores principales del afectado es imprescindible para una correcta atención del paciente afectado. Así pues, el cuidado físico de estos afectos es tan demandante que el personal de enfermería olvida el cuidado socioemocional del sujeto, siendo entonces una manera negativa en la recuperación del afectado. Debe de ser tratado todo en conjunto para brindar al afectado una atención individual acorde con sus propias circunstancias y muy personal.

6 Bibliografía

1. Antúñez, M.L.B. (2013) La patología de Alzheimer y el cuidador principal principal. Nuberos Científica, 2 (10).
2. Balbás Liaño, V.M.(2005). El profesional de Enfermería y el Alzheimer. Nure Investigación, 13.
3. García, E.C., & García, E.C. (2016). Algunos aspectos actuales sobre el manejo de la Patología de Alzheimer por el profesional de Enfermería.<http://revtecnología.sld.cu/index.php/tec/article/view/651>.

Capítulo 21

EL ESTREÑIMIENTO, UN PROBLEMA COMÚN

LUCÍA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

SARA FARPÓN MARTÍNEZ

ANDREA FERNANDEZ FRAIZ

1 Introducción

El estreñimiento más que una enfermedad se refiere al hábito intestinal de cada persona. Se produce cuando una persona hace tres o menos evacuaciones a la semana. También las evacuaciones pueden ser dolorosas, ya que las heces son duras, secas o grumosas. Esta afección la tienen todas las personas en algún momento de la vida, pero en la mayoría de casos, no es serio y dura poco tiempo. Pero algunas personas pueden padecer de estreñimiento crónico que puede afectar en la capacidad de la realización de las tareas de la vida diaria. Incluso a veces llega a provocar que se realice mucha fuerza para defecar.

El estreñimiento puede darse por determinadas causas:

- La falta de ejercicio físico: se ha demostrado mediante estudios que las personas que hacen deporte tienen menos posibilidades de padecer estreñimiento.
- La alimentación: el no consumir fibra en la dieta puede provocar que se experimente el estreñimiento, ya que la fibra promueve a las deposiciones regulares. Los alimentos que contienen fibra serían las verduras, los granos integrales, algunas frutas...
- El envejecimiento: a medida que se envejece aumenta la prevalencia de estreñimiento. Podría ser porque los alimentos necesitan más tiempo para pasar por

el aparato digestivo. Y porque muchas personas están más tiempo sin moverse, lo que contribuye al estreñimiento.

- Algunos medicamentos: como antidepresivos tricíclicos, analgésicos opioides, los diuréticos...

- No ir al baño cuando se tiene ganas: si se ignora la necesidad de defecar, esta necesidad podría desaparecer de forma gradual hasta que ya no se sienta.

- Utilizar de forma excesiva los laxantes: el uso continuo de los laxantes puede provocar que el cuerpo se acostumbre a su efecto.

- No tomar suficiente agua.

El estreñimiento normalmente puede solucionarse sin tomar medicamentos recetados. Cambiando el estilo de vida, comiendo más fibra, tomando más agua y haciendo ejercicio podría servir.

También los laxantes pueden ayudar a mejorar los síntomas, pero se deberían utilizar solo cuando sea necesario.

Si el estreñimiento siguiera, se debería consultar al médico, ya que podría necesitar medicamentos más fuertes, o la realización de pruebas.

Los factores de riesgo son los motivos que aumentan la posibilidad de padecer esta afección, como la alimentación poco saludable, el sedentarismo... por lo cual entender y controlar los factores de riesgo puede ayudarnos a prevenir la enfermedad.

2 Objetivos

- Conocer el estreñimiento y las posibles causas.
- Entender el tratamiento de esta afección.
- Comprender los peligros que conllevan los factores de riesgo.
- Intentar minimizar los casos de estreñimiento en la población.

3 Metodología

Para llevar a cabo la realización de este capítulo se ha hecho una investigación basada en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

También se han hecho consultas de artículos en las principales páginas: Medline, Mayoclinic, Farmaceutico Online y Medical News Today. Además de una búsqueda sistemática de libros.

4 Resultados

El estreñimiento es desagradable e incómodo. Esto sucede cuando los desechos se están moviendo muy lento pasando por el tubo digestivo o no se pueden expulsar exitosamente, lo que causa que las heces se vuelvan duras y secas.

Al ser algo desagradable, algunas personas que lo sufren ven trastocada su salud física y mental.

El estreñimiento es uno de los problemas digestivos más comunes a nivel mundial, pero esta afección podría prevenirse mediante unos hábitos de vida más saludables. Algunas recomendaciones serían:

- Se vería consumir una dieta saludable, rica en fibra, evitando las comidas rápidas, los alimentos procesados, los ricos en grasa, la sal...
- Una buena medida es fijar un horario para defecar tranquilamente y sin prisa. Es un proceso que requiere paciencia y aunque no se tengan ganas de evacuar, se puede ir al baño, utilizando una postura cómoda para hacerlo con el mínimo esfuerzo.
- Se debe tomar mucha agua, bebiendo un mínimo de litro y medio al día.
- Aumentar el ejercicio físico: como ejercicio suave, ya sea caminar regularmente, andar en bicicleta, nadar... En personas encamadas se pueden realizar masajes abdominales que favorecen la movilidad del tracto intestinal.
- Evitar el estrés: el intestino es un órgano de los que más terminaciones nerviosas tiene a su alrededor, por lo cual en periodos de ansiedad y estrés se resiente.
- Revisar los medicamentos que se toman, ya que hay medicamentos que ocasionan estreñimiento, por cuál se puede consultar al médico si es posible cambiarlo por otro.
- Comer tranquilamente: se debe comer despacio y masticar bien los alimentos antes de tragarlos.
- Tomar café descafeinado: el café ayuda a estimular los músculos del sistema digestivo, por lo cual puede ayudar a evitar el estreñimiento. El café también puede tener cantidades pequeñas de fibras solubles, pero bastantes para ayudar a este proceso.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva hay que recordar que el estreñimiento, aunque no sea considerado una enfermedad, es un síntoma que se debe tener muy en cuenta, ya que puede provocar serios problemas. Es una afección muy común en la población y que

puede provocarse por alteraciones funcionales del colon y el ano-recto o por el consumo de medicamentos u otras condiciones patológicas.

La mayoría de personas responden favorablemente a medidas higiénico-dietéticas, como el consumo de fibra, de abundantes líquidos y la realización de ejercicio. Los pacientes resistentes al tratamiento médico tradicional necesitan un tratamiento diagnóstico especial, con el fin de determinar el mecanismo fisiopatológico relacionado.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/constipation.html>

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/constipation/symptoms-causes/syc-20354253>

<https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/estrenimiento#en-ninos-y-bebes>

<https://www.farmaceuticonline.com/es/el-estrenimiento/>

Capítulo 22

CONOCIMIENTO Y ESTUDIO EN ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA FARMACOLÓGICA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

RITA EVA GONZÁLEZ GALLEGO

TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ

MÓNICA ROMÁN LUNA

SANDRA PABLO VÁZQUEZ

MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La terapia farmacológica asimismo, conocida más comúnmente como terapia medicamentosa consiste en el tratamiento con cualquier sustancia consideradas drogas terapéuticas no alimenticias, que se usa para prevenir, y/o diagnosticar, tratar y/o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado patológico anormal de la salud.

Pero ¿Qué es lo que se entiende por medicamento?

Precedentemente de pasar a definirlo, se debe dejar constancia que aunque medicamento y fármaco en muchas ocasiones se emplean de forma sinónima

cabe decir en aclaración que , realmente no son lo mismo. Ya que la unión de diversos fármacos es lo que forma y lo que se conoce por medicamento.

Un medicamento es toda fórmula o preparación y/o producto farmacéutico que es el empleado para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o de un estado patológico, o inclusive para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de los individuos a quienes se le administra.

Según nos dice la Disposición Transitoria Sexta respecto a la ley 55/2003 de las funciones del auxiliar de enfermería (en el día de hoy se les denomina como Técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería) están recogidas y registradas en el Estatuto de Personal No Facultativo Sanitario (Orden del Ministerio de Trabajo de 26/04/1973)

. (1)

El punto 9 en su artículo número 75 se señala: que los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería por indicación del personal auxiliar sanitario colaborará en la gestión de medicamentos por vía tanto oral así como por vía rectal, con exclusión expresa de la vía parenteral. Asimismo, podrá aplicar enemas de limpieza, salvo en casos que revistan gravedad o de afectados graves. (1)

2 Objetivos

- Conocer las medidas en la administración de medicamentos.
- Describir las distintas vías de administración de medicamentos.
- Exponer las vías de administración de alimentos que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene consentido suministrar por ley o por indicación del profesional enfermero.

3 Metodología

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

4 Resultados

El medicamento puede conocerse por el nombre científico, cuyo nombre será manejado por profesionales de la sanidad o por el principio activo del que está dotado o por el que está compuesto, así como también por el nombre registrado o marca comercial (laboratorio preparador del medicamento).

Las formas y vías de administración de los medicamentos y de los fármacos son:

- Vía oral: es la vía más habitual y común, el medicamento se introduce en el organismo del afectado a través de la boca. Se maneja para la administración de las pastillas, comprimidos, tabletas, soluciones, suspensiones y los jarabes. Es una de las que tiene consentido y registrado en la ley, el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería la administración.

- Vía sublingual. Aunque esta vía de administración es, asimismo, a través de la boca.

El medicamento se posiciona debajo de la lengua del afectado. Asimismo, estamos autorizados los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para su administración.

- Vía rectal: los medicamentos en forma de pomadas o enemas, supositorios, se administran a través del recto. Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería estamos autorizados para suministrarlos, siempre y cuando no se deba utilizar una sonda rectal, ya que sería siempre bajo supervisión enfermera.

- Vía genitourinaria.

- Vía tópica.

- Vía parenteral: se administran siempre por parte del profesional enfermero, a través de punción intradérmica o subcutánea, ya que los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería lo tenemos prohibido suministrar por esta vía.

En la administración de los medicamentos los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería debemos tener en consideración las siguientes pautas y medidas:

- Controlar que el medicamento y/o el fármaco que le vamos a dar al afectado no está caducado.

- Comprobar que el medicamento o fármaco siempre coincide con el prescrito por el facultativo.

- Cuando el afectado está muy debilitado examinar la cavidad bucal para asegurarse que el medicamento no se ha quedado adherido o retenido en las membranas mucosas. Y si hablamos de un afectado psiquiátrico hay que asegurarse, antes de dejar al afectado solo, garantizar que el medicamento realmente se los ha tomado.

- Una vez suministrado se deben controlar las posibles reacciones que pueda os-

tentar o manifestar el afectado al medicamento. Comunicando al profesional enfermero las incidencias inmediatamente de cualquier reacción adversa.

- Dejar anotada la medicación suministrada siempre en la hoja de registro correspondiente indicando la hora.

La administración de medicamentos o de terapia medicamentosa es la vía para poder conseguir la pronta recuperación de los afectados, su mejora en estabilización o una reducción de la posible sintomatología que presenta el afectado por eso es importante que el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería como profesional que puede administrar los medicamentos en los afectados hospitalizados, cuando así se lo encomienda el profesional enfermero, es de vital importancia que conozca las distintas vías de administración de los medicamentos,

Las vías por las que está autorizado a suministrar (vía oral y rectal) y por las vías por las que tiene prohibición por ley expresa de suministrar medicamentos sería la vía parental, debe conocer y saber cuáles son las medidas que debe tener en consideración en la administración de los medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales de la sanidad y en la profesión de Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, una de nuestras competencias es la terapia medicamentosa y la administración de los tratamientos de fármacos por vía oral y rectal, es de suma importancia el estar al tanto de los horarios, a las que les corresponde al enfermo afecto sus tomas como responsables de este cometido debemos siempre asegurarnos de todo lo relacionado con esa función, paciente enfermo correcto, si el medicamento está caducado, la vía de administración el modo de prepararlos y de administrarlos y la hora correcta, es una de las funciones en las que más pendientes y alerta tenemos que estar, ya que de un error en la medicación puede concluir en un desenlace de mal pronóstico y consecuencias nefastas para el paciente que tengamos a nuestro cargo.

6 Bibliografía

1. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>
2. Barrueco Nélida, Martínez Fernández-Llamazares Cecilia, Durán Esther, Martínez Marín María Teresa, Relaño García Cristina. Administración de medicamentos por vía oral: Interacciones medicamento - alimento. Index Enferm [Internet]. 2008 Mar [citado 2022 Oct 01] ; 17(1): 53-57. Disponible en: <http://scielo.>

isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100012&lng=es.

3. Apolo Carvajal Francisco, González Martínez María, Capilla Santamaría Elena, Cáliz Hernández Betsabé, Cañamares Orbis Iciar, Martínez Casanova Nuria et al . Adecuación de la medicación oral en personas institucionalizadas en residencias de mayores a los que se les tritura la medicación: estudio ADECUA. Farm Hosp. [Internet]. 2016 Dic [citado 2022 Oct 01] ; 40(6): 514-528. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432016000600007&lng=es.

<https://dx.doi.org/10.7399/fh.2016.40.6.10467>.

4. Silva, Daniela Odnicki da et al. Medication preparation and administration: analysis of inquiries and information by the nursing team. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. 2007, v. 15, n. 5 [Accedido 1 Octubre 2022] , pp. 1010-1017. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500020>>

. Epub 17 Dic 2007. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500020>.

Capítulo 23

LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS

SARA FARPÓN MARTÍNEZ

ANDREA FERNANDEZ FRAIZ

LUCÍA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Según los datos recogidos por la Organización Mundial de la Salud el 25% de personas mayores presenta algún trastorno psiquiátrico, siendo la depresión el más común hasta los 75 años, por lo tanto, es también el trastorno mental afectivo más dado en el anciano.

En nuestra sociedad se asocia el envejecimiento normal con el ánimo triste, pero es uno de los principales motivos de consulta médica.

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza principalmente por el bajo estado de ánimo con sentimientos de tristeza, asociado a alteraciones en el pensamiento, el comportamiento y el grado de actividad.

Es el trastorno más tratado en Atención Primaria y la causa más común atención psiquiátrica y discapacidad provocada por problemas mentales.

Los expertos aseguran que en la aparición de la depresión actúan una serie de factores a lo largo de la vida que en determinado momento pueden derivar en la aparición de síntomas depresivos.

•Factores biológicos

Como los trastornos metabólicos y endocrinos (enfermedad de Cushing, hígado o hipotiroidismo...), infecciones (como el SIDA, la tuberculosis...), el estilo de vida (como las drogas, el alcohol...)

En ancianos además podemos ver causas biológicas como los cambios a consecuencia del envejecimiento dentro del cerebro.

Y también la depresión puede darse como respuesta al dolor, la dependencia, el temor a la muerte...

- Factores psicosociales

Hay factores generales como ciertas circunstancias vitales, el estrés ambiental, y acontecimientos que se relacionan con la depresión como el fallecimiento de familiares, abusos, la situación de desempleo...

Aparte el anciano tiene una disminución de la capacidad de adaptación de cambios en el entorno. Se observan respuestas depresivas a la hospitalización y la institucionalización.

También los factores de personalidad afectan en el desarrollo de este trastorno, las personalidades histriónicas, límites... tienen una mayor vulnerabilidad.

Las manifestaciones clínicas de la depresión serían las siguientes: incluyen manifestaciones afectivas (apatía, baja autoestima, humor triste...), cognitivas (disminución de la memoria, de la atención...) y somáticas (pérdida de peso, trastornos del sueño, anorexia...)

2 Objetivos

- Entender qué es la depresión.
- Conocer los factores de riesgo para el desarrollo de la depresión.
- Intentar entender las medidas para prevenir este trastorno.
- Humanizar la depresión y llegar a tener más en cuenta este tipo de trastorno.
- Minimizar los casos de depresión en la sociedad.

3 Metodología

Para llevar a cabo este presente capítulo se ha realizado una investigación basada en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

También se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros, con consultas en artículos de las principales bases de datos: Psicología y Mente, Medical News Today, Nih y Medline Plus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas ya revisadas.

4 Resultados

La depresión se ha convertido en un problema público de salud a nivel mundial, este trastorno en algunas ocasiones no puede prevenirse, pero mediante unos hábitos de vida saludables igual se podrían reducir los casos o a veces evitar esta enfermedad. Algunas recomendaciones serían:

- La práctica de ejercicio habitual: los expertos demuestran que la práctica de ejercicio puede actuar como un antidepresivo, ya que mejora el bienestar físico y mental. Se recomienda unos 150 minutos de ejercicio a la semana, distribuyéndolo en varios días.
- Evitar el estrés: la depresión se desarrolla más en personas que padecen estrés crónico. Algunas medidas para evitar el estrés serían las siguientes: tener descansos en el trabajo, descansar y dormir lo suficiente, hacer ejercicio...
- No consumir alcohol ni drogas: estas sustancias pueden empeorar los síntomas de la depresión o incluso aumentar el riesgo de padecerla.
- Llevar una dieta saludable: esta medida ayuda a mejorar el bienestar mental y físico y así evitar la aparición de este trastorno.
- Tener una vida social y activa con hobbies: se ha demostrado que tener una vida social activa funciona para prevenir la depresión. Por lo cual es muy importante no aislarse.
- Las terapias de conversación: estas terapias pueden ayudar a identificar síntomas de depresión, y buscar soluciones.
- Los medicamentos: los antidepresivos son medicamentos que se utilizan con frecuencia para tratar la depresión. Estos medicamentos tienen que consumirse siempre con receta de su médico.
- Comunicar las emociones: transmitir las emociones a las personas con las que se tiene confianza, diciendo los sentimientos o pensamientos difíciles pueden quitar estrés que guardamos y hace mejorar el estado anímico de manera notable. Con el cariño, como con las caricias y los abrazos de nuestros seres queridos puede ayudar también a mejorar el bienestar.

5 Discusión-Conclusión

Es importante tener claros los síntomas de depresión, ya que si se presentan, es recomendable acudir a un profesional para la valoración psicológica correspondiente quien a su vez y dependiendo de la gravedad del caso hará equipo multidisciplinario con el personal médico.

Es muy importante la difusión de esta información en el ámbito público, pues

es ahí donde se puede hacer una labor de prevención y realizar la canalización correspondiente a profesionales.

En conclusión, al identificar algunos factores psicosociales de riesgo, se han presentado algunas pautas de prevención que, además de neutralizarlos, ayudan a la construcción de una sociedad más saludable.

6 Bibliografía

<https://psicologiaymente.com/clinica/depresion-consejos-prevenir-la>

<https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/como-evitar-la-depresion>

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>

Capítulo 24

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

ASCENSION DEL OLMO MARIN

GEMA ORTEGA SÁNCHEZ

LAURA GARCIA NICOLAS

FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO

ANA EVA ORTIZ MARTINEZ

1 Introducción

La Medicina Interna se define como un servicio de especialización médica global de los pacientes, científica y completa, la cual está integrada en todo momento por los aspectos fisiopatológicos de diagnósticos y terapéuticos.

La medicina interna se trata de una de las especialidades médicas, en la cual la estancia en un centro hospitalaria es de una duración larga. La medicina interna es un servicio que consiste en una atención integral del paciente adulto y con un tratamiento no quirúrgico. En este servicio, su función es la atención a las necesidades con una mayor seguridad y calidad posible, no debemos olvidarnos de que la atención sanitaria del auxiliar de enfermería (TCAE), tiene que ser responsable que todas sus funciones y tareas se cumplan de una manera correcta.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, tiene el deber de cubrir todas las necesidades básicas de los pacientes.

Dentro de las funciones y tareas de un técnico de auxiliar de enfermería, algunas de ellas no dependen de él directamente, sino que dependen del resto de personal sanitaria, como son la realización de punciones, administración de medicamentos como son las inyecciones, extracciones de sangre, ayudar directamente en las consultas con el médico, donde se requiera el empleo de instrumental médico, no son funciones de los auxiliares de enfermería.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de medicina interna.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Las personas que trabajan en el servicio de medicina interna, tienen una gran satisfacción, ya que tienen a su cargo el cuidado de pacientes necesitados, eso hace que se sientan muy cercanos a ellos cada día.

Dentro del servicio de medicina, nos encontramos varias funciones y tareas que debemos, que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, tendrá en cuenta, entre estas funciones están:

- Harán el reparto de la ropa, valorando la autonomía de los pacientes.
- Prepararan y etiquetaran las muestras de orina (las muestras de sangre serán etiquetadas y preparadas por el personal de enfermería).
- Recoger las bandejas.
- Repartir, en número y carga, el trabajo de la Unidad con continuidad en la atención (turnos).
- Asearan a los pacientes valorando el estado de su piel para prevenir las temidas úlceras por presión, informaran al personal de enfermería en ese caso;(cambios

posturales cada dos horas).

- La toma y registro de las diuresis y deposiciones.
- Valoración de la ingesta hídrica y posterior e identificarlas, (administración de aguas gelificantes).
- Reponer y limpiar los carros de Enfermería y cuando esté recogido en el “control” a diario y en cada turno.
- Conocerán todas las muestras pendientes que tienen que recoger, de aquellos pacientes encamados, los que están pendientes de pruebas, de su traslado (para su aseo previo), los que precisan estar al tanto de su peso y/o talla, aquellos con nutrición enteral (para un correcto aseo antes de su estricto horario de ingesta).
- Tomarán las temperaturas y harán su posterior registro.
- Repartirán las comidas bajo la supervisión del personal de enfermería, para que la dieta sea adecuada.
- Conocerán las “ALTAS” y/o pendientes de ambulancia.
- Valoración e higiene de la mucosa oral.
- Levantarán y acostarán a los pacientes junto con los celadores.
- Organización del trabajo junto con el personal de enfermería.
- Repondrán el carro de la ropa, geles hidroalcohólico.
- Habilitarán las mesas para las comidas.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, debe ayudar y colaborar con la atención a los pacientes agudamente hospitalizado y será de apoyo en la consultoría en Atención Primaria y en otro tipo de especialidades, sobre todo en la atención al paciente crónico complejo con formación, organización y gestión. Podemos decir que un técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es una parte importante del servicio de medicina interna y que forma parte del equipo que trabaja en él. La carga de trabajo en la planta de medicina interna es bastante alta, pues casi la gran mayoría de pacientes y casos que permanecen hospitalizados en ella, se tratan de personas mayores.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 25

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

ASCENSION DEL OLMO MARIN

GEMA ORTEGA SÁNCHEZ

LAURA GARCIA NICOLAS

FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO

ANA EVA ORTIZ MARTINEZ

1 Introducción

La atención primaria es uno de los servicios que se encuentra en el primer nivel del sistema de salud, el cual está caracterizado por prestar una atención integral a la salud. Para que este servicio funcione de una forma adecuada es muy importante que cuente con un equipo multidisciplinar que nos encontramos en los centros de salud, como es el personal médico, los celadores, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, el personal de enfermería, el personal administrativo, entre otros, que haciendo su trabajo de una manera coordinada y que realicen sus funciones de curación, prevención, y promoción de la salud, de las familias, comunidad y de los individuos, de manera complementaria y paralela junto con todos los profesionales de atención especializada u hospitalaria.

Este servicio no se trata de un lugar donde llevar a cabo las prácticas que se relaciona con la salud de los pacientes, sino también una de las formas de poder organizar recursos, concebir la salud, relacionarse con el entorno, y realizar prácticas sanitarias.

La atención primaria la deberíamos considerar como el factor determinante en el sistema sanitario, ya que tiene un papel fundamental en los indicadores del nivel de salud de nuestra comunidad, por eso es muy importante sobre todo en la curación, prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán dar a conocer las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de Atención Primaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Las principales funciones y tareas que desempeña un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), dentro del servicio de Atención Primaria, son las siguientes:

- Hacer el recuento de las existencias
- Colaboración en cuanto a la promoción de la salud.
- Llevar el proceso del abastecimiento del material fungible, de los medicamentos y de todo el material que sea necesario en el servicio de atención primaria.
- Llevaran el control de los medicamentos en cuanto a las caducidades y del material fungible para así poder evitar la administración de medicamentos en mal estado y que estén pasados de fecha.
- Colocación del material que se reciba
- Serán los encargados del mantenimiento de los carros del material, este tiene que permanecer limpio y se revisara de que este todo el material necesario.

- Ayudaran al personal de enfermería en el proceso de análisis clínicos, en los cuales se les debe dar la información de los pacientes, entregar el material que se vaya a utilizar, recogidas de las muestras donde serán los encargados de preparar los tubos y etiquetados, preparación de las analíticas programadas en los domicilios, el registro, la nevera de transporte de las analíticas realizadas etc.
- Prestaran ayuda en los diferentes procesos de curas, suturas, vendajes, apoyo en visitas al domicilio, suministrarán todo el material que se necesite en las curas.
- Repondrán los medicamentos y el material fungible para que siempre esté listo, por si es necesario utilizarlo de manera urgente.
- Realización de los pedidos periódicos y también urgentes.
- Llevaran el mantenimiento de aparatología como aerosoles, botellas de oxígeno etc.
- Revisar los medicamentos, el material fungible y de los instrumentales necesarios en el servicio de atención primaria.
- Harán los pedidos del material especial.
- Recepción, control de la temperatura
- Repondrán todo material fungible en las consultas.

5 Discusión-Conclusión

La figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro de la atención primaria, es de vital importancia, que desempeñando sus funciones y tareas, complementan las funciones del resto del personal sanitario, ya que ayuda a que se logren los objetivos que tiene previstos para el servicio de Atención Primaria, entre los que se encuentran la promoción, la prevención y la curación.

Las funciones del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería son muy importantes dentro del servicio de Atención Primaria, ya que deben tener claros los protocolos y procedimientos, en cuanto a la medicación y al material fungible para evitar las caducidades, para el buen funcionamiento de este.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- Pubmed

Capítulo 26

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON PATOLOGÍA MENTAL

ASCENSION DEL OLMO MARIN

GEMA ORTEGA SÁNCHEZ

LAURA GARCIA NICOLAS

FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO

ANA EVA ORTIZ MARTINEZ

1 Introducción

El DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), la última clasificación de los trastornos mentales publicada hasta la fecha distingue un grupo de trastornos denominado “Trastornos perturbadores, del control de impulsos y de conducta”. La patología mental abarca mucho campo desde una simple ansiedad hasta un trastorno afectivo, bipolar e incluso una esquizofrenia. Es un ámbito de la sanidad que esta estudiada pero a la vez sorprende ya que dependiendo de la medicación y el paciente puede hacer un efecto u otro y estar estable o desestabilizarse en general en los pacientes.

Aunque también se puede llegar a comentar que muchas de las conductas disruptivas, al igual que otro tipo de conductas problemáticas, en principio, no tiene

por qué estar ligadas a ningún tipo de trastorno, tal y como se ha dicho arriba, pero, repercuten de forma negativa en el ambiente donde ocurren, que también va a formar parte de la tarea o actuación a realizar por el personal sanitario, profesores etc.

El control de impulsos suele debutar en el niño o en el adolescente por ello la etapa escolar es algo que hay que observar y comentar en caso de que algo no sea normal en algún alumno.

Podemos hablar de cleptomanía, impulsividad etc.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer las actuaciones o intervenciones debe realizar el auxiliar de enfermería ante un paciente con un problema en el control de impulsos de patología mental.

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

Las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en pacientes con problemas mentales:

- Existen pacientes que no van a poder controlar este impulso de actuación aquí ya es el auxiliar de enfermería el que deberá derivar a un facultativo y control con los fármacos antes de que realice cualquier agresión o alguna falta a otros pacientes, compañeros etc.
- El auxiliar de enfermería debe identificar que tipo de paciente se va a atender, si ha sido ya recurrente esta actitud o es un debut. También debe conocer el historial del paciente a tratar. Con quien vive si tiene aporte social o familiar etc.
- En este tipo de paciente el auxiliar de enfermería formara grupos de relajación y respiración para control de esta emoción, y suprimiendo en cierta forma de otras emociones no adecuadas.

- El auxiliar de enfermería una vez en la sala se intentará hablar con el paciente, en ocasiones estará cerrado con lo cual no contestará a nada, no insistir dejarle tiempo y espacio.
- En el caso que se hay dado cuenta de lo que ha pasado el auxiliar de enfermería le ayudara y empatizara con él para comprobar que es lo que ha detectado ante la falta de control de impulsos.
- El auxiliar de enfermería ayudara en esta técnica de relajación proporcionando música, ayudando al paciente a tumbarse y que preste atención a la relajación que va a ayudarlo y si es constante controlara esa impulsividad.
- El auxiliar de enfermería ante la falta de control de impulsos debe apartar a este paciente sin obligarlo ni zarandearlo simplemente invitándolo a ir a otra sala. El lugar debe ser luz tenue, tranquilo en el que incite a la relajación de este paciente.

5 Discusión-Conclusión

En el tema del auxiliar de enfermería es de vital importancia para detectar precozmente como se ha comentado una falta de control de impulsos y déficit de conocimientos por parte del niño, adolescente o paciente. Suelen ser pacientes con patología mental como se ha podido observar o sin diagnosticar.

El auxiliar de enfermería favorecerá completamente al paciente un intento de control de este impulso para evitar como se ha podido observar en nuestros resultados una agresión etc.

Este tema debería ser conocido en el colegio, instituto por los profesores o educadores para poder derivar a cualquier alumno que comprueben que tenga una falta de control de impulsos.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

Pubmed

Capítulo 27

EL PAPEL DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO

ULPIANA PINAR PINAR

MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA

MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO

ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad de Vigilancia Intensiva conocida como UCI, UVI o UCE es aquella unidad que está destinada a pacientes que requieren de una especial atención, ya que existe o puede existir un riesgo en alguna de sus funciones vitales poniendo en riesgo su vida de manera rápida. En España, la primera unidad de cuidados intensivos fue creada por un internista Jiménez Díaz en la Clínica de la Concepción de Madrid. Este fue probablemente el motivo de que desde el principio tuviera una vinculación con la Medicina Interna, aunque pronto la mayoría de sus médicos dedicaron su actividad por la medicina intensiva.

En esta unidad se trabaja bajo mucha presión y donde los profesionales que trabajan allí tienen unos mayores índices de estrés que en otras zonas, dado que la situación en la que llegan muchos pacientes que se encuentran en condiciones de salud críticas, con el sistema inmunológico deprimido y con las amenazas de virus, bacterias y cualquier enfermedad que pueda desafiar su supervivencia, requiere una rápida y coordinada actuación de todo el personal.

Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en esta unidad donde los pacientes se encuentran en condiciones de salud muy críticas además de actuar en condiciones de emergencia deben de transmitir con celeridad y serenidad las señales de alarma y aplicar los medios de seguridad establecidos.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer el papel del Técnico en Cuidados de Enfermería dentro de la unidad de Cuidados Intensivos, así como sus principales funciones para ofrecer una buena asistencia al paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en diferentes páginas de internet, Pubmed, Scielo y Google académico.

4 Resultados

Las técnicas básicas o elementales que debe ofrecer una UCI, UVI o UCE son:

- Reanimación cardio pulmonar básica y avanzada.
- Monitorización cardiaca y hemodinámica.
- Monitorización de función respiratoria.
- Tratamiento fibrinolítico.
- Traqueostomía.
- Endoscopia digestiva alta.
- Cardioversión sincronizada y no sincronizada.
- Broncoscopia terapéutica.
- Drenaje pleural, pericárdico y peritoneal.
- Colocación de marcapasos transitorio.

- Ecografía diagnóstica e intervencionista.
- Punción y canalización arterial y venosa.
- Hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- Manejo de vía aérea artificial.
- Ventilación mecánica prolongada.
- Transporte intrahospitalario y extrahospitalario.
- Nutrición enteral y parenteral.
- Asistencia al politraumatizado de alto riesgo.

Las principales funciones del auxiliar de enfermería en la uci son:

1-Debe de realizar las labores de higiene de los pacientes que hay ingresados, se debe hacer en sus camas, cambio de ropa, cambios posturales o asistencia en sus necesidades fisiológicas.

2-Asistir al personal de enfermería y al médico en todos los procedimientos y técnicas que realicen como pueden ser las canalizaciones arteriales, catéter central de inserción periférica, medición PICCO o sondar a un paciente.

3-Verificar la asepsia de los materiales y el instrumental utilizado en la atención médica de los pacientes de uci. Todos estos instrumentales deben estar lavados y desinfectados atendiendo los protocolos establecidos por el hospital.

4-Atender a los familiares del paciente, conducirlos por las instalaciones del hospital e indicar las normas de visita y estancia en el centro médico.

5-Garantizar las existencias mínimas necesarias, de medicamentos, de instrumentos y de materiales, para la atención de cada paciente.

6-Suministrar alimento a los pacientes que puedan ingerir por vía oral.

7-Asear a los pacientes e hidratar la piel que es tan importante como los cambios posturales para prevenir las úlceras por presión.

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en esta unidad es muy importante ya que además de realizar las funciones básicas del paciente debe de familiarizarse y conocer todo lo que se hace.

5 Discusión-Conclusión

Este trabajo exige una madurez personal, profesionalidad, respeto y soporte mutuo, dentro del equipo multidisciplinar que forman los profesionales de uci. La atención a la persona crítica requiere una “atención intensiva que va mucho más allá de una tecnología intensiva, ya que es preciso evitar el aislamiento, el miedo y la incomunicación”, por tanto es una atención intensiva con objetivos de confort.

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en esta unidad es muy importante ya que además de realizar las funciones básicas del paciente debe de familiarizarse y conocer todo lo que se hace y se utiliza en la unidad ya que las Unidades de cuidados Intensivos son muy complejas, en cuanto a material, aparatos utilizados, técnicas empleadas, estado de los pacientes y la parte humana de los profesionales.

6 Bibliografía

Cortés Romero, C. Protocolos de Auxiliares de Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Infanta Cristina: 2013. Badajoz. Disponible en: https://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/atencion_hospitalaria/pnt_aux_enf_uci_v3.pdf www.scielo.org

Capítulo 28

EL AUXILIAR DE ENFERMERIA Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE ATENCION PRIMARIA

JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO

ULPIANA PINAR PINAR

MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA

MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO

ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA

1 Introducción

Este servicio no se trata de un lugar donde llevar a cabo las practicas que se relaciona con la salud de los pacientes,, sino también una de las formas de poder organizar recursos, concebir la salud, relacionarse con el entorno, y realizar prácticas sanitarias.

La atención primaria es uno de los servicios que se encuentra en el primer nivel del sistema de salud, el cual está caracterizado por prestar una atención integral a la salud. Para que este servicio funcione de una forma adecuada es muy importante que cuente con un equipo multidisciplinar que nos encontramos en los centros de salud, como es el personal médico, los celadores, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, el personal de enfermería, el personal administrativo, entre otros, que haciendo su trabajo de una manera coordinada y que

realicen sus funciones de curación, prevención, y promoción de la salud, de las familias, comunidad y de los individuos, de manera complementaria y paralela junto con todos los profesionales de atención especializada u hospitalaria.

La atención primaria la deberíamos considerar como el factor determinante en el sistema sanitario, ya que tiene un papel fundamental en los indicadores del nivel de salud de nuestra comunidad, por eso es muy importante sobre todo en la curación, prevención de la enfermedad y promoción de la salud¹

2 Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo serán dar a conocer las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de Atención Primaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Las principales funciones y tareas que desempeñara un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, dentro del servicio de Atención Primaria, son las siguientes:

- Hacer el recuento de las existencias
- Colaboración en cuanto a la promoción de la salud.
- Llevar el proceso del abastecimiento del material fungible, de los medicamentos y de todo el material que sea necesario en el servicio de atención primaria.
- Llevaran el control de los medicamentos en cuanto a las caducidades y del material fungible para así poder evitar la administración de medicamentos en mal estado y que estén pasados de fecha.
- Colocación del material que se reciba
- Serán los encargados del mantenimiento de los carros del material, este tiene que permanecer limpio y se revisara de que este todo el material necesario.
- Ayudaran al personal de enfermería en el proceso de análisis clínicos, en los cuales se les debe dar la información de los pacientes, entregar el material que se vaya a utilizar, recogidas de las muestras donde serán los encargados de preparar

los tubos y etiquetados, preparación de las analíticas programadas en los domicilios, el registro, la nevera de transporte de las analíticas realizadas etc.

- Prestarán ayuda en los diferentes procesos de curas, suturas, vendajes, apoyo en visitas al domicilio, suministrarán todo el material que se necesite en las curas.
- Repondrán los medicamentos y el material fungible para que siempre esté listo, por si es necesario utilizarlo de manera urgente.
- Realización de los pedidos periódicos y también urgentes.
- Llevarán el mantenimiento de aparatología como aerosoles, botellas de oxígeno etc.
- Revisar los medicamentos, el material fungible y de los instrumentales necesarios en el servicio de atención primaria²
- Harán los pedidos del material especial.
- Recepción, control de la temperatura
- Repondrán todo material fungible en las consultas.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería son muy importantes dentro del servicio de Atención Primaria, ya que deben tener claros los protocolos y procedimientos, en cuanto a la medicación y al material fungible para evitar las caducidades, para el buen funcionamiento de este¹

La figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro de la atención primaria, es de vital importancia, que desempeñando sus funciones y tareas, complementan las funciones del resto del personal sanitario, ya que ayuda a que se logren los objetivos que tiene previstos para el servicio de Atención Primaria, entre los que se encuentran la promoción, la prevención y la curación.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 29

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO

ULPIANA PINAR PINAR

MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA

MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO

ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA

1 Introducción

Definimos a las infecciones nosocomiales como un tipo de infecciones que son adquiridas durante la estancia en el hospital de los pacientes, este tipo de infecciones no presentan un periodo de incubación antes del ingreso hospitalario de un paciente. Estas infecciones suelen desarrollar a más de 48 horas después del ingreso, por eso se consideran infecciones nosocomiales.

Las Infecciones Nosocomiales suponen un problema muy importante para la salud pública en los países desarrollados, siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad que ocasiona costes económicos elevados, de ahí que sea fundamental su prevención.

Cualquier paciente es candidato a padecer una infección nosocomial cuando es ingresado, pero además existen otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que un paciente padezca una infección en un ingreso hospitalario.

Cualquier paciente está expuesto a padecer una infección nosocomial cuando está ingresado, pero además existen otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que un paciente padezca una infección en un ingreso hospitalario. Muchas de estas infecciones son causadas por la colocación de sondas, catéteres, endoscopias, biopsias, cirugías, etc...Las cuales puedan hacer más accesible la entrada de bacterias en el cuerpo.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe vigilar estrechamente el cambio de guantes al ir de un paciente a otro y la realización de un lavado higiénico de manos, de esta manera se evita que se produzcan la proliferación de las bacterias dentro de la unidad. De esta manera se evita que se peguen a los pacientes, familiares, cuidadores y a los compañeros.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es dar a conocer al personal Técnico en cuidados auxiliares de enfermería la importancia de la prevención de las infecciones nosocomiales, destacando el papel del lavado de manos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se llevado a cabo una búsqueda y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos y artículos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave “infecciones nosocomiales”.

4 Resultados

Las enfermedades nosocomiales son aquellas afecciones que no están presentes ni en un periodo de incubación previo al ingreso hospitalario o la recepción de servicios médicos, estas son adquiridas durante la estancia o la exposición en un hospital o centro sanitario. Este tipo de infecciones no solo afecta a los pacientes, sino que también a las visitas y al personal sanitario. Entre las medidas de prevención de las distintas infecciones nosocomiales, por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, se encuentran: o Infecciones de la herida quirúrgica:

- A la hora de tratar una herida debe ser con guantes y con las manos bien lavadas.
- Controlar que el material estéril se encuentre en condiciones.
- Desinfectar el ambiente quirúrgico.

- Rasurar del campo operatorio (depilar con crema depilatoria).
- El material de curado de heridas debe ser desinfectado correctamente.
- Control de las condiciones ambientales de quirófano.
- Aplicar antisépticos en la zona del campo operatorio, protegiéndola posteriormente de paños estériles antes de llegar al quirófano o Infecciones urinarias:
- Evitar las desconexiones entre la sonda y la bolsa para mantener el circuito cerrado.
- Buena preparación higiénica del paciente prequirúrgico.
- Mantener una buena higiene de la zona.
- Fijación de la bolsa de diuresis a la pierna si fuera necesario para evitar los desplazamientos de uretra.
- Extremar todas las medidas de asepsia a la hora de un sondaje.
- Emplear el sistema de vaciamiento de la bolsa de diuresis que se encuentra en la parte inferior a la hora de vaciar la bolsa.
- Lavado de las manos antes y después de manipular una sonda vesical.
- Antes de sondar, debemos llevar a cabo una correcta desinfección de la zona perineal. o Infecciones respiratorias:
- Lavado correcto antes y después de atender a un paciente intubado o traqueotomizado.
- Aplicación de unas correctas técnicas de aislamiento respiratorio cuando sea necesario.
- Mantener las correctas condiciones de higiene de los circuitos respiratorios.
- Sustitución frecuentemente los humidificadores.

5 Discusión-Conclusión

Todo el personal hospitalario es fundamental en el control de aparición de infecciones nosocomiales, la correcta higiene de manos, limpieza y esterilización de instrumental, el correcto aseo y mantenimiento de material del paciente, son algunas de las tareas que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe realizar y que influirá en el desarrollo de estas enfermedades y en su transmisión. Siempre debemos de lavarnos las manos, y llevar una higiene adecuada cuando estemos trabajando con los pacientes, existen muchos tipos de infección las cuales son transmitidas por un mal lavado de manos. El gesto de lavarse las manos es una garantía de prevención de la infección.

6 Bibliografía

<https://gacetamedica.com/>
www.scielo.org

Capítulo 30

LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA

BEATRIZ COLLADO RUIZ

VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO

CELIA CALERO MATAS

1 Introducción

Todo trabajo psicopatológico supone el estudio de un sujeto. En el caso de la práctica de la visión de la infancia está dominada de estereotipos sin ningún conocimiento profundo.

Existen dos tipos de instrumentos que se utilizan en la práctica clínica que son el lenguaje y la subjetividad que en muchos casos en la clínica infantil se presentan. El sector infantil es un paciente muy vulnerable y aun en estudio y por descubrir en la salud mental.

En el presente capítulo se trata de buscar los beneficios y los inconvenientes de la prevención y la promoción de la salud mental infanto-juvenil.

Los problemas de la salud mental infanto-juvenil se han visto acrecentados en las últimas décadas y a través de numerosos estudios y observaciones se ha llegado

a la conclusión que un entorno social problemático o empobrecido favorece el surgimiento de estas enfermedades en los menores.

La intervención con los progenitores o tutores es el pilar para poder generar políticas preventivas sobre los menores que lleguen a ser eficaces. Aunque las intervenciones a nivel social son más efectivas que las que se realizan a nivel sanitario con los padres. Si se cubren las necesidades sociales de las familias con menores en riesgo se ha observado que las consecuencias de problemas mentales son menores.

Las intervenciones que se realizan a nivel sanitario deben dar herramientas para que los menores sean capaces de enfrentar los problemas sociales a los que se enfrentan diariamente de tal forma que se protege su salud mental.

2 Objetivos

- Dar pautas de prevención de la salud mental en menores.
- Poner de manifiesto la importancia de generar políticas sociales de apoyo a los menores y sus familias que prevengan las patologías mentales.

3 Metodología

Para la elaboración y desarrollo del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en cualquier tipo de soporte ya sea papel o digital.

Se ha realizado una búsqueda sistemática y profunda de libros 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 de estudios cualitativos y cuantitativos.

Palabras clave: salud mental, infancia, problemas mentales, menores y psiquiatría infanto-juvenil.

4 Resultados

Desde el año 1999, la Unión Europea busca incrementar la conciencia e importancia de la Salud Mental en los menores para lograr un bienestar en ellos y su entorno social. Por ello, desde los Estados Miembros se deben promover políticas para conseguir este objetivo.

La Salud Mental en los menores es más que padecer un trastorno mental. Es un recurso de la vida diaria que hace que con el tiempo seamos de una manera o de otra. Desde aquí se parte para ser consciente que se debe cuidar la salud mental de los menores porque ello conlleva a que se conviertan en un tipo de personas u otras.

Las vivencias de los primeros años van a marcar un punto crucial sobre su salud que se verá en su adultez. El desarrollo individual y social mostrar las estrategias que tuvieron esos menores ya adultos.

De esto se deduce que se deben implementar políticas que protejan la salud mental de los menores. Entre ellas se encuentran:

Dotar a los tutores de la capacidad de ser acogedores, responsables y sensibles para que se generen relaciones adecuadas.

Prestar mayor atención a los niños vulnerables (prematuros, discapacitados, los abusados, los refugiados, los que tienen un entorno social problemático...)

Generar entornos de seguridad y amistad entre ellos.

Desarrollar centros que se centren en prevenir y promover una Salud Mental adecuada en la infancia como el proyecto de la Casa Verde de la Fundación Manantial en Madrid en el barrio de Vallecas que protege la salud de los menores de madres con enfermedad mental.

Dentro de la red de salud mental se reconoce el deseo de dotarse de fondos especiales para poder implementar y mantener iniciativas eficaces y efectivas para las familias y los menores con problemas de Salud Mental.

Los menores dentro de la salud mental continúan siendo un mundo a descubrir, pero se debe proporcionar al menor un ambiente donde pueda expresar el sufrimiento psíquico que padece.

La presencia de problemas psicopatológico en los menores es un factor para que los menores puedan llegar a desarrollar problemas mentales durante el crecimiento.

Los menores que se han estudiado con problemas mentales muestran una serie de características comunes, entre las que destacan:

Agresividad

Dificultad de aprendizaje.

Baja tolerancia a la frustración.

Problemas de control de impulsos.

Desinterés escolar.

En general, es necesario repensar las políticas de salud mental centrándonos en el aumento de la agresividad, la depresión y las dificultades escolares en los menores.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de las últimas décadas se ha observado un aumento progresivo de los problemas de la infancia a nivel psicológico. Esto ha llevado a una preocupación y estudio de los trastornos infantiles por parte de los profesionales sanitarios para apoyar y ayudar a este grupo poblacional.

Estos los estudios revisados se afirma la importancia de la detección precoz de los problemas mentales de los menores desde la atención temprana.

Al ser detectados en atención temprana se permite la derivación a las unidades especiales de salud mental infantiles. Esto conlleva una elevada coordinación de todas las estructuras que intervienen en el tratamiento del menor.

El seguimiento de estos casos es a su vez muy continuado por todo el equipo multidisciplinar, ya que es muy complicado dar diagnósticos en la infancia y adolescencia por el continuo cambio de los menores. Es una dificultad añadida en los menores de 5 años, puesto que no se encuentran síntomas a edades tan tempranas.

Se debe conocer la evolución de las patologías a estas edades para poder realizar una intervención de menor adecuadamente. Por ello cada día más profesionales se dedican al estudio de esta parte de la salud mental.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352000000400010.
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000200008.
3. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72723439006.pdf>.

Capítulo 31

LA SALUD MENTAL Y SUS UNIDADES: UNA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA

BEATRIZ COLLADO RUIZ

VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO

CELIA CALERO MATAS

1 Introducción

En la asistencia de la psiquiatría hay tres grandes momentos que se deben conocer:

En la época de la Ilustración, la liberación de Francia del opresor

El positivismo ilustrado que dio lugar a la psiquiatría organicista y la concepción de hospital psiquiátrico.

La época de las guerras mundiales que dio lugar a una psiquiatría de comunidad terapéutica.

La especialidad de la psiquiatría a lo largo de la historia ha tenido muchas escuelas y corrientes y muchas de ellas contraponiéndose entre sí en la búsqueda de una cura para los pacientes que padecen la enfermedad.

Durante los años 70, en España comienza las corrientes que hablan de la desinstitutionalización de la psiquiatría, pero no será hasta los 80 que no se comienza con la llamada psiquiatría comunitaria tal y como regula la Ley General de la Sanidad de 25 de abril de 1986.

Dentro del Sistema Nacional de Salud, se genera una red de salud mental que busca una atención integral a las personas que padecen enfermedad mental, en base a los siguientes objetivos:

Prevención y promoción de la salud

Diagnóstico y tratamiento.

Rehabilitación e inserción social.

La reforma psiquiátrica surge en España a partir de los 80, pero se hace realidad en los 90 del siglo pasado. Poco a poco van surgiendo en los hospitales unidades de Salud Mental en base a criterios de integración, racionalización y modernización del sistema de salud.

Dentro de cada servicio de salud de las 17 comunidades autónomas se va a generar una red de Salud Mental dependiente del propio servicio de salud como es el caso del SESCAM, SAS, SERMAS. En concreto en Madrid se ha generado una red de salud mental que avanza con unos criterios de rehabilitación psicosocial más fuertes y definidos que el resto de España, siendo referente para otras muchas comunidades.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que se quieren mostrar con este capítulo se centra en uno general:

- Explicar los servicios de salud mental.

Desde esta idea, se van desglosando objetivos específicos:

- Explicar brevemente la historia de la salud mental.

- Mostrar el funcionamiento de las unidades de salud mental.

3 Metodología

Para la elaboración y descripción del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda metódica de libros y también se han examinado artículos en las principales bases de datos como Scielo, recopilando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas recientemente.

Se excluyeron artículos publicados antes del año 1990. En dicha revisión, se incluyeron artículos que contenían en el título al menos dos de las palabras clave.

Palabras claves: Salud Mental, reforma, psiquiatría, unidades de salud mental y terapia comunitaria.

4 Resultados

Las unidades de salud mental de los hospitales son unos dispositivos especializados en la atención de las necesidades de las personas que padecen enfermedad mental. Suelen ubicarse en los hospitales generales.

Estos servicios desarrollan programas de rehabilitación centrados en controlar las situaciones de crisis que impiden que la persona con enfermedad mental pueda permanecer más tiempo en la sociedad y por ello se le aísla.

Este sistema impone medidas restrictivas ya que se encuentra en fase aguda de la enfermedad que se ha cronificado lo mismo que les ocurre a los pacientes que padecen enfermedades somáticas. Se llaman crisis.

El equipo asistencial está formado por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores. Suele tener un número de camas limitadas alrededor de 30.

Las unidades de hospitalización tienen las siguientes funciones:

Atender la hospitalización derivada de las zonas básicas de salud.

Responder a la interconsulta que deriva de otros servicios de hospitalización.

Generar y crear programas en la comunidad para prevenir la salud mental.

Formar a los profesionales en la salud mental

Investigar en Salud Mental.

Se habla de unidades de corta estancia cuando su estancia es inferior a 30 días, se trata de pacientes que no pueden ser atendidos por primaria y su ingreso le va a aportar mayores beneficios.

Existe una coordinación entre los recursos de salud mental sociales y los sanitarios para favorecer la rehabilitación y reinserción en la sociedad lo más rápidamente y de forma eficaz que dé frutos para la persona que ve sesgada su vida con cada ingreso.

Los equipos de salud mental son multidisciplinarios ya que no solamente recoge a personas del ámbito sanitario, sino que se integran profesionales del ámbito de lo social como educadores sociales, terapeutas ocupacionales, integradores sociales etc. Es un equipo que apoya al paciente en su rehabilitación.

La unidad de salud mental tiene los mismos registros, pedidos, y tratamiento que cualquier otra unidad de hospitalización.

El perfil del profesional que trabaja en estas unidades debe haberse formado en habilidades de comunicación y observación ya que estas habilidades son básicas

en estos servicios y previenen situaciones muy desagradables. Se pueden destacar las siguientes capacidades:

Personal formado en las patologías mentales.

Personal con estabilidad emocional.

Capacidad de observación.

Capacidad de trabajado en equipo.

A grandes rasgos estas son las unidades de hospitalización de la Salud Mental que funcionan en todo el territorio nacional.

5 Discusión-Conclusión

En el año 2009, tuvo lugar una campaña mundial para concienciar del Día de la Salud Mental que es el 10 de octubre. En esta campaña se buscaba dar mayor importancia a la atención sanitaria de la salud mental.

Desde esta idea todos los profesionales y las estructuras que atienden a estas personas deben mantener niveles de especialización para lograr un menor cuidado del paciente que abarque todas las esferas.

Las asociaciones de familias, los tutores legales y profesionales deben buscar la mejora de los servicios de las redes de Salud Mental que existen en nuestro país y en cada una de las autonomías.

La idea final es la atención integral, centrada en las necesidades de cada paciente desde los principios bioéticos y primando el paciente como ente que toma sus propias decisiones aun siendo enfermo mental tienen la capacidad de decidir y tomar las riendas de su vida.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 32

EL SECRETO PROFESIONAL PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA

BEATRIZ COLLADO RUIZ

VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO

CELIA CALERO MATAS

1 Introducción

El secreto profesional es una cuestión que se encuentra muy presente entre todo el personal sanitario y no sanitario, ya que se tiene conocimiento de datos que afectan al paciente y a su entorno cercano.

Cuando se trata de definir el secreto profesional surge una gran polémica que lleva consigo el tener que definir este concepto como la obligación de no revelar lo que se conoce como objeto de la práctica profesional.

Los conceptos de intimidad, confidencialidad, secreto, privacidad son vocablos que se encuentran relacionados con lo que este capítulo pretende tratar el concepto y todo lo que ello conlleva sobre el secreto profesional. Estas palabras en muchas ocasiones e incluso en la legislación se puede ver que se utilizan como sinónimos.

Con los avances de la tecnología, determinadas informaciones sobre el entorno social, familiar, nuestra sexualidad e incluso las creencias están en manos de los profesionales sanitarios llegando a ver cómo se traspasan los límites de nuestra intimidad. Estas realidades tan íntimas por medio de la tecnificación pueden llegar a hacerse públicas quebrantándose la intimidad y la confidencialidad que se ha creado como vínculo terapéutico.

El concepto de confidencialidad hace referencia al acceso a la información más privada de la persona con la que trata el personal sanitario. Al llegar a este punto, la privacidad hace su entrada de tal manera que lo personal y lo privado forman parte de esa relación confidencial que se ha creado y que forma parte de lo que se llama secreto profesional.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos a tratar en este capítulo como principal:

- Delimitar el secreto profesional en el ámbito sanitario.

Como secundarios:

- Mostrar la importancia del secreto.
- Conocer el deber profesional con respecto al paciente.
- Identificar la capacidad de acceso al conocimiento de la historia del paciente.

3 Metodología

El desarrollo del presente capítulo consiste en una revisión bibliográfica con la intención de sintetizar resultados y conclusiones de varias publicaciones del tema que se presenta. Este trabajo se ha llevado a cabo realizando una búsqueda bibliográfica consultando diferentes fuentes impresas y de soporte digital, en las bases de datos de: Dialnet, PubMed, Elsevier; biblioteca electrónica de Scielo y Google académico entre otros. Se han consultado también páginas estatales del país.

Se ha buscado como referencia las siguientes palabras: secreto profesional ámbito hospitalario, intimidad, confidencialidad, personal sanitario y no sanitario.

4 Resultados

En el ámbito laboral diario, existen situaciones que obligan al sigilo profesional porque se violan los derechos de la intimidad del paciente que se consideran un valor y derecho fundamental en base al artículo 18 de la Constitución Española.

Esto conlleva que no se puede revelar información del paciente/usuario a una tercera persona, aunque en algunos casos sea una familiar por las posibles repercusiones que eso conlleva.

La intimidad es un derecho del usuario del sistema sanitario y un deber del profesional ya sea sanitario o no sanitario pero que mantiene relación con el paciente. Se trata de llegar a generar un cuidado de humanizado de la calidad del paciente y del propio sistema.

El hecho de no cubrir al paciente durante su aseo es una violación de su intimidad que provoca una serie de sentimientos y vivencias negativos que se unen al proceso de ruptura con su vida al estar ingresado en un centro hospitalario. En la gran mayoría de los casos los pacientes no expresan esa falta de intimidad, pero el personal que le atiende debería estar formado para tener la aptitud de captar esa falta de intimidad y ese malestar en el paciente.

Se puede llegar a producir una violación de la autonomía del paciente otro de los grandes pilares de la bioética junto con el de beneficencia ya que en este caso estos dos pilares no se están cumpliendo.

Los profesionales que trabajan en la sanidad formando parte del sistema sanitario deben conocer y formarse en la legislación que regula la confidencialidad y el deber de secreto profesional, así como las consecuencias civiles y penales por revelar los datos personales de los usuarios que utilizan el sistema.

Otro hecho a tener en cuenta es generar cursos dentro de las propias plataformas de los diferentes sistemas sanitarios de las Comunidades Autónomas para que los profesionales del sistema adquieran los conocimientos y las habilidades para poder cumplir con el deber del secreto.

Se debe saber que se puede quebrantar el secreto profesional ante un peligro para la salud pública, ante una mala praxis y ante un juez. Se debe facilitar la información a aquellas personas a las que el paciente ha autorizado expresamente y estén acreditadas para ello.

Se debe procurar realizar los cambios de turno en voz baja y en un espacio cerrado y privado. Se debe ser consciente de un respeto absoluto a la intimidad del paciente/usuario del sistema facilitando no solo los medios personales sino también los físicos para que esto se lleve a cabo.

5 Discusión-Conclusión

El secreto profesional es un deber que va unido al desarrollo laboral de todo profesional del sistema sanitario en relación con los derechos del paciente. Se debe pensar en el código deontológico y en la buena práctica profesional.

Existe un marco legal que protege al paciente/usuario cuando existe un incumplimiento y se castiga ya sea por la vía civil, administrativa como por la vía penal dependiendo del grado de atentado contra la intimidad.

Los trabajadores del sistema sanitario en muchas ocasiones ya sea por falta de información o de formación no actúan de la forma más correcta y adecuada para poder hacer frente a este dilema ético.

Es básico generar conciencia sobre la importancia del secreto profesional a la hora de realizar cualquier actividad con el paciente para evitar un delito o una falta por leve que sea considerada.

Existen múltiples conflictos éticos con la confidencialidad, pero se debe asumir que es un deber del que se carece formación ética - legal. De hecho, son pocas las denuncias de los pacientes frente a las veces que no se llega a respetar este secreto por ello se está a tiempo para formar a los profesionales y que si la constancia de los usuarios continúa puedan proclamar su derecho al secreto.

6 Bibliografía

1. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3005156>.
2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17851349>.
3. <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2549/192>.
4. Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. Med Clin (Barc) 2002.

Capítulo 33

MOBBING (ACOSO LABORAL)

MONTSERRAT GONZALEZ SANTIAGO

1 Introducción

Se denomina mobbing a cualquier incidente en el que se abusa, amenaza o agrede a un empleado/a en el transcurso normal de su ocupación laboral en la empresa, de forma sistemática durante un periodo de tiempo por parte de una persona o grupo hacia un compañero. También puede ocurrir que un superior abuse de su poder hacia sus subordinados.

Si se le pregunta a los sanitarios, la mitad de los profesionales aseguran haberlo sufrido, ya sea por parte de sus propios compañeros o incluso por parte de pacientes. cuando se incorpora un nuevo compañero al grupo de trabajo, se puede producir un mal ambiente laboral hacia el nuevo trabajador por motivos de celos, envidia o puramente competencia.

Según la OMS existen cinco factores a tener en cuenta para reconocer un caso de mobbing:

- 1- Que no sea un suceso o evento puntual.
- 2- que sea frecuente, se prolongue por 6 meses o mas y se presente como mínimo una vez a la semana.
- 3-Que exista una victima concreta, es decir, que no sea una situación de mal ambiente laboral.
- 4- que el acoso perpetrado no sea consecuencia de la conducta de la victima.
- 5- Que el acosador no demuestre un trastorno de personalidad previo a la conflictividad.

2 Objetivos

1º Determinar las causas que producen el acoso laboral sanitario. investigar que medidas son las mas adecuadas para la identificación del acoso laboral.

2º Estudiar el perfil del acosador y de sus victimas.

3º Reaccionar informando al centro sanitario (gerente, directivos, RRHH etc)

3 Metodología

Se ha revisado distintas bases de datos (dianer, plubined, scielo...) como también se ha obtenido información de revistas científicas, guías sanitarias y libros. De esta forma se ha obtenido, utilizando palabras claves que figuran en las distintas publicaciones relacionadas con el mobbing.

4 Resultados

Es muy complicado reconocer el acoso o mobbing, en primer lugar, porque el acosado no lo reconoce como tal, los que le rodean no quieren percibirlo y las empresas tienden a ocultarlo.

En esta situación se visualizan tres figuras:

1- Hostigador persona dominante, frustrada, que puede ser influyente que envidia al acosado y lo ve como una amenaza a su status. Su agresividad crece a medida que aumenta la debilidad de la victima, lo que le convierte en poderoso. Carece de empatía, es vengativo menosprecia el trabajo del acosado con el fin de ridiculizarlo. Acusa a la victima de todo lo malo que ocurre. En ocasiones el hostigador inicial busca a un grupo de personas que transmitan sus ideas.

2- Acosado persona tranquila, con éxito en su carrera, inteligente. Los trabajadores considerados mas vulnerables de sufrir mobbing son las mujeres, mayores de 55 años, jóvenes con poca experiencia laboral, jóvenes en prácticas o jóvenes muy cualificados. Todo este acoso les produce insomnio, taquicardias, ansiedad, depresión, disminución de la concentración, frustración, alteraciones gastrointestinales. Todo ello conlleva un alto nivel de absentismo, y hace mermar sus facultades, llegando a dudar de sus capacidades afectando gravemente a su salud mental.

3- Socio, persona que se encuentra en el entorno del hostigador, su conducta es de encubrimiento y pasividad por el miedo a las consecuencias (miedo a ser el próximo).

Todo ello hace que el ambiente laboral no sea el adecuado y repercute en los cuidados y atenciones a los pacientes que tienen a su cargo.

Hay que tener en cuenta que el sector sanitario está sometido a una gran carga de trabajo con rotaciones laborales y turnicidad, así como inestabilidad laboral, llegando incluso a renunciar a su puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Una vez identificado el problema es importante la participación de todas las partes. Es importante el entrenamiento de los trabajadores/as en habilidades sociales en base al desarrollo de presentaciones comunes, procesos de acogida y adaptación de los nuevos empleados/as, especificando la cultura empresarial, así como las normas implícitas y explícitas de la organización. Todos los trabajadores debemos concienciarnos de la necesidad de abordar, y enfrentarlo para evitar que sea un tema tabú.

Las personas debemos conocer nuestros derechos como individuos y como trabajadores y debemos aprender a defendernos y a contraatacar. Y así lograr un entorno laboral agradable, saludable y placentero.

6 Bibliografía

Artículo del doctor Romeu google mobbing laboral
Independently published

Capítulo 34

EL PACIENTE DIABÉTICO

BRENDA ASSIS SILVA

ANAY LÓPEZ PULIDO

1 Introducción

La diabetes es la enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre se encuentran elevados.

La insulina es una hormona que suministra energía a las células a través de la glucosa.

Podemos encontrar dos tipos de diabetes como son la tipo 1, en la cual el cuerpo no produce insulina. Y la tipo 2, la más común y conocida, en la que el cuerpo no produce o no usa la insulina de manera adecuada por lo que sin suficiente insulina la glucosa se mantiene en la sangre.

Aunque también podemos encontrar un distinto tipo de diabetes la cual es gestacional y se da cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina durante el período del embarazo.

En la diabetes tipo 2, la más común, se encuentra causada por varios factores, entre ellos, el estilo de vida y los genes, por lo que una persona tiene una mayor probabilidad de desarrollar y padecer la enfermedad si no se mantiene activo físicamente y tiene patologías como la obesidad o el sobrepeso. En ocasiones el exceso de peso causa la resistencia a la insulina. A su vez las causas genéticas también son comunes, ya que la patología tiene tendencia hereditaria.

Siendo mas probable que se presente en los siguientes grupos:

*Afroamericanos.

*Nativos de Alaska.

*Indígenas.

*Hispanos.

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCAE ante los pacientes diabéticos.

3 Metodología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo hay 422 millones de personas que padecen diabetes por lo que la detección y el diagnóstico temprano es primordial por lo que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberán de prestar especial atención a este tipo de pacientes tanto en hospitales, clínicas o residencias.

4 Resultados

Para comenzar con la tarea del Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería este deberá de saber identificar ciertos signos y síntomas como son:

- * El aumento del apetito.
- * El aumento de la sensación de sed.
- * Mayor número de micciones.
- * Fatiga.
- * Complicaciones en la vista.
- * Adormecimiento de las extremidades.
- * Dificultad para la cicatrización de heridas o úlceras.
- * Pérdida de peso de forma repentina y sin causa aparente.

Los síntomas de la diabetes de tipo 1 pueden aparecer de una forma más rápida pudiendo ser incluso en cuestión de semanas. Sin embargo, los síntomas de la diabetes de tipo 2 tiene un progreso más ralentizado, transcurriendo a lo largo de los años y haciendo así que en varias ocasiones no sean motivo de alarma, e incluso algunas personas que padecen de diabetes tipo 2 no desarrollan ningún tipo de síntoma, por lo que conocen dicho diagnóstico en el momento que esta causa problemas de salud relacionados como pueden ser la visión borrosa o patologías cardiacas.

Aunque es trabajo del personal de enfermería la toma de glicemia para así controlar los niveles de azúcar en sangre, será tarea del personal técnico proporcionar al

paciente conocimientos sobre su patología y dándole ciertas pautas como pueden ser:

- * Familiarizar al usuario con la auto monitorización de los índices de glucosa mediante un ligero pinchazo.
- * Fomentar una nueva dieta en la cual el consumo de calorías sea más reducido.
- * Impulsar al paciente a realizar actividades diarias en las que se vean afectados favorablemente sus factores de riesgo como son el peso.
- * Fomentar el equilibrio entre los puntos antes citados que son la alimentación, el ejercicio y también las pautas de medicación.

5 Discusión-Conclusión

El proceso de seguimiento de las acciones pautadas para un mejor nivel de vida para los que padecen de la enfermedad normalmente es complejo, ya que la relación con la dieta y la actividad física en un proceso lento en el cual se deberán de habituar a nuevos ritmos de vida, sobre todo en personas ya entradas en la senectud, por lo que el Técnico en cuidados de enfermería deberá siempre que pueda impulsar y apoyar dichas acciones haciendo así que poco a poco estas prácticas se incorporen a las acciones de su vida diaria y en caso de no poder realizarlas por sí mismo ayudarle en un monitoreo de su alimentación y realización de movilizaciones.

6 Bibliografía

- Cuidados Del TCAE En Pacientes Con Diabetes - <https://revistamedica.com/cuidados-tcae-pacientes-diabetes/#Metodologia>
- Intervenciones Y Funciones De Los TCAE Ante Un Paciente Con Múltiples Patología - <https://revistamedica.com/tcae-paciente-pluripatologico/#Metodos>
- Educación para la salud- <https://www.grupodiabetessamfyc.es/index.php/guia-clinica/guia-clinica/tratamiento/educacion-para-la-salud.html>

Capítulo 35

ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

JESSICA MARENTES GONZALEZ

1 Introducción

Cuando hablamos del envejecimiento debemos de tener en cuenta que la vejez es una etapa de la vida que ocurre después de la adultez y que es la propia sociedad quien establece en que momento se inicia.

Así por ejemplo en los países desarrollados los inicios de la vejez se marcan una vez rebasados los 65 años y en los países subdesarrollados la prevalencia es la edad de 60 años.

Dentro de la vejez se identifican tres etapas, el adulto mayor (60-74) o anciano joven, los ancianos (75-90) y los ancianos longevos (mayores de 90).

Dentro del envejecimiento encontraremos tres tipos del mismo:

Envejecimiento normal o fisiológico: El habitual medido por parámetros definidos como normales.

Envejecimiento patológico: hay cambios en los órganos y sistemas del organismo acelerados por la presencia de alteraciones patológicas o por influencia de factores ambientales.

Envejecimiento Activo: en este tipo de envejecimiento destaca la optimización de oportunidades de salud. Está relacionado con la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de las personas que envejecen.

Para medir el tipo de envejecimiento al que está sujeto una persona es muy importante tener en cuenta los distintos tipos de edad:

Edad cronológica: se refiere a los años transcurridos desde el nacimiento.

Edad fisiológica: Estado de envejecimiento de órganos y sistemas, así como del grado de funcionalidad.

Edad psíquica o mental: Estado psíquico de la persona de un grupo de edad determinado.

Edad social: Rol o papel social.

Edad subjetiva: según el envejecimiento que experimenta la persona.

2 Objetivos

Incidir en el concepto de vejez, analizando, que se entiende por vejez, sus distintas etapas y si pueden existir modificaciones en el estado de salud de las personas en edad de vejez.

Ligar el concepto de vejez a la calidad de vida, analizando que se entiende por calidad de vida en la vejez y desarrollando unos resultados que nos permitan unir los dos conceptos y garantizar la calidad de vida en las personas mayores.

3 Metodología

Se han estudiado sistemáticamente artículos y bases de datos que amplían y desarrollan la temática de la vejez, etapas en la vejez, calidad de vida, factores intrínsecos de la vejez, factores que influyen en la calidad de vida...

Usando palabras claves como: vejez, calidad de vida, etapas en la ancianidad, vejez y salud, existe salud en la vejez, etc.

La vejez es un concepto muy amplio, que nos permite hacer un amplio estudio de los factores modificables para incrementar la calidad de vida a la vejez.

4 Resultados

Entre las características del envejecimiento resaltaremos la importancia de:

- Ser universal e ineludible.
- Incidir en que es intrínseco (causado en origen endógeno).
- Actuar de manera progresiva.
- Poseer carácter deletéreo (se va perdiendo capacidad que conduce a fallo generalizado).
- Aceptar que es irreversible.
- Estar determinado y regulado (base genética y efecto regulador del ambiente).
- Envejecer es específico (cada especie envejece de una forma diferente).

Fomentar el envejecimiento activo mediante:

- Realizar actividades recreativas.
- Desarrollar actividades con carácter voluntario o remunerado.
- Participar en actividades culturales y sociales.
- Formar parte de actividades educativas.
- Incidir en la importancia de una vida diaria en familia y en la comunidad.

Protocolos o instrumentos que pueden influenciar para evaluar la calidad de vida:

- Contrastar datos biomédicos (nutrición, fármacos, antecedentes personales, etc.).
- Indagar sobre datos referidos a las actividades básicas de la vida diaria.
- Integrar al estudio datos sociales (capacidad social, relación con familiares, etc.).
- Obtener datos referidos a la escala de valores del propio individuo.

La calidad de vida en la vejez será el resultado de una serie de vivencias previas, experiencias, aprendizajes, estados de salud, accidentes y otras muchas circunstancias, que harán que el modo en que se afronte esta etapa sea muy variable.

Por lo tanto diremos que las dimensiones que alcanza la calidad de vida en la persona mayor están muy ligadas al bienestar físico (salud, bienestar físico global y atención sanitaria), a su inclusión social, en un ambiente residencial y contando con diversos apoyos, bienestar emocional (bienestar psicológico y satisfacción personal), a su desarrollo personal, a sus relaciones personales y a los derechos que posea dentro de su círculo de convivencia.

5 Discusión-Conclusión

Todos hemos oído hablar de la vejez a lo largo de nuestra vida, pero pocos son los que lo relacionan con la palabra calidad de vida, tendemos como sociedad a dar por hecho que cuando llegamos a la edad adulta poco o nada podemos hacer para combatir la enfermedad. Y en todo caso si hay algo que podamos hacer, hemos de solucionarlo llegado el momento.

Pero si analizamos el concepto de calidad de vida en la vejez, veremos que no solamente los cuidados recibidos o el entorno en el que envejecemos así como los recursos económicos de los que disponemos para ese fin pueden hacer que nuestra vejez sea llevada a cabo con la ansiada calidad de vida.

Si bien es cierto que todo esto ayuda a envejecer mejor, otros factores que inciden directamente hacen referencia a nuestra vida y lo que hayamos hecho durante la misma.

Puesto que envejecer es inevitable debemos pensar en que la calidad de vida en la vejez es posible y caminar hacia un futuro donde hayamos cambiado el modelo

asistencial al anciano, hacia una atención más global y centrada en la persona.

6 Bibliografía

- La Vejez: Qué es, características y cuáles son sus etapas (unavidamayor.com)
- ¿QUE ES CALIDAD DE VIDA? (uaeh.edu.mx)
- DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL EN LA TERCERA EDAD: Una Experiencia Gerontológica. (vejezyvida.com)
- Editorial Evangelina
- Editorial Mad

Capítulo 36

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN DE TDAH

ROBERTO SERRANO MARTÍN

JORGE SERRANO MARTÍN

MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN

1 Introducción

Este tipo de trastorno por déficit de atención con hiperactividad tiene conceptos distintos depende la clasificación que se haga y la coincidencia de los síntomas que tenga que poder variar de un individuo a otro, ante la imposibilidad de que exista determinados marcadores biológicos o neuropsicológicos, los distintos diagnósticos que se realizan en la actualidad no pueden alcanzar exactamente un fenotipo que determine una conducta que avance en la terapia y en la investigación de forma global, hay que individualizar en el tratamiento de este trastorno. Los síntomas que se generan son generalmente de tipo de expresión conductual y se pueden adquirir en una observación de forma sistematizada, esto puede hacer que el menor adquiera un déficit a nivel del funcionamiento de las cogniciones de acuerdo a su edad, no obstante, las distintas fuentes que han estudiado este trastorno no llegan a ponerse de acuerdo en su totalidad.

En lo que si se ha llegado a un consenso es en la tipología del trastorno catalogándolo en tres tipos:

El tipo I con hiperactividad, el tipo II sin hiperactividad y un tipo inespecífico en el que solo existe una hiperactividad sin tipo de déficit de atención, este último es el más difícil de diagnosticar.

2 Objetivos

Describir un caso clínico para exponer el diagnóstico de la enfermedad.

3 Caso clínico

Fede es un niño que tiene 9 años, es hijo único y sus padres no han considerado que tiene un problema, no es un niño con buenas notas, pero va sacando los cursos adelante, acude a un colegio privado, lo consideran despistado y desaliñado, los padres son mayores, estuvieron alrededor de 9 años tratando de tener familia y tuvieron que acudir en varias ocasiones a tratamiento de fertilidad ya rozando la cuarentena, es el primer hijo, sobrino y nieto de la familia y lo consideran un niño muy mimado y consentido.

En el colegio bajo consentimiento de sus padres le han realizado dos test con la orientadora porque han observado cierta inquietud en el aula, no se mantiene quieto en situaciones en las que ya por edad y circunstancias debería mantener la calma, en los tiempos de descanso esconde a los compañeros cosas y en situaciones de excursión la vigilancia es extrema.

El resultado de los test arroja un diagnóstico de hiperactividad, los padres lo llevan a una consulta con el psiquiatra de la seguridad social que evalúa al niño en varias entrevistas clínicas con los progenitores observando la figura de apego del niño y el comportamiento con ellos, el psiquiatra se traslada a la escuela en la que se observa el comportamiento del menor y dos tardes acude al parque y a un cumpleaños para in situ observar y anotar cuál es el comportamiento de conflicto que genera alrededor de los compañeros.

Se le ha puesto un tratamiento de metilfenidato de acuerdo a su talla y peso con la negativa en un principio del niño a tragar la pastilla, pastilla que disuelve su madre en el yogur por la mañana, siendo de liberación prolongada y obteniendo buenos resultados en la atención del niño sostenida y en la actitud de serenidad.

4 Discusión-Conclusión

Como profesionales de enfermería de la salud queremos hacer extensivo la recomendación de hacer una vigilancia extrema de esta patología por el sobrediagnóstico que existe en la sociedad ante esta psicopatología, debe de hacerse un diagnóstico exhaustivo y examinar en los tres contextos en los que el menor se desenvuelve para cerciorarse que al menos en dos de ellos se está deteriorando significativamente para poder intervenir. Un mal diagnóstico de esta enfermedad puede estigmatizar al niño y marcarle dentro de un rango de estereotipos difícil de sacarlo en la adolescencia lo que puede dificultar su desarrollo cognitivo y físico de forma normalizada.

5 Bibliografía

Valdizán, J. R., & Izaguerri-Gracia, A. C. (2019). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Rev Neurol*, 48(Supl 2), S95-9.

Capítulo 37

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LA VEJEZ

JESSICA MARENTES GONZALEZ

1 Introducción

En este estudio analizaré las patológicas y enfermedades mentales en la vejez. Para ello iniciaré mi exposición diciendo que la psicología es el estudio objetivo, mediante el método científico del comportamiento y sus estructuras y procesos. Para entender la patología en la edad adulta es imprescindible diferenciar los distintos procesos mentales:

- Procesos básicos: Sensación, percepción, atención y memoria a corto y largo plazo, así como la memoria sensorial.
- Procesos activadores: motivación e impulso.
- Procesos superiores: Aprendizaje, lenguaje, inteligencia y pensamiento concreto y abstracto.

A su vez, debemos distinguir que cuando hablamos de personalidad hacemos referencia a la organización única y dinámica de las características de una persona entre las que se encuentran temperamento y personalidad.

Si hacemos referencia al temperamento hablaremos de algo biológicamente determinado como una parte innata.

Y en caso de hacer referencia al carácter, hablaremos de costumbres, sentimientos, valores y hace referencia a la parte adquirida.

A lo largo de mi exposición diferenciaremos claramente entre enfermedad y trastorno.

Cuando hablamos del envejecimiento debemos de tener en cuenta que la vejez es una etapa de la vida que ocurre después de la adultez y que es la propia sociedad quien establece en qué momento se inicia.

Así, por ejemplo, en los países desarrollados los inicios de la vejez se marcan una vez rebasados los 65 años y en los países subdesarrollados la prevalencia es la edad de 60 años.

2 Objetivos

Describir los cambios a nivel biológico, psicológico y social como consecuencia del paso del tiempo, para llegar a tratar de una manera más precisa al enfermo con trastornos o enfermedad psicológica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han estudiado artículos y publicaciones científicas que amplían y desarrollan la temática de la vejez, etapas en la vejez, factores intrínsecos de la vejez, factores que influyen en la salud emocional del anciano, patologías mentales en el anciano...

Usando palabras claves como: vejez, psicología, etapas en la ancianidad, vejez y salud, existe salud en la vejez, enfermedad mental en la vejez....

4 Resultados

Existen diferentes cambios en la vejez:

- Cambios a nivel biológico.
- Cambios cognitivos: memoria- atención, cambios en las funciones ejecutivas y en la flexibilidad cognitiva.
- Cambios emocionales: vivencias de pérdidas e integridad vis desesperación.

Teniendo en cuenta estos cambios hemos de diferenciar entre enfermedad, de menos gravedad y reversible y trastorno en el que existe una alteración en el organismo y se requiere de medicación para paliarlo, pero su evolución es irreversible.

El envejecimiento provoca enfermedad y eso es inevitable, y la enfermedad provoca cambios desagradables, por lo tanto, implica un periodo de adaptación.

De estos periodos de adaptación al cambio es cuando la persona anciana puede sentirse estresado de manera temporal o padecer ansiedad en donde ya hablaremos de un problema mayor y tendremos que recurrir al tratamiento mediante fármacos.

El estrés es una reacción física de alerta ante la presencia de un cambio, que permite la adaptación a la misma.

Este puede clasificarse en estrés (forma benigna que nos ayuda a enfrentarnos) o distrés (forma negativa que perdura en el tiempo, desgasta y acarrea efectos negativos para el cuerpo).

Si hablamos de ansiedad nos referimos a una anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañados de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión.

Y luego están los llamados trastornos, para su tratamiento han de indicarse tratamientos farmacológicos:

- Trastorno de ansiedad
- Trastorno depresivo
- Trastornos bipolares
- Trastorno del espacio autista (TEA)

Teniendo en cuenta estos dos puntos de análisis, diremos que los cambios producidos por la tercera edad producen casi inevitablemente alteraciones en la salud mental de las personas afectadas por ellos, estos trastornos pueden ser temporales o instaurarse de manera definitiva en la persona.

Para evitar que las enfermedades mentales se cronifiquen es importante resaltar la atención a la vejez, conociendo y diferenciando tanto los trastornos previos de la persona afectada, como proveer la evolución de la misma y como esto afectara al anciano para ayudarlo en este proceso.

Dentro de la tercera edad existen también una serie de trastornos que conviene conocer, para entender al anciano desde el punto de vista de las limitaciones que el trastorno ocasiona en él, y detectar mejor si existe alguna alteración en la enfermedad, que debemos tener en cuenta para ayudarlo.

5 Discusión-Conclusión

Desde mi punto de vista, las personas mayores debido a su estado de deterioro, producido por el avance de la enfermedad e inevitable en muchos casos a la hora de expresarse o acordarse de determinadas cosas, hace fundamental el conocimiento por parte tanto del entorno como del equipo sanitario de las enfermedades previas y de los estados emocionales actuales de la persona mayor.

Con estas herramientas podremos ayudar al aciano en alcanzar una mejor calidad de vida que le permita envejecer de la mejor forma posible.

Hay trastornos que requieren de farmacología pero hay otras patologías que requieren de unos cuidados que ayudarían mucho a paliar el sufrimiento del anciano.

Desde mi punto de vista, y si tuviese que hacer referencia a lo que considero más importante para la atención a la salud mental del anciano diré que es fundamental:

Evitar estereotipos

No infantilizar al anciano y preservar su autonomía

Tratar al anciano con empatía

Que este se encuentre en un ambiente adecuado

Y realizar en todo momento una comunicación asertiva con el mismo

6 Bibliografía

- Editorial Evangelina
- Editorial Mad
- La salud mental y los adultos mayores (who.int)
- NIVELES DE ANSIEDAD Y ESTRÉS EN ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE ABANDONO FAMILIAR (integracion-academica.org)
- La Vejez: Qué es, características y cuáles son sus etapas (unavidamayor.com)

Capítulo 38

ABORDAJE DE LA MIGRAÑA

IRENE PONZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Los episodios de migraña se asocian a varias teorías. La teoría vascular explica las crisis de migraña con cambios de la perfusión sanguínea de una zona cerebral. Al inicio se produce una hipoperfusión que se produce de forma progresiva en hiperperfusión reactiva debida a vasodilatación; es el instante en el que aparece y se desarrolla el dolor de cabeza. Tras varias horas, la perfusión cerebral recobra su estado normal y los síntomas se alivian.

Estos episodios de migraña también se atribuyen a la teoría neurovascular, en la que se producen cambios a nivel del sistema nervioso central, produciéndose la activación de un grupo de neuronas situado en la parte central del mesencéfalo. En dicha teoría también se incluye la alteración de sustancia gris periacueductal y núcleos del rafe, alteraciones neuronales como la depresión cortical diseminada y la liberación de múltiples neurotransmisores entre los que predominan el péptido relacionado con el gen de la calcitonina y la serotonina, así como cambios en el sistema nervioso autónomo.

Existe un marcado factor de riesgo para la aparición de episodios de migraña, es el factor genético. El sexo también influye, ya que la migraña es tres veces más prevalente en mujeres que en hombres.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el personal sanitario en relación al abordaje de la migraña.

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

El abordaje de las crisis de migraña es amplio y complejo, ya que en la actualidad no tiene cura.

En primer lugar se deben tener en cuenta circunstancias externas que actúen como factores precipitantes. A continuación se detallan las más frecuentes. El estrés es un factor que en numerosas ocasiones genera crisis de migraña. Determinados alimentos y bebidas son expresados por personas que padecen esta cefalea como desencadenantes de crisis entre los que se incluyen licores, vino rojo, quesos fuertes, chocolate y exceso de café. Cambios hormonales en las mujeres relacionadas con fluctuaciones de estrógenos. Diferentes tipos de estímulos sensoriales como luces brillantes, sonidos intensos u olores fuertes o desagradable. Se ha descrito tanto el insomnio como la hipersomnia y el ejercicio físico intenso. Cambios bruscos de temperatura también pueden favorecer las migrañas. Las personas que padecen migrañas alcanzan un adecuado control cuando evitan dichos factores precipitantes.

Existe una amplia gama de medicamentos usados para el tratamiento de las crisis de migraña, entre los que se encuentran agonistas del receptor de la serotonina 1 (5-HT₁), alcaloides ergotamínicos, opioides y agentes antiinflamatorios no esteroideos.

Como terapia profiláctica o preventiva se emplean medicamentos beta-bloqueantes, antidepresivos, serotoninérgicos, bloqueantes de los canales de calcio, α_2 -agonistas, terapia hormonal, magnesio y riboflavina y anticonvulsivos.

Existen nuevos tratamientos que están en estudio para el alivio del dolor de cabeza producido por la migraña (pequeñas moléculas antagonistas del PRGC gepantes, agonista del receptor de serotonina 1 ditano, antagonistas de la orexina *orexants* e inhibidores de óxido nítrico sintetasa).

Para controlar los síntomas, el tratamiento debe ser individualizado e ir seleccionando los fármacos que mejor se adapten a cada paciente. Para el abordaje preventivo, la dosis de inicio debe ser baja e ir aumentándola poco a poco hasta conseguir los beneficios esperados.

5 Discusión-Conclusión

Las crisis de migraña son explicadas a través de varias teorías. La teoría vascular aboga por cambios en la perfusión sanguínea de una determinada zona cerebral. La teoría neurovascular se centra en alteraciones a nivel del sistema nervioso central y del sistema nervioso autónomo. El factor genético es un claro factor de riesgo y existe una predilección por el sexo femenino.

El tratamiento de la migraña en la actualidad no tiene cura, por lo que existe una amplia gama de medicamentos utilizados para paliar los síntomas. En primer lugar se deben controlar las condiciones externas que actúan como factores precipitantes. El tratamiento farmacológico y tratamiento profiláctico se seleccionan los fármacos que mejor se adaptan a los pacientes de forma individual.

6 Bibliografía

Domínguez-Moreno R, Vega-Boada F, Mena-Arceo G. Nuevos tratamientos contra la migraña. *Med. interna Méx.* 2019; 35(3): 397-405.

Deza L. La Migraña. *Acta méd. Peruana.* 2010; 27(2): 129-136.

Boletín de la ANMM. Tratamiento farmacológico de la migraña. *Rev. Fac. Med. (Méx.).* 2012; 55(3): 54-58.

Capítulo 39

EL ODONTÓLOGO Y SU PAPEL EN PROYECTOS HUMANITARIOS. CONOCIMIENTO Y PERSPECTIVA DE LOS FUTUROS PROFESIONALES SOBRE EL MUNDO DEL VOLUNTARIADO

MATÍAS FERRÁN ESCOBEDO MARTÍNEZ

SONSOLES OLAY GARCIA

ENRIQUE BARBEITO CASTRO

SONSOLES JUNQUERA OLAY

1 Introducción

En 1950 las Naciones Unidas definieron en su consejo del 27 de febrero a la Organización no gubernamental (ONG) como una organización independiente y sin ánimo de lucro que surge a raíz de iniciativas civiles y populares y que por lo general están vinculadas a proyectos sociales, culturales, de desarrollo u otros que generen cambios estructurales en determinados espacios, comunidades, regiones o países(1).

Desde ese momento hasta la actualidad, el número de entidades que se dedican a la cooperación nacional o internacional para el desarrollo social y económico

se ha incrementado exponencialmente llegando a superar las 10 millones de organizaciones, de las cuales, 120.000 han sido creadas en centros de cooperación en España desde la década de los sesenta(2). Las ONG conforman parte de lo que se denomina Sector Social o Sector sin Ánimo de Lucro (3)(4).

Son objetivo del presente estudio, aquellas que se dedican a las actividades sanitarias destinadas a mejorar el estado físico y mental de una población(1). Este tipo de Organizaciones destinadas a la promoción de la salud conforman casi un tercio del total de ONG existentes en la actualidad en el mundo según las Naciones Unidas (5).

Un ejemplo de ONG es Médicos sin fronteras (MSF), considerada por la Revista Forbes como una de las ONG más influyentes y con mayor presupuesto destinado a la cooperación en materia sanitaria (6). El gran mérito de dicha organización es que no sólo se centra exclusivamente en proporcionar asistencia médica, sino que además lucha por los derechos sociales de las personas más vulnerables, aunque ello suponga vulnerar los códigos éticos de los países en los que trabaja.

El pasado año esta organización presentó un presupuesto global de casi 3000 millones de euros de los cuales el 70% son destinados a cooperación en África y Oriente Próximo(7). En el 2021 el 53% del gasto generado por Médicos sin fronteras fue en personal contratado seguido de un 18% de material médico y nutricional(7) Hoy en día el concepto que tiene la población general sobre la cooperación en salud no contempla la salud bucodental como una de sus prioridades, y por ello son menos conocidas las labores de las ONG odontológicas que prestan una ayuda para mejorar el estadio de salud bucodental de la población mundial.

La salud bucodental es un componente esencial para la buena salud total, y está contemplada como un derecho humano fundamental. La Federación Dental Internacional (FDI) define a la salud bucodental como “un estado exento de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial”(8).

Esta misma organización y sus asociaciones de dentistas estatales elaboraron una hoja de ruta a seguir hasta el 2030 con los retos que hay que hacer frente para conseguir una “óptima e igualitaria” salud bucodental a nivel mundial. Entre los retos que reclaman tenemos que hacer hincapié en la lucha por las desigualdades crónicas en salud bucodental, la falta de acceso a la atención odontológica, la inaccesibilidad a los tratamientos dentales en muchos lugares, el crecimiento y el envejecimiento poblacional, las migraciones, la emergencia de nuevos modelos educativos de salud bucodental (9).

Históricamente, el enfoque aplicado a la salud oral se ha orientado mayoritariamente hacia el tratamiento en vez de hacia la prevención y la promoción de la salud bucodental.

A nivel mundial, las enfermedades bucodentales son la cuarta patología más cara de tratar y según las estimaciones publicadas en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2019 (Global Burden of Disease Study, 2019) afectan a cerca de 3500 millones de personas en todo el mundo (10)(11). En estos momentos la caries es el trastorno más frecuente, y se calcula que lo padecen 2000 millones de personas adultas (dientes definitivos) (10) y 520 millones de niños (dientes deciduales) (11). Otros datos muy importantes son la salud periodontal y el cáncer oral. Según la OMS, se estima que las periodontopatías afectan a casi el 14% de los adultos, lo que corresponde a más de mil millones de casos en todo el mundo siendo sus principales causas la mala higiene bucodental y el consumo de tabaco(12). El cáncer oral es el octavo cáncer más común con una incidencia global mundial de 4 casos por cada 100.000 habitantes y uno de los más caros en cuanto a su tratamiento y morbilidades asociadas (11).

Recordemos que las patologías bucodentales desempeñan un papel crucial en una serie de complicaciones que van desde los nacimientos de niños prematuros y de bajo peso, hasta las cardiopatías, quedando claramente establecido que la mala salud bucodental es un factor importante que incide en el desarrollo de diferentes enfermedades sistémicas(13).

En definitiva, la situación actual de la salud bucodental mundial es una consecuencia de su consideración durante décadas como un área que no merecía figurar entre las prioridades de las agendas de promoción de salud de los gobiernos y las organizaciones internacionales. Sin embargo, en años recientes, ha habido una progresiva concienciación internacional de que la salud bucodental constituye una parte fundamental de la salud general, constatándose un movimiento sumamente positivo hacia la inclusión de la salud bucodental dentro de los planes la salud general (11). Dicho movimiento encuentra sus inicios en el informe de la OMS de 2002(14), específicamente en la política de su Programa Mundial de Salud Bucodental, donde se enfatizó que la salud bucodental debía de formar parte integral de la salud general, siendo esta un factor determinante de la calidad de vida. Más recientemente en el 2021, la OMS aprobó una resolución en la que se exhorta a incorporar la salud bucodental en los programas de prevención de enfermedades crónicas(15). El problema actual surge cuando se pretende igualar el estado de salud bucodental de los países subdesarrollados con poca financiación para sus programas de salud, al los de los países desarrollados en cortos periodos de tiempos establecidos por organizaciones internacionales como la OMS.

En esta situación entran en juego las ONG de cooperación en odontología, promoviendo la mejora de la salud bucodental en las regiones más desfavorecidas. En general creemos que la comunidad odontológica desconoce que existen gran parte de los proyectos liderados por estas asociaciones, principalmente asociado a que tradicionalmente nuestra profesión no presenta una costumbre arraigada en pro de la promoción y el desarrollo de programas de ayuda a la cooperación hasta hace relativamente pocos años.

2 Objetivos

1. Evaluar el conocimiento de los alumnos de la Clínica Universitaria de Odontología de la Universidad de Oviedo sobre los principales indicadores de salud oral de la población mundial.
2. Identificar posibles diferencias en el conocimiento, expectativas y motivaciones sobre el voluntariado en odontología que pudieran existir entre los alumnos de Odontología de la Universidad de Oviedo, en función de su nivel de formación académica.

3 Metodología

Diseño del estudio.

Se realizó un estudio observacional de corte transversal, a través de una encuesta (ver: Anexo 1) a los alumnos de Odontología de la Universidad de Oviedo de entre los cursos primero a quinto, a través de la plataforma virtual “GOOGLE FORMS”. Todas las encuestas eran anónimas y voluntarias, y fueron realizadas a todos los alumnos de la facultad durante el mes de febrero del 2022.

La encuesta se dividió en 3 partes:

1. Datos demográficos
2. Cuestiones sobre los conocimientos de la salud oral mundial
3. Cuestiones acerca de los conocimientos generales y específicos de los voluntarios odontológicos.

Los encuestados fueron divididos en dos grupos. El primero de ellos estaba constituido por los cursos preclínicos (1º y 2º de odontología) y el segundo por el grupo clínico (3º, 4º y 5º de odontología).

Los datos obtenidos de las diferentes variables, debidamente codificados, fueron introducidos en una base de datos, usando para su manejo el programa infor-

mático estadístico R (R Development Core Team, versión 3.6.3, Viena, Austria). Se realiza un análisis descriptivo, proporcionando distribuciones de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y para la única cuantitativa se proporcionan medidas de posición y dispersión. Las relaciones entre variables se estudiaron con el test Chi Cuadrado de Pearson o con el test de Fisher en función de que se verifique o no la hipótesis sobre frecuencias esperadas. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas aquellas en las que el valor de p fuese menor de 0,05 ($p < 0,05$).

4 Resultados

Del total de alumnos matriculados en el curso académico 2021-2022 en la CLUO (96 alumnos) cumplieron las encuestas del presente estudio 90 (93,7% del total). Si atendemos a los cursos académicos podemos observar que el 16,6% corresponden al primer curso, 17,8% al segundo curso, 18,9% al tercer curso, 20% al cuarto curso y finalmente un 26,7% correspondía a alumnos de último curso.

El primer apartado recogía información acerca de las características demográficas de nuestra muestra permitiéndonos observar que más del 73,3% de los encuestados eran mujeres. La mayoría (77,8%) de los encuestados tenían una edad comprendida entre los 18-25 años.

El segundo apartado de nuestra encuesta reflejaba los conocimientos generales que tenían los encuestados sobre “la salud oral a nivel mundial” y se estructuró en torno a 6 preguntas principales:

La primera de ellas interrogaba a cerca de la prevalencia mundial de la caries sin tratar (prevalencia 20-30%), solo el 26,7% de los encuestados contestaron correctamente a este ítem

La siguiente cuestión hacía referencia a la opinión de los encuestados sobre si dicha condición de salud (caries sin tratar) es la condición de salud oral más prevalente en el mundo, contestando de forma correcta (Si) el 81,1% de los alumnos.

La tercera pregunta trataba sobre la prevalencia mundial de la enfermedad periodontal contestando la opción correcta (prevalencia del 10-15%) solo el 20% de los encuestados.

La cuarta cuestión con un cariz más subjetivo pretendía conocer la opinión de los encuestados sobre si existen diferencias en el estado de salud oral entre los países desarrollados y en vías de desarrollo teniendo un consenso casi unánime (99%) entre todos los alumnos (si existen diferencias entre países).

Según la OMS, la ratio ideal de pacientes por odontólogo debería de ser de 3500

pacientes/dentista, solo el 14.4% de los alumnos contestaron correctamente esta pregunta.

La última de las preguntas de este bloque interrogaba a cerca de la dosis de flúor contenida en el agua potable recomendada por la OMS para la prevención de la caries (0,5-1 mg/L). Cerca del 60% (57,8%) de los encuestados indicó de manera acertada la respuesta .

En el tercer apartado de la encuesta se recoge la opinión de los alumnos de la CLUO a cerca del “voluntariado odontológico”:

En primer lugar, se les interrogaba sobre si alguna vez se habían planteado realizar algún tipo de voluntariado (no necesariamente relacionado con su profesión), contestando afirmativamente el 76.7% y un pequeño porcentaje de 2 encuestados (2.2%) ya habían realizado voluntariado con anterioridad. En la siguiente cuestión se planteaba lo mismo que en la previa pero específicamente en el ámbito odontológico respondiendo afirmativamente el 64.4%.

Se expusieron las 10 ONGsmás influyentes en el ámbito odontológico siendo las más conocidas “Dentistas sin fronteras” en primer lugar (65.5%), seguida de “Odontología solidaria” (20%) y “SMILES” en tercer lugar (16.7%).

El 54.4% de los alumnos estarían dispuestos a realizar un desembolso económico para poder llevar a cabo acciones de voluntariado, con un umbral de gasto económico inferior a los 800 € en la mayoría de los casos (65.6%), entre 800-1500 € el 27.8% y solo cifras superiores a los 1500€ en el 6.7% de ellos.

Si la situación sociopolítica del país en el que se pretende hacer el voluntariado fuese conflictiva (guerras, dictaduras, grave inestabilidad política) solo el 37.8% de los alumnos estarían dispuestos a prestar servicios de voluntariado en ellos.

En el siguiente ítem se les preguntaba a cerca del perfil profesional que creían que está más frecuentemente implicado en el voluntariado, siendo el perfil de odontólogo novel el que creían más frecuente implicado (91.1% de las encuestas), seguido del senior (21.1%) y en último lugar el perfil de odontólogo jubilado (17.8%).

Ateniendo a las distintas motivaciones que mueven a los voluntarios a desempeñar sus proyectos, los encuestados consideraron que la motivación más frecuente es ayudar a gente sin recursos (95.6%), seguido de conocer nuevas culturas y estilos de vida (67.8%), mejorar en su práctica clínica como profesionales (62.2%) y en último lugar los motivos ideológicos/religiosos (4.4%).

Según los encuestados los tratamientos odontológicos más requeridos en el seno del voluntariado bucodental son los de tipo conservador en primer lugar (97.8%), seguidos de la periodoncia (64.4%), la prostodoncia (43.3%), la cirugía oral (36.7%) y en último lugar la ortodoncia (10%).

Las estrategias preventivas para mejorar la salud oral más eficaces según los alumnos de la CLUO serían la educación poblacional (94.4%), la dotación y aprovisionamiento de recursos materiales (86.7%), prestación de servicios asistenciales por odontólogos voluntarios (65.6%), formación de nuevos profesionales en el país (43.3%) y finalmente el fomento de la creación de nuevos centros asistenciales (27.8%).

Se interrogó a cerca de las regiones geográficas donde consideraban que existía una mayor necesidad de acciones humanitarias de ámbito odontológico, siendo la opción más frecuentemente contestada el África subsahariana (92.2%), seguida de América Latina (70%), Asia Occidental (51.1%) y África del Norte (40%). Los encuestados consideraban que la franja de edad que más necesidad de cuidados precisaría serían los niños (49% de respuestas), seguidos de cerca por los adultos (40%) y los ancianos en último lugar (11%).

Finalmente, nos propusimos evaluar si existían diferencias entre las respuestas en los alumnos con formación clínica (alumnos de 3º a 5º curso) respecto a los alumnos con formación científica básica/preclínica (alumnos de 1º y 2º curso) observando diferencias estadísticamente significativas en los siguientes apartados:

Prevalencia mundial de la caries sin tratar: Se observó un mayor número de respuestas correctas en favor del grupo preclínico ($p=0.012$) (figura 4.5)

Grupo de edad que requiere que más cuidados en el voluntariado: Los alumnos del grupo preclínico consideraban que los ancianos requerirían de más cuidados sanitarios respecto a los niños en comparación con el grupo clínico ($p=0.029$)

Conocimiento de las distintas ONGs odontológicas: El grupo preclínico conoce más frecuentemente la organización “SMILES” y el grupo clínico la organización “Dentistas Sin Fronteras” ($p=0.002$ y $p=0.024$ respectivamente)

Motivación para realizar un voluntariado odontológico: Los alumnos del grupo clínico consideraron que “la mejoría de la práctica clínica como odontólogo” es una de las motivaciones más frecuentes para realizar el voluntariado en comparación con el grupo preclínico ($p=0.028$) (figura 4.9)

Estrategias para mejora de la salud oral en las poblaciones intervenidas: el grupo preclínico consideraba que la formación de nuevos profesionales en el país suponía una mejor estrategia de prevención en comparación con los alumnos del grupo clínico ($p=0.023$)

En el resto de los ítems no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos.

5 Discusión-Conclusión

El siglo XXI comenzó con el reconocimiento de que la salud oral es fundamental para la salud en general(16)(17). Supuestamente, este siglo debería ser el mejor momento histórico para construir, sobre esta premisa y los continuos avances tecnológicos, una completa integración de la salud oral dentro de la salud general. Esta situación actual de avances en nuestra especie podría favorecer un desarrollo del estado de bienestar de las comunidades, facilitando un acceso a los cuidados dentales a las clases sociales más desfavorecidas por motivos, económicos, culturales, raciales o puramente geográficos.

Dos de las más prestigiosas revistas científicas del mundo han enfatizado muy recientemente sobre la importancia de la salud oral. En el primero de estos trabajos realizado por D'Souza et al (18) se analizó la cuestión en los Estados Unidos de América (EEUU) remarcando la importancia de la salud bucal para la salud general, captando la atención de investigadores, legisladores, profesionales y el público en general. Sin embargo, aunque en las dos últimas décadas se han visto avances en esta área, la patología oral y dentaria continúa sumergida en un cierto grado de abandono en los EEUU. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), el 47 % de los adultos estadounidenses mayores de 30 años tienen enfermedad periodontal. Se ha constatado que inalterablemente en los últimos 20 años 9 de cada 10 adultos de 20 a 64 años de edad han tenido caries dental, recordando que dicha patología si no es tratada causa dolor e infecciones cérvico-faciales (19).

Además, en los últimos 20 años, el coste de la atención dental por persona ha aumentado en un 30% en los EEUU. En 2018, los estadounidenses pagaron 5.500 millones de dólares en gastos dentales de su bolsillo, lo que constituía más del 25% de todos los gastos en atención médica(20). Sin embargo, la mayor carga económica derivada de las patologías dentales y orales, a nivel nacional y mundial, la soportan las poblaciones marginadas y crónicamente desatendidas, como consecuencia de un círculo vicioso multifactorial.

No obstante, tanto en los EEUU como en otros países del entorno se ha mejorado el acceso a los tratamientos dentales de los niños con bajos ingresos familiares, mediante el fortalecimiento del sistema público de atención ambulatoria e incrementando la colaboración entre los pediatras y los dentistas. Por ejemplo en EEUU Medicaid y el programa de seguro médico para niños, cubre los gastos y la promoción de visitas odontológicas dentro de los primeros 3 años de vida, como son la profilaxis y prevención de la patología dentaria con el uso de selladores y barnices de flúor(21). Este tipo de iniciativas junto con otras políticas llevadas a

cabo por los gobiernos nacionales como la fluoración de los suministros públicos de agua deberían favorecer la disminución de la patología dental.

Los sistemas de salud de los países desarrollados empezaron a reconocer y cuantificar recientemente las desigualdades en la salud oral que afectan a poblaciones marginadas, por variables, estructurales e interpersonales complejas como pueden ser el racismo, la xenofobia o el integrismo religioso. Gracias a ello, se empiezan a poner soluciones de lenta implementación.

El segundo artículo de divulgación sobre la importancia de la salud oral fue publicado en 2021 por Benzian et al en Lancet(22). En este trabajo inciden sobre la conocida desatención de la salud bucodental en la agenda de salud mundial, por lo que se considera un importante avance la resolución sobre salud bucodental promovida por la OMS en 2021(16)(23). La resolución exige el desarrollo de una estrategia mundial de salud bucodental para 2022 y un plan de acción para 2023, incluido un marco de seguimiento alineado con las agendas de enfermedades no transmisibles y de cobertura universal de salud.

La denominada Lancet Commission on Oral Health en el artículo de Benzian et al (24) incluyen una serie de recomendaciones para incluir en la agenda de OMS: 1. incluir diversas voces y comunidades comprometidas y expertas con capacidad de diálogo e influencia política, 2. colocar la equidad y la justicia social en el núcleo del programa, 3. abordar los principales factores de riesgo como la ingesta de azúcar, 4. abrazando importantes reformas del sistema, 5. la creación mejores datos para la toma de decisiones, y 6. cierre de brechas de financiación.

Las ONGsen odontología.

Si en los países desarrollados el reconocimiento de la importancia de la salud oral en el contexto de la salud general se alcanzó en los últimos años, las naciones del tercer mundo están aún muy lejos de este objetivo.

En España, las primeras ONGsen odontología surgieron con una clara vocación internacional que posibilitara el acceso a la salud oral de poblaciones sin recursos en países subdesarrollados o en vías de desarrollo.

Históricamente la ONG de más tradición en nuestro país es Dentistas Sin Fronteras (DSF). Se trata de una Organización No Gubernamental para el desarrollo que aporta su ayuda a las poblaciones en situación precaria, sin discriminación de raza, sexo, religión, filosofía o política. Fue fundada por los doctores Bascones y Manso en 1993, e inscrita en el registro Nacional de Asociaciones desde 1999 y declarada de “Utilidad Pública” con fecha 9 de julio de 1999. El objetivo de DSF es el desarrollo de la salud bucodental en el tercer mundo y áreas económicamente deprimidas. Actualmente DSF desarrolla cuatro proyectos internacionales: Nicaragua, India, República Dominicana-Haití y Senegal. En cada uno de ellos

cuenta con el apoyo y respaldo de organizaciones locales con gran experiencia que actúan como apoyo y aseguran al equipo de voluntarios la manutención, protección y ayuda en casos especiales. También interceden entre la ONG y los ministerios de salud de estos países para que el proyecto se organice conforme a la legalidad que requiere cada caso. El objetivo de DSF es prestar asistencia odontológica y educar en la prevención a pacientes de zonas dónde la población no tiene acceso al dentista o hay carencia de servicios sanitarios, por lo que uno de los requisitos que solicita la ONG a los voluntarios que quieren colaborar activamente es que sean dentistas licenciados e higienistas titulados.

A nuestro parecer de este trabajo se desprenden estas conclusiones:

1. Ninguno de los alumnos de la CLUO había participado como voluntario en ONG del ámbito odontológico, pero hasta el 64,4% de los encuestados se habían planteado su participación, con independencia de que supusiera un desembolso económico. Solo una situación sociopolítica desfavorable condicionaría esta participación.
2. El nivel de conocimientos sobre la salud oral reflejado en las respuestas sobre la prevalencia mundial de caries, enfermedad periodontal y ratio adecuada de paciente/odontólogo fueron inadecuados.

6 Bibliografía

- 1.Piotrowicz M, Cianciara D. The role of non-governmental organizations in the social and the health system. *Przegl Epidemiol.* 2013;67(1):69–74, 151–5.
- 2.Gilson L, Sen PD, Mohammed S, Mujinja P. The potential of health sector non-governmental organizations: policy options. *Health Policy Plan.* 1994 Mar;9(1):14–24.
- 3.file.pdf [Internet]. [cited 2022 Nov 18]. Available from: <https://www.dsamun.gr/documents/archiv/archiv-2013/106-political-changing-role-of-ngos/file>
- 4.Gellert GA. Non-governmental organizations in international health: past successes, future challenges. *Int J Health Plann Manage.* 1996 Mar;11(1):19–31.
- 5.Kröger S. Nothing but consultation: The place of organised civil society in EU policy-making across policies. :45.
- 6.Tennant M, Sanders J, O'Brien M, Castle C, Salamon LM. Defining the Nonprofit Sector: New Zealand. 1. Aufl. Baltimore: The Johns Hopkins University Center for Civil Society Studies; 2006. 59 p. (Working Papers of the The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project).
- 7.Hartigan P, Wiseman T. Working with NGOs: PAHO's approach. *Glob AID-Snews Newsl World Health Organ Glob Programme AIDS.* 1993;(3):17–8.

- 8.Hart A, Toma M, Issa F, Neault N. Developing Cultural Awareness Curricular Competencies for Humanitarian Non-Governmental Organization Staff. *Prehospital Disaster Med.* 2021 Dec;36(6):669–75.
- 9.MSF - Médecins Sans Frontières | Medical humanitarian organisation [Internet]. Médecins Sans Frontières (MSF) International. [cited 2022 Nov 18]. Available from: <https://www.msf.org/>
- 10.Zeng W, Halasa YA, Cros M, Akhter H, Nandakumar AK, Shepard DS. Costing essential services package provided by a non-governmental organization network in Bangladesh. *Health Policy Plan.* 2017 Dec 1;32(10):1375–85.
- 11.Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *J Public Health Dent.* 2017 Dec;77(1):3–5.
- 12.Glick M, Williams DM. FDI Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All. *Int Dent J.* 2021 Feb;71(1):3–4.
- 13.Seitz MW, Listl S, Bartols A, Schubert I, Blaschke K, Haux C, et al. Current Knowledge on Correlations Between Highly Prevalent Dental Conditions and Chronic Diseases: An Umbrella Review. *Prev Chronic Dis.* 2019 Sep 26;16:E132.
- 14.Qin X, Zi H, Zeng X. Changes in the global burden of untreated dental caries from 1990 to 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease study. *Heliyon.* 2022 Sep;8(9):e10714.
- 15.Global Burden of Disease Cancer Collaboration, Fitzmaurice C, Abate D, Abbasi N, Abbastabar H, Abd-Allah F, et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol.* 2019 Dec 1;5(12):1749–68.
- 16.D’Souza RN, Collins FS, Murthy VH. Oral Health for All - Realizing the Promise of Science. *N Engl J Med.* 2022 Mar 3;386(9):809–11.
- 17.Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal diseases. *Nat Rev Dis Primer.* 2017 Jun 22;3:17038.
- 18.Valdez JA, Brennan MT. Impact of Oral Cancer on Quality of Life. *Dent Clin North Am.* 2018 Jan;62(1):143–54.
- 19.Wong T, Wiesenfeld D. Oral Cancer. *Aust Dent J.* 2018 Mar;63 Suppl 1:S91–9.
- 20.Dentists (per 10 000 population) [Internet]. [cited 2022 Nov 18]. Available from: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/dentists-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/dentists-(per-10-000-population))
- 21.Ghanbarzadegan A, Balasubramanian M, Luzzi L, Brennan D, Bastani P. In-

equality in dental services: a scoping review on the role of access toward achieving universal health coverage in oral health. *BMC Oral Health*. 2021 Aug 17;21(1):404.

22.Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005 Apr;33(2):81–92.

23.Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century—implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009 Feb;37(1):1–8.

24.Petersen PE, Lennon MA. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004 Oct;32(5):319–21.

25.Benzian H, van Palenstein Helder W. Dental charity work—does it really help? *Br Dent J*. 2006 Oct 7;201(7):413.

26.Weyant RJ, Watt RG. A call for action to improve US oral health care. *J Am Dent Assoc* 1939. 2020 Feb;151(2):73–5.

27.Manski R, Moeller J. Barriers to oral health across selected European countries and the USA. *Int Dent J*. 2017 Jun;67(3):133–8.

Capítulo 40

RIFAXIMINA: ANTIBIÓTICO DE MODA EN LA FARMACIA COMUNITARIA

TAMAR BLANCA SERRANO

1 Introducción

En la actualidad la Rifaximina es un antibiótico muy empleado por los diferentes especialistas médicos, para diferentes patologías por lo que se realiza una revisión de la literatura narrativa de todo lo publicado sobre la Rifaximina, sin restricciones de idiomas o estado de publicación, utilizando la base de datos PubMed. La Rifaximina es un antibiótico oral de amplio espectro, actúa sobre bacterias Gram+ y Gram-, aerobias y anaerobias. Y se concentra su absorción en la luz intestinal y heces. Se deben tener en cuenta las recomendaciones oficiales referentes al uso adecuado de antimicrobianos, y en especial a aquellas relacionadas con problemas de resistencias, concretamente para:

- * COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA

- * DIVERTICULITIS INTESTINAL

- * ENCEFALOPATIA HEPATICA. Reducción de recidivas.

- * HIPERAMONEMIA

- * INFECCIONES DIGESTIVAS:

- * COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA

- * DIVERTICULITIS INTESTINAL aguda. Reducción de recidivas. Rifaximina para la prevención de Diverticulitis recurrente es empleada por 400 mg 2 veces al día administrados oralmente de forma cíclica durante 7 días consecutivos cada mes, se consigue un alivio de los síntomas. El uso cíclico de este medicamento en

pacientes con enfermedad diverticular no complicada, está sometido con leve evidencia y de uso fuera de indicación por no estar recogido en su ficha técnica dicha posología recurrente.

***DIARREA DEL VIAJERO** causada por la bacteria *Escherichia Coli*

Hay estudios que indican que la Rifaximina es un antibiótico no absorbible aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para tratar el síndrome del intestino irritable con predominio de diarrea [1] aunque en su ficha técnica no se informa de ello. Se cree que logra beneficios modificando las bacterias en los intestinos, normaliza la función intestinal y se eliminan los síntomas que aparecen cuando ésta se altera. La Rifaximina, un antibiótico no absorbible que modula la composición microbiana intestinal y aumenta la integridad de la barrera intestinal, suprime eficazmente las respuestas inflamatorias y rescata el deterioro cognitivo [2]. La Rifaximina, junto a la modulación del microbioma, tiene efectos directos sobre la eliminación de amoníaco en el epitelio del intestino delgado humano [3]. Por ello mantiene eficazmente la remisión y se asoció con un riesgo significativamente menor de hospitalización y visitas al centro de salud [4]. Aun así, hay estudios que analiza las aguas residuales de un hospital griego, indican que concentraciones de medicamentos como paracetamol (1100 µg/L) y Rifaximina (723 µg/L) además de otros productos en menor concentración, nos indica el uso o abuso de ambos medicamentos [5].

Se demostró que la Rifaximina forma una variedad de solvatos/hidratos mixtos tras la exposición de hidratos de β cristalino a diferentes plastificantes en su estado líquido o disuelto [6].

La erradicación de *Helicobacter Pylori* no se logran con Rifaximina asociada con la terapia triple estándar durante 10 días[7].

Clostridioides Difficile sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad en la unidad de cuidados intensivos y se usan diferentes antibióticos donde la Fidaxomicina es el tratamiento sugerido para la infección inicial y recurrente. La vancomicina oral es una alternativa aceptable, seguida de la Rifaximina y el trasplante de microbiota fecal [8].

Las opciones terapéuticas actualmente aprobadas para pacientes con síndrome del intestino irritable con diarrea y diarrea funcional incluyen antagonistas de los receptores de serotonina-3, Eluxadolina y Rifaximina[9].

El tratamiento con Rifaximina atenuó la interleucina-1 β , la interleucina-6 sérica y el factor de necrosis tumoral α , claudina-5 y ocludina, lo que indicó la reducción de la inflamación sistémica y la protección de la integridad de la barrera hematoencefálica[10].

La Rifaximina fue el segundo antibiótico más utilizado para tratar un SBBO [11].

La Rifaximina junto a probióticos son tratamientos para la disbiosis de la microbiota intestinal en pacientes con diarrea del viajero, y ambos demostraron ser beneficiosos para la prevención de la diarrea [12].

El tratamiento combinado con Rifaximina / Lubiprostona suprimió significativamente la expansión de macrófagos, las respuestas proinflamatorias y la fibrosis hepática, además, mejoraron la permeabilidad intestinal mediante la restauración de proteínas de unión y aumentó la abundancia de *Bacteroides*, *Lactobacillus* y *Faecalibacterium*, así como disminuyó la de *Veillonella*, y originó un aumento de los ácidos grasos fecales de cadena corta y una disminución de la actividad de la sialidasa intestinal [13].

La Rifaximina, el Alosetrón y la Eluxadolina son tratamientos efectivos indicados para el SII-D, pero tienen una disponibilidad limitada a nivel internacional [14] se debe a que existen pocas marcas en el mercado, en España destaca Spiraxin del Laboratorio Alfasigma S.p.A.

El tratamiento con Rifaximina atenuó la hiperamonemia y la fibrosis hepática, mejoró la permeabilidad intestinal con la restauración de proteínas de unión estrecha y suprimió la activación de macrófagos hepáticos mediada por lipopolisacáridos y la respuesta proinflamatoria. Además, la Rifaximina mejoró el desgaste del músculo esquelético al promover la producción de factor de crecimiento [15].

En el tratamiento con encefalopatía hepática y condujo a una disminución significativa en los ingresos hospitalarios relacionados con la encefalopatía, así como en otros ingresos hospitalarios relacionados con el hígado [16].

2 Objetivos

Dar a conocer el uso de la Rifaminixina en la farmacia comunitaria.

3 Metodología

El farmacéutico realizará su labor en atención farmacéutica y como tal hará una entrevista breve al paciente para recoger la información sobre su problema de salud, en este caso, los pacientes presentan dolor abdominal, flautulencias, diarrea o estreñimiento. Se realiza recogida de información suficiente sobre las necesidades del paciente en relación con su dolencia o farmacoterapia.

Se analizará si el paciente ya ha visitado a su médico y le han prescrito la Rifaximina o si no es el caso se le derivará a su médico.

Debe realizarse el registro y la documentación de las actividades realizadas, incluyendo informes de remisión por escrito e información al paciente por escrito. En todo caso se le recomendará medidas conservadoras dietéticas o físicas. Recomendar especialidad farmacéutica que no requiera receta médica como es el caso de probióticos, concretamente elementos indispensables para el adecuado seguimiento farmacoterapéutico personalizado.

En el caso que el paciente le haya prescrito ya la Rifaximina se dará información adecuada, preferiblemente por escrito, incluso en el caso de derivación a otro profesional si tras nuestra explicación no fuera suficiente.

En todo momento hay que satisfacer las necesidades del paciente en relación con los medicamentos que utiliza, se trata de conocer sus inquietudes, resolverlas y dar las recomendaciones oportunas sobre los medicamentos que toma.

El farmacéutico debe realizar un correcto suministro y recordar la importancia de seguir las pautas de la Rifaximina. Todo ello, garantizará la fidelización y confianza de su paciente.

El farmacéutico indicará al paciente la actitud más adecuada para resolver su problema de salud, y en su caso la posología adecuada del medicamento. Además resolverá las dudas planteadas por el paciente o las carencias de información detectadas por el farmacéutico. Se protegerá al paciente frente a posibles problemas relacionados con los medicamentos indicándole efectos adversos y secundarios. Se evaluará si el problema de salud es precisamente consecuencia de un problema relacionado con un medicamento. Se le hará seguimiento farmacoterapéutico al mes de la visita.

4 Bibliografía

1.-Yokoyama K, Fukuda H, Yamauchi R, Higashi M, Miyayama T, Higashi T, Uchida Y, Shibata K, Tsuchiya N, Fukunaga A, Umeda K, Takata K, Tanaka T, Shakado S, Sakisaka S, Hirai F. Long-Term Effects of Rifaximin on Patients with Hepatic Encephalopathy: Its Possible Effects on the Improvement in the Blood Ammonia Concentration Levels, Hepatic Spare Ability and Refractory Ascites. *Medicina (Kaunas)*. 2022 Sep 14;58(9):1276. doi: 10.3390/medicina58091276.PMID: 36143954

2.- Meng D, Yang M, Hu L, Liu T, Zhang H, Sun X, Wang X, Chen Y, Jin Y, Liu R Rifaximin protects against circadian rhythm disruption-induced cognitive impairment through preventing gut barrier damage and neuroinflammation. *J Neurochem*. 2022 Dec;163(5):406-418. doi: 10.1111/jnc.15701. Epub 2022 Oct 13.PMID: 36189686

- 3.- Wit K, Beuers U, Mukha A, Stigter ECA, Gulersonmez MC, Ramos Pittol JM, Middendorp S, Takkenberg RB, van Mil SWC Rifaximin stimulates nitrogen detoxification by PXR-independent mechanisms in human small intestinal organoids. *Liver Int.* 2022 Dec 4. doi: 10.1111/liv.15491. Online ahead of print. PMID: 36463417
- 4.-Stoll AM, Guido M, Pence A, Gentene AJ. Lack of Access to Rifaximin Upon Hospital Discharge Is Frequent and Results in Increased Hospitalizations for Hepatic Encephalopathy. *Ann Pharmacother.* 2023 Feb; 57(2):133-140. doi: 10.1177/1060 0280221100537. Epub 2022 Jun 5. PMID: 35658580
- 5.- Arvaniti OS, Arvaniti ES, Gyparakis S, Sabathianakis I, Karagiannis E, Pettas E, Gkotsis G, Nika MC, Thomaidis NS, Manios T, Fountoulakis MS, Stasinakis AS. Occurrence of pharmaceuticals in the wastewater of a Greek hospital: Combining consumption data collection and LC-QTOF-MS analysis. *Sci Total Environ.* 2023 Feb 1; 858(Pt 3):160153. doi: 10.1016/j.scitotenv.2022.160153. Epub 2022 Nov 13. PMID: 36379345
- 6.-Muratore A, Shah ED, Chan WW Cost-Benefit Analysis of Hydrogen Breath Test-Directed Rifaximin for Treatment of Diarrhea-Predominant Irritable Bowel Syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2022 Sep 22:S1542-3565(22)00907-7. doi: 10.1016/j.cgh.2022.09.010. Online ahead of print. PMID: 36152896 No abstract available.
- 7.-Mercedes Ramas, María G Donday, Adrian G McNicholl, Javier P. Gisbert Efficacy and safety of rifaximin associated with standard triple therapy (omeprazole, clarithromycin and amoxicillin) for *H. pylori* eradication: A phase IV pilot clinical trial *Gastroenterol Hepatol.* 2017 Dec; 40(10): 658-662. doi: 10.1016/j.gastrohep.2017.05.017. Epub 2017 Aug 3. PMID: 28780968
- 8.-Rimawi RH, Busby S, Greene WR. Severe *Clostridioides difficile* Infection in the Intensive Care Unit-Medical and Surgical Management. *Infect Dis Clin North Am.* 2022 Dec;36(4):889-895. doi: 10.1016/j.idc.2022.07.006. PMID: 36328641 Review.
- 9.- Piovezani Ramos G, Camilleri M Current and Future Therapeutic Options for Irritable Bowel Syndrome with Diarrhea and Functional Diarrhea. *Dig Dis Sci.* 2022 Nov 14. doi: 10.1007/s10620-022-07700-8. Online ahead of print. PMID: 36376576 Review.
- 10.-Sharpton SR, Oh TG, Madamba E, Wang C, Yu RT, Atkins AR, Huan T, Downes M, Evans RM, Loomba R Gut metagenome-derived signature predicts hepatic decompensation and mortality in NAFLD-related cirrhosis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2022 Nov;56(10):1475-1485. doi: 10.1111/apt.17236. Epub 2022 Sep 26. PMID: 36164267
- 11.-Tapper EB, Zhao Z, Mazumder N, Parikh ND. Incidence of, Risk Factors for,

and Outcomes After Ascites in a Population-Based Cohort of Older Americans. *Dig Dis Sci.* 2022 Nov;67(11):5327-5335. doi: 10.1007/s10620-022-07454-3. Epub 2022 Mar 9. PMID: 35262903

12.- Hao Fan, Lei Gao, Zidan Yin, Sheng Ye, Hua Zhao, Qi Peng. Asian-Pacific consensus on small intestinal bacterial overgrowth in gastrointestinal disorders: An initiative of the Indian Neurogastroenterology and Motility Association. *Medicine (Baltimore)* 2022 Oct 7;101(40):e30921. PMID: 36221413 PMCID: PMC9542755 DOI: 10.1097/MD.00000000000030921

13.-Chojnacki C, Popławski T, Konrad P, Fila M, Błasiak J, Chojnacki J Antimicrobial treatment improves tryptophan metabolism and mood of patients with small intestinal bacterial overgrowth. *Nutr Metab (Lond).* 2022 Sep 27;19(1):66. doi: 10.1186/s12986-022-00700-5. PMID: 36167589

14.-Gairing SJ, Schleicher EM, Labenz C. Diabetes mellitus - risk factor and potential future target for hepatic encephalopathy in patients with liver cirrhosis? *Metab Brain Dis.* 2022 Aug 24. doi: 10.1007/s11011-022-01068-4. Online ahead of print. PMID: 36001211 Review.

15.-Khaw RA, Nevins EJ, Phillips AW.J Incidence, Diagnosis and Management of Malabsorption Following Oesophagectomy: a Systematic Review. *Gastrointest Surg.* 2022 Aug;26(8):1781-1790. doi: 10.1007/s11605-022-05323-y. Epub 2022 Apr 28. PMID: 35484473 Review.

16.-Yukawa-Muto Y, Kamiya T, Fujii H, Mori H, Toyoda A, Sato I, Konishi Y, Hirayama A, Hara E, Fukuda S, Kawada N, Ohtani N Distinct responsiveness to rifaximin in patients with hepatic encephalopathy depends on functional gut microbial species. *Hepatol Commun.* 2022 Aug;6(8):2090-2104. doi: 10.1002/hep4.1954. Epub 2022 Apr 16. PMID: 35429147

Capítulo 41

LA TERAPIA GRUPAL PARA MENORES INFRACTORES POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

ROBERTO BENITO FERNANDEZ

1 Introducción

Se concibe al menor infractor como un adolescente con una serie de problemas que generan conflicto con la sociedad en la que viven y que dificulta su desarrollo en los diferentes aspectos de su vida.

Estos menores tienen una serie de características en común; en cuanto a su procedencia social, suelen provenir de clase baja o media económicamente y de familias desestructuradas. En cuanto a la situación personal, la edad media suele estar entre los 14 y 18 años, edad en la que suelen ser consumidores de alcohol u otras sustancias sobre todo los fines de semana. Y en lo referido al ámbito psicológico, suele ser común un bajo nivel de autoestima, lo que hace que tengan una imagen de sí mismos negativa y pueda conducir ello hacia la marginación social.

La conducta antisocial se relaciona con las conductas de la delincuencia y la del consumo de drogas; están estrechamente relacionadas debido a que comparten los mismos factores de riesgo. El consumo de drogas en edades tan tempranas tiene efectos muy negativos en el menor, ya que es una edad en la que aún se está formando su personalidad, su integración en la sociedad, la forma en la que se ve a sí mismo o sus relaciones con la gente que le rodea, y el consumo de dichas sustancias hace que esos aprendizajes se vean distorsionados o no sean aprendidos de la forma correcta.

2 Objetivos

Objetivo principal

- Fomentar el abandono del consumo de drogas en menores.

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

Una de las formas para abordar la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en menores infractores es la terapia grupal. Se trata de un espacio educativo donde todos los integrantes realizan al mismo tiempo la función de dar y recibir ayuda. El clima de confianza y de pertenencia a un grupo, hace que los progresos de unos, influyan positivamente sobre el de otros, ejerciendo cierta presión positiva para el cambio. Cuando uno de ellos observa la forma de gestionar una problemática que tiene en común o es similar, le sirve de motivación, ejemplo y como una herramienta más para afrontar su propia problemática.

Debido a la dificultad al expresar sentimientos y emociones tan característica de la adolescencia, esta terapia es especialmente efectiva en menores comprendidos en esta franja de edad. Por ello es importante también, que el profesional favorezca un clima de confianza donde los menores sientan que pueden hablar de los temas que les preocupan, temas que, debido a sus características sociales y familiares, probablemente no han tenido la oportunidad de expresar.

Una de las problemáticas mas frecuentes tratadas en estos grupos, es la del consumo de drogas. Este tipo de terapia, permite que hablen y compartan sus pensamientos y su punto de vista sobre este tema, sobre los motivos que los llevaron a consumir, la frecuencia con la que necesitan consumir, lo que sienten al no poder consumir o la reacción de sus familias cuando sucede; situaciones que, en mayor o menor medida, todos comparten. A través de esta terapia, pueden observar las herramientas o estrategias que otros compañeros utilizaron para dejar de consumir o para empezar a adoptar hábitos de vida más saludables.

En dichas sesiones, el profesional también puede planificar actividades que faciliten la verbalización del problema por parte del menor.

5 Discusión-Conclusión

En muchas ocasiones, la terapia de grupo es la única posibilidad que puede tener un menor para salir del consumo de drogas. Debido a la falta de apoyos o personas de referencia en su vida social y familiar, la terapia grupal se convierte en el lugar donde poder expresar lo que siente y lo que piensa, sus preocupaciones o los intentos que ha podido realizar sin éxito para abandonar el consumo. Ve en sus compañeros que existe la posibilidad real de llevar hábitos de vida mas saludables, mejorar su relación con los demás y mejorar su integración en la sociedad.

6 Bibliografía

1. Ambrosio Flores, E. "Vulnerabilidad a la drogadicción" Adicciones 2003. Vol.15

Capítulo 42

EL CELADOR Y EL TRASLADO DE DOCUMENTOS DEL ARCHIVO Y OBJETOS

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

ÁNGEL NOTARIO GARRIDO

MARIA ISABEL MADRIGAL COBO

MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON

MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN

1 Introducción

Las funciones de los celadores relacionadas con la documentación clínica es la tramitación o traslado sin tardanza de las comunicaciones verbales, documentos u objetos que le sean confiados por sus superiores, así como el traslado de los aparatos o mobiliario de unas zonas a otras 1,3.

La información clínica de un paciente puede quedar almacenada en:

- Un fichero: En él van a quedar archivados los datos esenciales del enfermo. Este fichero podemos encontrarlo en todas las consultas y salas de un centro sanitario 0.
- Un archivo de consulta o de planta. En él permanece guardada toda la Historia. Clínica del enfermo mientras está siendo tratado de su enfermedad. En el caso de que el paciente fuera ingresado pasaría a planta.

Las funciones generales del archivo son la conservación de los documentos, acceso a la documentación, sistematización del archivo, información, etc e.

El archivo es el sitio donde quedan guardadas y ordenadas todas las Historias Clínicas de los pacientes que son atendidos por un centro sanitario 3.

Las historias se ordenan según el número que se les asignó a cada paciente en el momento que se abrieron. El celador es el responsable del traslado de esas Historias Clínicas y documentación complementaria desde la unidad hospitalaria al archivo central y viceversa 1,2.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que trabaja en un centro hospitalario cuáles son las actuaciones del celador para el traslado de documentos y objetos.

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 en buscadores de internet, Google.

4 Resultados

El traslado de documentos y objetos debe hacerse con rapidez, orden y seguridad. Hay 2 tipos de tramitaciones:

- Tramitación comunicaciones verbales: los mensajes instrucciones o información de cualquier tipo que el celador hace llegar a su destinatario, será discreto y no divulgará el contenido 1,2.
- Traslado de documentación clínica y documentos: se envían a su lugar de destino la documentación clínica que le sea confiada por sus superiores. La documentación clínica es el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones asistenciales 4.

Se entiende como historia clínica el conjunto de documentos que contiene datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial 7.

El celador se ocupará del traslado de las historias clínicas, no solo en caso de traslado de un paciente para que le sometan a pruebas complementarias sino

también del traslado y documentación complementaria entre el Archivo Central y la unidad hospitalaria peticionaria y viceversa 4.

El celador no entregará las Historias Clínicas a las personas que no estén autorizadas y deberá cooperar en el mantenimiento de la documentación de la que se hace entrega.

- Traslado de aparatos o mobiliario de unos servicios a otros: el celador se personará en la unidad peticionaria una vez recibida la solicitud de traslado y efectuará el porte. Una vez realizado pedirá conformidad del mismo.

También retirará las camas o colchones en mal estado para su restauración o almacenaje,

- Transporte de balas de oxígeno: el celador se encarga del traslado de las balas de oxígeno y su reposición cuando se agoten, así como tenerlas preparadas para el uso,

- Traslado de muestras biológicas: después de obtenerlas hay que analizar, es importante que estas lleguen al laboratorio en condiciones adecuadas, para no alterar los resultados de los análisis. Por ello los celadores se encargarán de trasladar las muestras a los laboratorios y recoger los resultados.

- Distribución de los productos de farmacia: distribuye medicamentos y demás productos de farmacia a las unidades del hospital, cumpliendo siempre el horario, rutas y prioridades 6.

5 Discusión-Conclusión

Hemos conocido que es el archivo y sus funciones, así como puede ser almacenada la información clínica de un paciente (1,2).

Este traslado debe realizarse de forma rápida, ordenada y segura. Además conocemos como personal no sanitario que trabaja en un centro hospitalario transporta cuestiones básicas y traslada documentos y objetos 1.

El protocolo de tramitación de comunicaciones verbales, el traslado de documentos y documentación clínica, el traslado de aparatos o mobiliario de un servicio a otro, el transporte de balas de oxígeno, la distribución de farmacia y el traslado de muestras biológicas es una de las tareas que corresponde al celador 5,5.

6 Bibliografía

<https://formacurae.es>

El traslado de documentos y objetos. Manejo y traslado. www.scielo.org

Capítulo 43

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL HOSPITAL DE DÍA

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

ÁNGEL NOTARIO GARRIDO

MARIA ISABEL MADRIGAL COBO

MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON

MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN

1 Introducción

Se define Hospital de Día como un servicio en el cual se encuentra integrados parte de la unidad de oncología de un centro hospitalario. En el Hospital de día, es un servicio en el cual van los pacientes para recibir el tratamiento para su proceso oncológico, en forma de ciclos de quimioterapia, ya sea intracavitaria, intravesical, intraperitoneal, etc., dependiendo del tipo de cáncer a tratar.

El servicio del Hospital de día está compuesto y formado por puestos con sillones y por boxes con camillas, la cual depende del estado de la salud que presente en ese momento de los ciclos los pacientes, este tipo de pacientes son frágiles y cuentan con las defensas del sistema inmunitario bajas, debido a la quimioterapia. El servicio del Hospital de día, funciona como una unidad de cuidados intensivos (UCI), está formado por un mostrador de forma circular, el cual conforma el centro de actividades y del servicio, alrededor se encuentran los puestos de sillones

o camillas, y desde ahí, el personal sanitario controla el estado de los pacientes, así como de las vías y sueros con la medicación.

El celador forma parte de un equipo integrante de este servicio, el cual está formado por el personal de enfermería y de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, así como también cuenta con la presencia de especialistas en oncología.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo serán conocer las funciones de un celador en el servicio del Hospital de Día.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Los pacientes que acuden al hospital de día para ser atendidos proceden de sus propios domicilios o de la unidad de planta de oncología. Los pacientes internados en sus domicilios suelen moverse solos, pero otros llegan en sillas de ruedas o incluso en camillas del servicio de ambulancias.

Los celadores trabajan junto con otro personal sanitario que está en Hospital de día para ubicar y acomodar a los pacientes en cada posición, ya sea en sillones o camillas de servicio. También colabora en los movimientos posturales que requieren los pacientes encamados, así como en la colocación de biberones o cuñas cuando lo necesitan los sanitarios.

Cuando los pacientes ingresan en el del hospital de día por la mañana, generalmente se someten a análisis de sangre y orina, donde el celador designado los lleva a un servicio de laboratorio lo más rápido posible. Este análisis se repite varias veces en un ciclo, con los carros cargados con muestras, en orden, llevados al servicio de laboratorio de la misma manera, y luego devueltos al servicio con carros vacíos y moldes de pipetas. A veces, los pacientes con cáncer requieren pruebas adicionales, como radiografías, ultrasonidos, tomografías computarizadas, etc. La

transferencia de estas pruebas es responsabilidad del celador. Los llevará al servicio designado, esperará a que se complete la prueba y devolverá al paciente al servicio.

Este es uno de los servicios que requiere la presencia constante del celador asignado al mismo, ya que estos pacientes pueden desestabilizarse en cualquier momento y requerir una actuación urgente por parte del personal sanitario. Únicamente abandonarán el servicio y trasladarán muestras y equipos de transporte del servicio a otros servicios cuando así lo indique el personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El celador que trabaja y presta sus funciones en el servicio de un hospital de día, debe tener unas cualidades muy especiales, como son una atención esmerada con los pacientes, empatía, que por las características que tiene, necesita una atención de forma constante, por eso el celador contribuye con su labor, a que el servicio sea integral y de calidad para los pacientes del hospital de día.

El servicio del hospital de día se encuentra y enfrenta cada día con nuevos retos, ya que el crecimiento constante de los casos de los pacientes con algún tipo de tumor, en los últimos años, así como a la combinación de medicamentos, para paliar o erradicar las dolencias y síntomas de los mismos.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- Pubmed

Capítulo 44

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES DENTRO DE UN QUIRÓFANO

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

ÁNGEL NOTARIO GARRIDO

MARIA ISABEL MADRIGAL COBO

MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON

MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el quirófano cuenta con diversos sectores que albergan todo lo necesario para el desarrollo de una cirugía y para afrontar sus posibles consecuencias, incluyendo complicaciones que deriven de la intervención»

El quirófano requiere unas condiciones especiales de limpieza, ya que es el área hospitalaria con mayor grado de tecnología y complejidad. Al quirófano no se introducirán objetos del exterior. Se debe ir vestido con pijama verde limpio, cubriéndose el pelo (con un gorro) y la barba. El calzado será el que se especifique para el quirófano. El área de Quirófano se divide en tres zonas principales de restricción progresiva para eliminar fuentes de contaminación: Zona Negra, Zona Gris y Zona Blanca. Para que el área de quirófanos sea más funcional, se sugiere que, preferentemente debe estar localizada en la planta baja, con intercomunicación a Terapia Intensiva, Urgencias, Tococirugía, Central de Equipos y

Esterilización, además de tener una relativa cercanía a Radiología, Laboratorio de Análisis Clínicos. El área de quirófano está formada por un equipo especialista, dividido en dos categorías básicas: miembros lavados estériles (cirujanos, ayudantes del cirujano y enfermera instrumentista) y miembros no estériles (anestesta, enfermera, auxiliar de enfermería, celador...).

El celador presenta un papel fundamental en el área quirúrgica. Tiene acceso permitido a todas sus áreas.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo son los de conocer las funciones de un celador en el área de un quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Dentro de las funciones que desarrolla un celador dentro de un quirófano, son las siguientes:

- Velar por el cuidado y mantenimiento de las instalaciones.
- En el caso de que el paciente fallezca, el celador será el encargado de trasladarlo al mortuario. Si durante la intervención se realizan amputaciones, el celador será quien los traslade al mortuario previo orden del cirujano.
- Trasladar a los pacientes desde sus respectivas habitaciones o donde se sitúen hasta las zonas de quirófano, para llevar a cabo las intervenciones quirúrgicas programadas. Es importante antes de llevar al paciente a quirófano comprobar que la identidad de este corresponde con la historia clínica.
- En intervenciones urgentes y en ausencia del peluquero, en las que el paciente no se encuentre rasurado y bien aseado, ayudará al auxiliar en el aseo y rasurará a pacientes masculinos en aquellas partes que necesite.
- Desplazar los equipos/materiales necesarios para realizar la intervención.

- Ayudar al personal sanitario a colocar al paciente en la mesa de operaciones según la posición anatómica que dictamine el cirujano.
- Durante la intervención, debe permanecer atento para aquello que se le pueda requerir (transporte de muestras, transporte de hematíes, plaquetas...), y en el caso de tener que acceder al interior del quirófano, deberá cuidar al máximo la asepsia, utilizando gorro, mascarillas y calzas.
- Después de la intervención, el celador trasladará al paciente a la sala de reanimación o donde corresponda (unidad de cuidados intensivos (UCI), etc.). Cabe destacar que este traslado debe realizarse con máxima seguridad, tomando las medidas adecuadas postoperatorias, colocando la cabeza del paciente de forma lateral con el fin de evitar una broncoaspiración. Durante el traslado, el paciente irá acompañado por el celador, el anestesista y la enfermera.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo diario en quirófano requiere la interacción de múltiples profesionales que deben estar coordinados a la perfección para que la intervención se realice correctamente y la atención global que recibe el paciente sea la más adecuada. La figura de un celador dentro de un quirófano es muy importante, ya que es el encargado de que tanto el paciente como toda la documentación lleguen en condiciones óptimas a la sala de operaciones.

Por ello, para el celador es necesario conocer a la perfección la delimitación de las zonas del área quirúrgica para así poder desempeñar sus funciones de forma correcta.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 45

SÍNDROME DEL EDIFICIO ENFERMO. FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS. MEDIDAS PARA MINIMIZAR LOS TRASTORNOS RELACIONADOS

ANA JOAQUINA GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

Este trastorno surge aproximadamente el siglo pasado, más o menos en la década de los años 70, pero será reconocido como enfermedad laboral años más tarde.

Los habitantes o usuarios habituales de este tipo de inmuebles se ven afectados por una serie de dolencias que tienen que ver con el mal estado del edificio.

Ocurre, en ocasiones, que la arquitectura y la construcción de viviendas o espacios de trabajo no va unida al respeto al medio ambiente o a la correcta definición de lugares eficientes, ecológicos y/o saludables.

El tipo de materiales que se utilizan en la construcción puede ser un factor de riesgo importante, así como el diseño de los edificios, que también puede contribuir al desarrollo de estas patologías.

Hay que diferenciar entre este problema y la enfermedad ligada al edificio. En este último caso, las personas que habitan o utilizan sus instalaciones por motivos laborales, entre otros, se ven todos ellos afectados de igual modo y con los mismos síntomas y patologías similares.

Hay muchos factores que contribuyen a desarrollar estos trastornos y pueden tanto estar relacionados con el propio edificio, como por el desarrollo del trabajo en su interior e incluso pueden también tener que ver con el propio trabajador o usuario.

2 Objetivos

- Abordar los distintos factores que inciden en el desarrollo de esta problemática.
- Pautas aplicables en este contexto para tratar de minimizar las consecuencias de este trastorno.

3 Metodología

Para llevar a cabo la realización de este trabajo se ha hecho una revisión bibliográfica consistente en la búsqueda tanto en Internet como en diversas publicaciones de carácter científico.

Se han analizado diversos estudios publicados sobre esta temática y se han ido eligiendo aquellos que se han considerado de un mayor interés para el tema que nos ocupa.

4 Resultados

El Síndrome del Edificio Enfermo comienza a surgir en la década de los años 70 del siglo pasado, aunque es más tarde, durante la década de los 80 cuando es debidamente documentado al surgir casos cada vez más frecuentes en trabajadores que realizaban su jornada de trabajo en inmuebles con una arquitectura y unas condiciones de habitabilidad determinadas.

Debemos diferenciar para ilustrar mejor el capítulo, entre edificios que se consideran de forma permanente enfermos y aquellos que sufren el problema de forma temporal.

Estos últimos desarrollan los trastornos tras una remodelación del edificio y los síntomas van disminuyendo conforme va pasando el tiempo.

Los considerados de forma permanente como enfermos, describen una serie de patologías en sus usuarios que suelen tener que ver con los materiales empleados en su construcción, así como los sistemas utilizados para canalizar las distintas instalaciones que el edificio precisa, como iluminación, aire acondicionado, etc.

Las características que suelen tener estos inmuebles se repiten y son comunes en todos ellos, como por ejemplo:

La deficiente ventilación, escasa recirculación del aire, mínima entrada de aire del exterior...Se erigen en zonas con alta polución lo que hace que la situación sea aún más complicada.

La iluminación inadecuada también incide en estos trastornos...Oficinas con largas jornadas de trabajo, con grandes pantallas de visualización de datos que perjudican la salud visual al tiempo que la luz natural es casi inexistente.

Los materiales para revestir los diferentes departamentos son también foco de problemas, como los empleados para los suelos o las paredes.

Todos y cada uno de estos supuestos pueden desencadenar toda una serie de trastornos que van desde los relacionados con la ventilación, ya sean de tipo respiratorio e incluso dermatológico... A los de tipo psicológico, que están más relacionados con el estrés laboral que se acumula tras unas condiciones de trabajo que asfixian al trabajador.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la compleja situación que surge cuando se detectan estos casos, debería analizarse cada uno en su propio contexto, ya que no todos los inmuebles, por sus determinadas características, desarrollan la misma sintomatología.

Las mejoras a llevar a cabo en estos edificios engloban varios aspectos a mejorar, como pueden ser ,los relacionados con la calidad del aire, renovando sistemas de ventilación y/o climatización que pueden haberse quedado obsoletos.

- Hacer una mejor distribución de la iluminación natural y también de la artificial.
- El aspecto referido a la acústica también es importante, tratando de realizar una correcta insonorización de los distintos espacios de trabajo.
- Favorecer las relaciones laborales adecuadas, respetando las pausas recomendadas, y en un ambiente óptimo de trabajo contribuye a eliminar el estrés y sus negativas consecuencias.

6 Bibliografía

1. Instituto Sindical de Medio Ambiente y Salud. (www.istas.ccoo.es)
2. El blog de la ventilación eficiente. (www.solerpalau.com)
3. Enfermedades relacionadas con los edificios. (<https://scielo.isciii.es>)
4. El Síndrome del Edificio Enfermo. (www.salud.mapfre.es)
5. Síndrome del Edificio Enfermo. (www.discapnet.es)

Capítulo 46

RIESGOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN EL MEDIO SANITARIO QUE PUEDEN AFECTAR AL PERSONAL DE TIPO ADMINISTRATIVO. CUÁLES SON LOS MAS COMUNES Y CÓMO SE PUEDEN PREVENIR

ANA JOAQUINA GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

Los riesgos que atañen a la seguridad son todos aquellos que tienen que ver con los elementos que suele utilizar diariamente el trabajador administrativo en el desarrollo de su actividad laboral.

Pueden abarcar un sinfín de aparatos y objetos variados, tales como ordenadores, máquinas fotocopadoras, escáneres, trituradoras de papel, mobiliario de archivos, grapadoras, tijeras, aparatos de iluminación, teléfonos, etc. hasta incluso una máquina dispensadora de bebidas puede convertirse en un riesgo si no se usa adecuadamente.

La irrupción de aparatos electrónicos, cada vez más sofisticados, también puede ser considerada como un riesgo potencial si no se instruye al personal en la manipulación correcta de los mismos.

También se consideran los riesgos derivados de la manipulación o contacto con cableados, enchufes en mal estado o similares.

Mención aparte merecen los riesgos que tienen que ver con caídas. Suponen un impacto importante por la probable incapacitación temporal que puede conllevar.

Como vemos, hay una serie de riesgos a los que nos podemos enfrentar a lo largo de nuestra vida laboral en este sector.

Como siempre, se hace totalmente indispensable que el trabajador, cuando toma posesión de su puesto, tenga claro a qué posibles peligros se enfrenta y cómo debe abordarlos en materia de seguridad, tanto la suya propia como la de los compañeros que le rodean y de este modo poder controlar perfectamente la situación.

2 Objetivos

- Analizar los riesgos concretos de los distintos elementos que conforman el medio de trabajo del administrativo sanitario.
- Implementar códigos de buenas prácticas que resultan indispensables para desarrollar el trabajo con seguridad y mínimos riesgos.

3 Metodología

Este trabajo que nos ocupa es el resultado de una serie de búsquedas por menorizadas principalmente en Internet.

Para ello, se han analizado tanto portales de temática científica como otros que abordan temas como la prevención de riesgos laborales.

Sobre esto último, se ha avanzado mucho en materia de prevención, con lo cual hay publicada una extensa bibliografía que es de vital importancia para realizar adecuadamente este estudio.

4 Resultados

Los riesgos laborales en materia de seguridad a los que se enfrenta el personal de tipo administrativo en el entorno sanitario son variados y pueden ser de una forma más bien leve hasta llegar a entrañar una gran gravedad si no se toman las medidas pertinentes para minimizarlos.

Comenzaremos detallando los que se deben a golpes, sobre todo con mobiliario, como pueden ser los que se producen con puertas y cajoneras que no están bien cerradas, muebles archiveros que no disponen de un sistema correcto de apertura y/o cierre...

La caída de diferentes elementos del mobiliario también constituye un peligro en materia de seguridad. Estanterías que no están correctamente ancladas a las paredes, baldas que colapsan por exceso de peso, etc.

Los riesgos por caídas a un mismo nivel ya suponen un escalón más en la escala de riesgos. Zonas de paso habitual en las que puede haber de forma inesperada algún obstáculo como cables, moquetas levantadas, agua, etc. Todo ello debería estar correctamente señalizado para que el trabajador actúe con cautela y sin embargo no siempre ocurre así.

Una correcta iluminación de los espacios de trabajo combinando, si es posible, la luz natural con la artificial ayuda a mejorar la posible fatiga visual y evita además los temibles tropiezos e incluso caídas.

Mencionamos también las probables caídas a distinto nivel que suponen un alto riesgo para el trabajador. La no buena costumbre de subirse a sillas, normalmente con ruedas, a taburetes, a una mesa, sobre una caja...

Se trata de riesgos que fácilmente podemos evitar y para ello se hace indispensable, por ejemplo, una buena escalera adaptada a las dimensiones del lugar de trabajo, con características antideslizantes y con fácil agarre. Un buen calzado de seguridad es también un dato a tener en cuenta.

A la hora de coger objetos que pueden resultar pesados o difíciles de manipular por sus características, ya sean cajas, archivadores, etc. trataremos de adoptar posturas que no lastimen la columna vertebral y procurando no soportar más peso del debido.

Los cortes producidos con material de oficina también son frecuentes y fácilmente evitables. La correcta manipulación de estos elementos como tijeras, grapadoras, cúter, cizallas, etc. protegiendo la zona de corte se hace indispensable.

Un aspecto importante de la seguridad es el que tiene que ver con los riesgos eléctricos. El sistema eléctrico del lugar de trabajo, los aparatos y demás dispositivos deben estar en perfecto estado. Si advirtiéramos alguna deficiencia no debemos manipular nada y llamaremos al profesional competente.

No se deben utilizar cables ni enchufes en mal estado, ni mucho menos tocar cualquier aparato eléctrico con las manos húmedas. Las tomas múltiples de enchufes no debemos saturarlas por el riesgo de que sufran un calentamiento excesivo y den lugar a un probable riesgo de incendio.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar en el desarrollo de este capítulo, los riesgos derivados de la seguridad en el trabajo aplicada al personal que realiza su función en el área administrativa del sector sanitario pueden tener graves consecuencias si no se aplican una serie de pautas sencillas a la hora de su realización y cumplimiento y que muchas veces desafortunadamente no son suficientemente valoradas.

Los horarios cambiantes en el trabajo con abuso de la turnicidad y la nocturnidad, creando inconvenientes en el descanso y la concentración del trabajador.

El ambiente laboral, con cambios de puesto y su correspondiente adaptación que no siempre se logra, lo que puede llevar a cuadros de estrés, conflictos entre compañeros, etc.

Por descontado, el lugar de trabajo, donde el personal laboral pasa tantas horas diariamente, debe ser un lugar totalmente seguro, en el que se cumplan absolutamente todas las normas en materia de seguridad laboral y no debiera convertirse en un lugar que entrañe riesgos como los detallados en esta exposición.

6 Bibliografía

1. Instituto Sindical de Medio Ambiente y Salud. (www.istas.ccoo.es)
2. Revista Médica. (www.revistamedica.com)

Capítulo 47

RIESGOS BIOLÓGICOS Y/O QUÍMICOS PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO QUE TRABAJA EN ENTORNOS SANITARIOS. ORIGEN Y PREVENCIÓN DE LAS DISTINTAS SITUACIONES

ANA JOAQUINA GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

El personal administrativo que desempeña sus funciones en entornos de tipo sanitario como centros de salud, hospitales, etc. puede verse expuesto, en determinadas situaciones, a riesgos tanto biológicos (virus, bacterias, parásitos...) y/o químicos (sustancias con un elevado riesgo). Todos ellos deben ser tomados muy en cuenta por los probables efectos negativos para su salud.

Todos estos agentes manifiestan una alta capacidad de contagio y también una alta toxicidad con unos efectos que pueden resultar muy desfavorables. Esto hace imprescindible saber valorar por parte del trabajador a qué puede enfrentarse en el desarrollo de su actividad laboral y que sepa gestionar los posibles riesgos que surjan de una forma adecuada y con total diligencia.

La exposición a agentes de índole biológica o química depende mucho del puesto de trabajo que ocupa el trabajador, lo cual condiciona también el riesgo al que se ve sometido.

El grado de exposición al agente patógeno y también la propia capacidad del individuo para resultar infectado varía de unas personas a otras, con lo cual habrá trabajadores que en condiciones menos favorables no se verán afectados y en cambio otros pueden ver seriamente comprometida su salud.

La aparición de nuevas enfermedades y la terrible irrupción del Covid 19 nos hacen reflexionar sobre la vulnerabilidad con que enfrentamos estos riesgos.

2 Objetivos

- Enumerar los distintos riesgos ya sean de tipo biológico y/o químico a los que puede enfrentarse el personal de la rama administrativa a lo largo de su periplo laboral en entornos sanitarios o también sociosanitarios.
- Referir las prácticas recomendadas para tratar de minimizar cualquier tipo de riesgo que pueda surgir en el desarrollo habitual de las tareas recomendadas.

3 Metodología

En el proceso de realización de este trabajo hemos hecho un estudio de documentación relacionado con el mismo que ha sido fruto de una búsqueda minuciosa de artículos y referencias a través de Internet principalmente, en portales especializados en salud laboral y particularmente enlazados con el sector sanitario.

En la actualidad pueden encontrarse en la Red referencias suficientes que nos permitan realizar una adecuada presentación del tema en cuestión.

4 Resultados

Los trabajadores del sector administrativo que realizan su actividad laboral en entornos sanitarios o similares están expuestos, en gran medida, a riesgos biológicos con agentes de tipo vírico, bacteriológico, etc. Por ello, se hace totalmente indispensable llevar a cabo una serie de acciones tanto de forma individual como colectiva, para extremar las medidas de seguridad y concienciar al trabajador del riesgo real al que se expone.

La higiene de manos con la frecuencia que se considere, algo tan valorado actualmente.

La vacunación en los casos que se vea oportuno.

La limpieza y desinfección exhaustivas de todo el material que deba ser manipulado.

El cuidado a la hora de la utilización de instrumentos que puedan resultar punzantes e incluso cortantes.

La correcta eliminación de residuos o desechos que supongan un riesgo.

Todo ello debe ir en consonancia con la adecuada formación del trabajador en salud laboral y prevención de riesgos laborales concernientes a su puesto de trabajo.

Los riesgos de tipo químico también son inherentes a la labor desarrollada por un administrativo del sector sanitario. El uso que puede darse a estas sustancias, la forma en que se manipulan o también el simple hecho de tenerlas almacenadas constituyen un riesgo que no debemos obviar.

La particular circunstancia que consideramos totalmente desfavorable y acrecienta su peligrosidad es que el trabajador puede verse expuesto al riesgo y no ser consciente de ello, incluso su organismo no dará síntomas hasta pasado un tiempo. Esta negativa coyuntura hará muy complicada la posibilidad de revertir la situación.

Como en otro tipo de riesgos laborales, la importancia de la formación del trabajador en materia de salud laboral y prevención de riesgos laborales es máxima y debe ser continua.

La reciente pandemia de Covid 19 ha puesto de manifiesto la importancia de la salud colectiva y también individual, tan necesarias ambas para tratar de superar con los menores daños posibles este contratiempo sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Realizar la actividad laboral en un entorno sanitario supone la exposición a una serie de riesgos para la salud del trabajador y, específicamente, los que están relacionados con agentes biológicos y/o químicos son altamente peligrosos.

Es importante llevar a cabo un examen exhaustivo de los riesgos concretos y analizar con detalle las circunstancias en las que se desarrolla el trabajo diario. Tener claro cuáles son estos riesgos y el grado de peligrosidad de cada uno de ellos, cómo interactúan con el entorno, qué pautas hay que seguir durante el

proceso de probable exposición, actuando con rigurosidad y extremando las precauciones al máximo. Para ello no debemos escatimar en recursos que puedan protegernos al desempeñar nuestro trabajo.

Por ello, se hace indispensable que los trabajadores reciban una formación adecuada a los riesgos que pueden encontrarse al realizar sus tareas laborales. Esta formación debe ser continua y permanentemente actualizada, en consonancia con las variaciones que pueden ir surgiendo a lo largo de su actividad.

Es necesario además que puedan contar con el material de protección correspondiente y adecuado a su puesto de trabajo, así como adaptar sus propias circunstancias de salud, vulnerabilidad, etc. al trabajo realizado.

6 Bibliografía

1. Instituto Sindical de Medio Ambiente y Salud. (www.istas.ccoo.es)
2. Prevención riesgos laborales del auxiliar administrativo en sanidad. (www.revistamedica.com)

Capítulo 48

TRASTORNOS MUSCULO-ESQUELETICOS EN EL ENTORNO LABORAL SANITARIO. ORIGEN Y TRATAMIENTO. PAUTAS PARA UNA ADECUADA PREVENCION.

ANA JOAQUINA GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

El conjunto que forman la variedad de trastornos que se engloban bajo la definición "de tipo músculo-esqueléticos se ha ido acrecentando en los últimos años. Ello provoca anualmente un incremento del coste económico que conllevan los distintos tratamientos que se aplican para minimizarlos.

En el ámbito sanitario estas dolencias se extienden principalmente por el sector de la enfermería y técnicos sanitarios. Su trabajo contempla, en ocasiones, la manipulación y carga de enfermos con el consiguiente riesgo para su salud postural.

Estos trastornos pueden registrarse como un leve dolor de articulaciones que se puede aliviar fácilmente o como dolencias más graves e incapacitantes tales como lesiones a nivel de cuello, de espalda, etc. que pueden desembocar en largas bajas laborales por enfermedad con tratamientos médicos adecuados a cada caso.

Generalmente, estos trastornos no obedecen a una única causa, si no que son la combinación de una serie de factores, tanto físicos o del propio individuo como sociales o de tipo organizativo. Esto viene a significar que están generalmente

provocados por el tipo de trabajo que se desarrolla y las circunstancias que puede llevar aparejadas.

Para poder realizar un estudio pormenorizado de las causas que inciden en el desarrollo de estas dolencias, se hace necesaria desde las empresas la rigurosa evaluación de los riesgos potenciales que pueden darse en cada puesto de trabajo, contando para ello con la inestimable colaboración de los propios trabajadores que pueden aportar su propia visión y sugerir las posibles soluciones.

2 Objetivos

- Determinar cuáles son los factores que desencadenan la mayor parte de estos trastornos-
- Referir las pautas a seguir para tratar de prevenir y/o minimizar los efectos de estas dolencias.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio concreto sobre las lesiones músculo-esqueléticas y su incidencia sobre la salud de los trabajadores se han consultado diversas fuentes, tanto a nivel de publicaciones científicas que se pueden encontrar en Internet como también libros científicos o sanitarios que abordan estas dolencias y nos sirven de referencia para la elaboración de este capítulo.

4 Resultados

Las lesiones de índole músculo-esqueléticas son, en la actualidad, unas de las más extendidas dentro del ámbito laboral. Poder realizar un eficaz seguimiento es fundamental para mejorar la salud de los trabajadores y además minimizar los costes a las empresas.

Estos trastornos suelen afectar, sobre todo, a la zona de la espalda, zona cervical, brazos y piernas. Dependiendo del grado de afectación pueden llegar a incapacitar al trabajador para el trabajo que desempeña habitualmente.

En el entorno que nos ocupa, el sanitario, los factores de tipo físico que pueden incidir en el desarrollo de estas dolencias suelen venir dados por la adopción de posturas inadecuadas, la repetición de movimientos, la rapidez de los mismos, el

sedentarismo o incluso lo contrario, largos períodos de tiempo permaneciendo de pie.

También existen factores psíquicos que pueden llegar a tener relación con el trastorno, como pueden ser las jornadas sin apenas descanso, la acumulación de tareas, el trabajo a turnos...

Realmente, si el entorno de trabajo revela situaciones de estrés, de ansiedad, etc. y unimos esto a un posible riesgo de tipo físico se acrecentará notablemente la posibilidad de desarrollar una enfermedad.

Las empresas deben abordar estos trastornos realizando una adecuada evaluación de probables riesgos, tratando en la medida de lo posible de adaptar el puesto de trabajo al profesional para que pueda desempeñarlo de la forma más eficaz y menos arriesgada para su salud.

Para ello se debe contar de forma ineludible con los propios trabajadores tratando de acercar posturas en la búsqueda de las soluciones mas adecuadas.

Los trabajadores deben recibir una formación correcta en materia de salud laboral y seguridad que debe consistir en analizar los probables riesgos a los que se pueden enfrentar desde su puesto de trabajo y así poder minimizarlos en la medida de lo posible.

Una correcta organización del trabajo influirá de forma muy positiva en la gestión de estos trastornos, llevando también a lo largo del tiempo, una cuidada valoración médica de cada trabajador y en el caso de aquellos que ya se vean afectados se instaurarán las pautas convenientes para procurar su alivio y curación.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos de tipo músculo-esquelético producen a lo largo del año muchas bajas laborales que se traducen en un alto coste para las empresas.

En el sector sanitario hay también una alta incidencia que podría reducirse adoptando una serie de pautas saludables durante el desarrollo del trabajo.

- Organizar el trabajo con descansos adecuados, con zonas perfectamente iluminadas y en ambientes correctamente climatizados.
- No forzar posturas en el momento de manipular a pacientes o gestionar ade-

cuadramente las cargas previniendo así lesiones de espalda o de extremidades.

- Adaptar los avances tecnológicos al entorno de trabajo es una medida a tener en cuenta para un normal desarrollo de la jornada laboral.

- Y, desde luego, un aspecto tremendamente importante es el referido a que el trabajador tenga una adecuada formación para la labor concreta que va a desempeñar y de esta forma saber enfrentar los riesgos que se puedan derivar de sus actuaciones.

Para ello, deben instaurarse en las empresas diversos planes de prevención de riesgos y de formación de los trabajadores. Estas pautas deberían realizarse de forma periódica, de forma que el trabajador esté siempre actualizado, tanto a nivel de conocimientos formativos para el puesto que desempeña como de tipo preventivo, para saber de los hipotéticos riesgos inherentes a su actividad laboral.

Todas estas medidas redundarán en menos bajas laborales, reduciendo también los costes de las mismas y sus tratamientos.

6 Bibliografía

1. Instituto Sindical de Medio Ambiente y Salud. (www.istas.ccoo.es)
2. Trastornos Músculo-Esqueléticos. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (www.osha.europa.eu)

Capítulo 49

EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN TIEMPOS DE COVID. RIESGOS INHERENTES A SU PUESTO. PAUTAS DE SEGURIDAD E HIGIENE

ANA JOAQUINA GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

Desde que comenzó la pandemia por Covid 19 a finales del año 2019, la vida de las personas se ha visto trastocada y todos hemos tenido que adaptarnos a una serie de cambios a la hora de relacionarnos y de convivir con el virus en el día a día.

Si hablamos del sector sanitario, ha sido y sigue siendo esencial y de alto riesgo, tanto para los trabajadores sanitarios propiamente como para el resto de categorías que también desarrollan su labor en este sector y trabajan codo a codo con los profesionales sanitarios.

La gestión que realiza el personal administrativo en el ámbito sanitario siempre ha sido importante y en tiempos de pandemia aún lo es más y no está exenta de riesgos por exposición al virus.

Como consecuencia de esta emergencia sanitaria mundial, en los primeros tiempos de su expansión, el personal administrativo que no era considerado como

esencial, ha podido desarrollar su labor en la modalidad de teletrabajo desde su propia casa. Este formato laboral tiene sus ventajas y también sus inconvenientes.

Al trabajar desde su domicilio, el empleado puede organizar su jornada laboral en base a sus circunstancias familiares, esto puede originar situaciones de estrés o ansiedad a la hora de compaginar ambas situaciones, pudiendo llevar a cierto aislamiento social.

Por otro lado, el personal administrativo que se ha mantenido en su puesto también se ha visto expuesto a situaciones de estrés por el colapso del sistema sanitario y los riesgos añadidos a la situación pandémica.

2 Objetivos

- Analizar los riesgos que puede sufrir el personal administrativo en su puesto de trabajo en tiempos de Covid.
- Instaurar hábitos de higiene y autocuidado para una correcta gestión de la actividad laboral.

3 Metodología

Con el objeto de llevar a cabo de forma fidedigna la elaboración de este capítulo se han hecho un estudio y una clasificación de la extensa información que se encuentra disponible tanto en Internet como en artículos publicados en prensa escrita.

Esta información se actualiza con asiduidad, pues el virus sigue conviviendo con nosotros y por ello los protocolos de actuación van adaptándose a los distintos escenarios que se van sucediendo.

4 Resultados

La pandemia por Covid 19 que llevamos soportando desde hace aproximadamente tres años nos ha cambiado en nuestras interacciones tanto a nivel personal como profesional.

Esto ha hecho que en el entorno de trabajo se produzcan situaciones de estrés tanto al teletrabajar como al realizar el trabajo de forma presencial.

Los distintos protocolos instaurados con el fin de no correr riesgos innecesarios, como puede ser el mantener la distancia social en todo momento, con medidas como el aislamiento, hacen que los trabajadores puedan sentirse deprimidos al no poder compartir charlas y desayunos de trabajo donde anteriormente socializaban con sus compañeros.

También el teletrabajo puede influir en que el trabajador se sienta solo y aislado al encontrarse trabajando desde su casa, en un ambiente muy distinto al laboral, en el que a menudo debe tratar de combinar su jornada laboral con las tareas familiares.

Estas situaciones de nerviosismo o ansiedad pueden conducirnos a una mala alimentación, con episodios de ingesta de forma compulsiva o de alimentarnos con productos muy ricos en grasas o azúcares, que pueden desarrollar enfermedades como la obesidad, la aterosclerosis, la diabetes, la hipertensión, etc. La menor actividad física también puede suponer un problema a tener en cuenta en la posible aparición de cualquiera de estas enfermedades.

El personal administrativo que trabaja en hospitales, centros de salud, residencias sociosanitarias, etc. son, desde luego, una categoría profesional con un gran riesgo de contagio por coronavirus.

Al inicio de la pandemia no existían protocolos de actuación frente al virus ni tampoco medidas adecuadas de protección al igual que realmente se desconocía la envergadura del peligro al que nos enfrentábamos.

A medida que ha ido pasando el tiempo se han venido aplicando medidas tanto de autoprotección como diversa normativa aplicable al trabajo diario en estos establecimientos sanitarios.

La utilización obligatoria de mascarillas de alta protección, la higiene frecuente de manos con geles hidroalcohólicos y el uso en casos concretos de EPIS, los equipos de protección individualizada, son pautas que han logrado disminuir, en gran medida, la incidencia de contagios entre el personal no sanitario que trabaja en el ámbito de la salud.

5 Discusión-Conclusión

La pandemia originada por el virus Covid 19 ha modificado sustancialmente nuestros hábitos de vida y el aspecto laboral es uno de ellos.

Se han adoptado muchas medidas que han logrado ralentizar la infección y la llegada de las vacunas ha supuesto un grandísimo avance para lograr paliar los efectos de los contagios y que al alto coste en vidas humanas que ha supuesto la irrupción del virus no se suma también el enorme coste económico derivado del confinamiento, con la quiebra y desaparición de muchas empresas y negocios, así como la elevada tasa de personas que han perdido su empleo.

El alto porcentaje de vacunados contribuye positivamente a intentar volver a los niveles previos a la pandemia.

Desde el sector de la sanidad pública se hace indispensable que los profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, se sientan apoyados y reconocidos en una labor que supone un gran desgaste tanto físico como psíquico.

Ellos son los primeros en enfrentarse al virus, así lo han demostrado en los momentos más críticos y han de contar para ello con la protección adecuada y los protocolos precisos para sortear el riesgo de la forma más favorable y satisfactoria.

6 Bibliografía

1. Personal no sanitario hospital Covid 19. (www.revistamedica.com)
2. El auxiliar administrativo y el impacto del coronavirus en el ámbito sanitario. (www.revistamedica.com)

Capítulo 50

DESIGUALDAD EN EL PERSONAL DE ELECTRICISTAS DE LOS CENTROS SANITARIOS

PEDRO JOSE CORTES MOLINA

RUBÉN CAVA

EDUARDO GARCIA DONATE

CARLOS LÓPEZ MUÑOZ

FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO

1 Introducción

Vamos a ver y sobre todo destacaremos uno de los muchos problemas que afectan a nuestras diversas categorías de atención médica pública y privada, la desigualdad no debe regir la profesional de un trabajador/ar en ningun ambito laboral , ya que eso no determina la no profesionalidad de nadie.

Mucha evidencia científica muestra que la desigualdad se siente en diferentes sectores de trabajo. Este es un caso especial de la profesión médica abiertamente femenina. Por otro lado, existen otras profesiones como albañil, albañil, carpintero, etc. Hay una gran desigualdad en estos campos porque son predominantemente masculinos.

Estas viejas desigualdades pueden explicarse por muchos factores, especialmente las diferencias horizontales y verticales en las ocupaciones. Dado este hecho,

pueden surgir varias preguntas: ¿Por qué la feminización está aumentando en varias profesiones médicas, pero falta en otras industrias tecnológicas y otras industrias artísticas? ¿Es discriminación si primero admitimos que existe discriminación de género en el mercado laboral o incluso en el sector público? Aunque las mujeres están claramente sobrerrepresentadas tanto en el ámbito empresarial como en el sanitario cuando se les otorgan puestos de responsabilidad, existen diferencias significativas en su vida profesional y en sus condiciones de vida, y esta mejora no parece desproporcionada.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es analizar las barreras y obstáculos que impiden a las mujeres acceder a determinados puestos administrativos o técnicos, como el personal de enfermería hospitalaria.

3 Metodología

Para recopilar los últimos artículos sobre un tema de investigación, se realiza una revisión bibliográfica utilizando diversas bases de datos, como recursos científicos como Pubmed, Scielo o Google Scholar. Se examinaron términos relevantes al tema de investigación y los resultados se limitaron a los últimos 15 años.

4 Resultados

Hay que analizar bien el proceso de desigualdad de ciertos puestos de trabajo que aun a día de hoy siguen siendo tabú y no se trabaja nada para solucionarlo. Parece importante analizar los obstáculos y barreras que impiden el acceso de las mujeres a puestos de alta responsabilidad, por un lado, ya profesiones de ingeniería como el mantenimiento por otro.

Asociación Española de Administraciones Sanitarias (SESPAS), existen claras diferencias de género que indican que las mujeres están menos involucradas y tienen menos probabilidades de ocupar puestos de liderazgo que las mujeres. Otros estudios muestran que a pesar de la feminización en el sector salud, la promoción es desigual entre hombres y mujeres en otras ocupaciones como construcción, mantenimiento y carpintería. Las mujeres constituyen una proporción asombrosa de la fuerza laboral total aquí y, además, como en el campo de la medicina, progresan menos que los hombres. Uno de los factores que explican

estas diferencias de género en el acceso a ocupaciones más técnicas es el rol de la mujer dentro del hogar, y como este rol se repite en varios sectores ocupacionales como los mencionados anteriormente, surge la contradicción entre ellos. Diversas encuestas realizadas muestran claramente que existe una percepción general sobre el papel social que debe desempeñar la mujer y su vida profesional. En otras palabras, presenta un discurso social determinado por la asociación del género con varios rasgos que trascienden los marcos ocupacionales. Esto está relacionado con el estereotipo de que las mujeres son cuidadoras sensibles, familiares, frágiles y no técnicas. Este estereotipo también se puede encontrar en campos como la salud y la medicina, así como en profesiones como la construcción y el mantenimiento de instalaciones.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir los diferentes roles sociales que pueden y de hecho influyen en los roles profesionales de mujeres y hombres más allá de los estereotipos con los que nos encontramos a diario, se encuentran ocupaciones, pero siempre relacionadas con el cuidado y la asistencia a los demás, como en el campo de la medicina. Por otro lado, otros sectores técnicos como el mantenimiento, la construcción e incluso la carpintería son hegemónicos masculinos y las mujeres son casi inexistentes incluso hoy.

Como el tema de los electricistas en los centros sanitarios, que no hay apenas mujeres en sus plantillas y la profesionalidad a día de hoy no lo determina un género.

6 Bibliografía

1. Chaves, M., Fuentes, S. G., & Vecino, L. (2016). Experiencias juveniles de la desigualdad: Fronteras y merecimientos en sectores populares, medios altos y altos. Grupo Editor Universitario; Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
2. Millenaar, V., & Jacinto, C. (2015). Desigualdad social y género en las trayectorias laborales de jóvenes de sectores populares: el lugar de los dispositivos de inserción.
3. Torns, T., & Cáceres, C. R. (2012). Desigualdades de género en el mercado de trabajo: entre la continuidad y la transformación. *Revista de economía crítica*, (14), 178-202.

4. Strey, M. N. (1994). La construcción del proyecto profesional en la mujer: estudio de algunos aspectos psicosociales.

Capítulo 51

LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL PERSONAL ELECTRICISTA QUE TRABAJA PARA LOS CENTROS HOSPITALARIOS

PEDRO JOSE CORTES MOLINA

RUBÉN CAVA

EDUARDO GARCIA DONATE

CARLOS LÓPEZ MUÑOZ

FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO

1 Introducción

Según la norma UNE-EN 13306:2001 “Terminología del mantenimiento” se entiende como mantenimiento la “combinación de todas las acciones técnicas, administrativas y de gestión, durante el ciclo de vida de un elemento, destinadas a conservarlo o devolverlo a un estado en el cual pueda desarrollar la función requerida”.

En los centros sanitarios hay un personal, a excepción de médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, que realizan distintas funciones diversas, dispuestos a riesgos diferentes. Es el caso del personal de mantenimiento. Además, a mayor magnitud del centro, más cantidad de trabajadores dedicados al mantenimiento del

lugar y una mayor especialización que se va a requerir, especialmente a nivel de mantenimiento eléctrico, de mantenimiento de instalaciones, gestión de residuos o mantenimiento mecánico. En los casos de centros pequeños, las personas dedicadas al mantenimiento van a tener perfiles más diversos y polivalentes. En ocasiones, se subcontrata el servicio para tareas específicas, como de instalaciones o el mantenimiento de equipos médicos complejos, y van a tener distintas funciones, como es el mantenimiento preventivo, el mantenimiento predictivo o el mantenimiento correctivo: los dos primeros se componen de tareas que se dedican a planificar y programar el trabajo, mientras que los correctivos son no planificados y pueden realizarse de una manera inmediata o incluso apresurada, aumentando el riesgo al que se está expuesto.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es analizar los problemas de salud que presenta el personal de mantenimiento de los centros sanitarios.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando como fuentes científicas diferentes bases de datos, tales como Pubmed, Scielo o Google Académico, a fin de recopilar artículos actualizados sobre el objeto de estudio. Las fechas se han restringido a los últimos 15 años, cribando los resultados a términos referentes al tema del trabajo.

4 Resultados

Según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) se puede estimar que en España alrededor del 14-17% de los accidentes ocurridos entre 2005 y 2006 estuvieron relacionados con operaciones de mantenimiento.

Con el objetivo de identificar en qué momento se producen los accidentes, se deben describir, primeramente, las fases de un trabajo de mantenimiento:

- Primera fase: previa a la realización de la intervención propiamente dicha (observación, diagnóstico, aislamiento, preparación, etc.).
- Segunda fase: la intervención del mantenimiento en sí misma.
- Tercera fase: se realizan diversas actividades con el fin de conseguir finalizar el mantenimiento del equipo o avería para devolverle su funcionalidad.

En este sentido, se encuentran distintos riesgos a los que están expuestos los profesionales de mantenimiento sanitario durante, especialmente, la fase de intervención. Precisamente por la exposición a distintas instalaciones, como es el agua fría y caliente, depuradoras de aguas residuales, instalaciones contra incendios instalaciones, de gases radiactivas, fluidotérmicos, instalaciones eléctricas. Así, los riesgos asociados al mantenimiento de este tipo de instalaciones son, especialmente, caídas, golpes, contactos eléctricos y contactos térmicos, problemas derivados de realizar posturas forzadas y de realizar movimientos repetitivos, incendios, explosiones, exposiciones a radiaciones. Por otro lado, también encontramos que su salud puede verse afectada al verse expuestos a distintos agentes biológicos en el mantenimiento de las instalaciones de agua, especialmente por la el contagio de la legionela.

Finalmente, encontramos afectación a la salud asociada al lugar de trabajo y a los equipos: en primer lugar, en el lugar de trabajo, el personal de mantenimiento puede tener contacto con fluidos de pacientes del centro, especialmente en trabajos de fontanería, en las habitaciones de los pacientes o también en los quirófanos o a la hora de reparar equipos médicos o de laboratorio. Para conseguir controlar estos riesgos podremos tomar medidas preventivas con respecto a los procedimientos de trabajo a través de distintas medidas higiénicas y utilizando equipos de protección.

5 Discusión-Conclusión

Con el transcurrir de los años las máquinas y equipos de trabajo, así como las instalaciones, pueden perder funcionalidad a causa del uso y manejo periódico, aunque también a causa de fallos o errores en su diseño y fabricación. Así mismo, una manipulación y uso inadecuados puede ser determinante a la hora de valorar las causas de un accidente de trabajo. Por ello, se puede concluir que el personal de mantenimiento puede ver afectada su salud a múltiples niveles, especialmente por riesgos asociados al lugar de trabajo, a los equipos e instalaciones que deben mantener y reparar y por el contacto con fluidos de los pacientes, es decir, contaminaciones biológicas. La formación e información es muy importante y hará que los riesgos estén controlados en este personal.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 52

PROBLEMAS DE SALUD EN EL PERSONAL ELECTRICISTA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

PEDRO JOSE CORTES MOLINA

RUBÉN CAVA

EDUARDO GARCIA DONATE

CARLOS LÓPEZ MUÑOZ

FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO

1 Introducción

Según la norma UNE-EN 13306:2001 “Terminología del mantenimiento” se entiende como mantenimiento la “combinación de todas las acciones técnicas, administrativas y de gestión, durante el ciclo de vida de un elemento, destinadas a conservarlo o devolverlo a un estado en el cual pueda desarrollar la función requerida”.

En los centros sanitarios hay un personal, a excepción de médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, que realizan distintas funciones, dispuestos a riesgos diferentes. Es el caso del personal de mantenimiento. Además, a mayor magnitud del centro, más cantidad de trabajadores dedicados al mantenimiento del lugar y una mayor especialización que se va a requerir, especialmente a nivel de mantenimiento eléctrico, de mantenimiento de instalaciones, gestión de residuos o mantenimiento mecánico. En los casos de centros pequeños, las personas dedicadas al

mantenimiento van a tener perfiles más diversos y polivalentes. En ocasiones, se subcontrata el servicio para tareas específicas, como de instalaciones o el mantenimiento de equipos médicos complejos, y van a tener distintas funciones, como es el mantenimiento preventivo, el mantenimiento predictivo o el mantenimiento correctivo: los dos primeros se componen de tareas que se dedican a planificar y programar el trabajo, mientras que los correctivos son no planificados y pueden realizarse de una manera inmediata o incluso apresurada, aumentando el riesgo al que se está expuesto.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es analizar los problemas de salud que presenta el personal de mantenimiento de los centros sanitarios.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando como fuentes científicas diferentes bases de datos, tales como Pubmed, Scielo o Google Académico, a fin de recopilar artículos actualizados sobre el objeto de estudio. Las fechas se han restringido a los últimos 15 años, cribando los resultados a términos referentes al tema del trabajo.

4 Resultados

Según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) se puede estimar que en España alrededor del 14-17% de los accidentes ocurridos entre 2005 y 2006 estuvieron relacionados con operaciones de mantenimiento.

Con el objetivo de identificar en qué momento se producen los accidentes, se deben describir, primeramente, las fases de un trabajo de mantenimiento:

- Primera fase: previa a la realización de la intervención propiamente dicha (observación, diagnóstico, aislamiento, preparación, etc.).
- Segunda fase: la intervención del mantenimiento en sí misma.
- Tercera fase: se realizan diversas actividades con el fin de conseguir finalizar el mantenimiento del equipo o avería para devolverle su funcionalidad.

En este sentido, se encuentran distintos riesgos a los que están expuestos los profesionales de mantenimiento sanitario durante, especialmente, la fase de intervención. Precisamente por la exposición a distintas instalaciones, como es el

agua fría y caliente, depuradoras de aguas residuales, instalaciones contra incendios, instalaciones de gases radiactivos, fluidos térmicos e instalaciones eléctricas.

Así, los riesgos asociados al mantenimiento de este tipo de instalaciones son, especialmente, caídas, golpes, contactos eléctricos y contactos térmicos, problemas derivados de realizar posturas forzadas y de realizar movimientos repetitivos, incendios, explosiones, exposiciones a radiaciones. Por otro lado, también encontramos que su salud puede verse afectada al verse expuestos a distintos agentes biológicos en el mantenimiento de las instalaciones de agua, especialmente por la el contagio de la legionela.

Finalmente, encontramos afectación a la salud asociada al lugar de trabajo y a los equipos: en primer lugar, en el lugar de trabajo, el personal de mantenimiento puede tener contacto con fluidos de pacientes del centro, especialmente en trabajos de fontanería, en las habitaciones de los pacientes o también en los quirófanos o a la hora de reparar equipos médicos o de laboratorio. Para conseguir controlar estos riesgos podremos tomar medidas preventivas con respecto a los procedimientos de trabajo a través de distintas medidas higiénicas y utilizando equipos de protección.

5 Discusión-Conclusión

Con el transcurrir de los años las máquinas y equipos de trabajo, así como las instalaciones, pueden perder funcionalidad a causa del uso y manejo periódico, aunque también a causa de fallos o errores en su diseño y fabricación. Así mismo, una manipulación y uso inadecuados puede ser determinante a la hora de valorar las causas de un accidente de trabajo. Por ello, se puede concluir que el personal de mantenimiento puede ver afectada su salud a múltiples niveles, especialmente por riesgos asociados al lugar de trabajo, a los equipos e instalaciones que deben mantener y reparar y por el contacto con fluidos de los pacientes, es decir, contaminaciones biológicas. La formación e información es muy importante y hará que los riesgos estén controlados en este personal.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 53

EL EJERCICIO FÍSICO Y EL BIENESTAR, TAN SOLO CAMINAR

FRANCISCO JAVIER RODRIGUEZ IGLESIAS

1 Introducción

Debemos ser conscientes que en una sociedad moderna, donde todo está al alcance y cada vez somos más y más sedentarios, la actividad física como método de vida y como algo que debe aplicarse a nuestras tareas cotidianas es algo determinante que va a marcar nuestra salud y nuestra calidad de vida.

Que la edad no es un impedimento y que a cualquier edad se puede practicar, pues podemos encontrar un tipo de actividad adaptada a nuestros gustos, años o posibilidades.

Los ejercicios de mantenimiento son variados, nos aportarán la flexibilidad, la fuerza y la capacidad aeróbica para un mejor funcionamiento de nuestro organismo. Además de una estabilidad mental y un optimismo y mentalidad positiva, que nos ayudará a afrontar las situaciones de la vida, de una forma más óptima. Las herramientas que como personas tenemos... nuestra mente, que nos permite analizar situaciones, reflexionar y con ello tomar la mejor alternativa y nuestro cuerpo dotado de movilidad, fuerza y versatilidad nos dará cualidades para desarrollar con facilidad las tareas cotidianas asociadas a la vida y las necesidades que tengamos. Los órganos y sistemas del organismo se ven beneficiados, el ejercicio tiene consecuencias positivas sobre el sistema nervioso (memoria, aprendizaje), tan echadas de menos a medida que se cumplen años y envejecemos, dándonos una calidad de vida.

¿Por qué, entonces, no ponerlo en práctica?, Es fundamental tener unas rutinas y una disciplina personal para hacerlo.

2 Objetivos

Describir las ventajas del caminar como forma más sencilla de realizar ejercicio físico.

3 Metodología

- Búsqueda de información por Internet sobre el acto de caminar
- Búsqueda de enfermedades a las que caminar beneficia.
- Búsqueda de razones para poner el hábito en marcha y comenzar a caminar, semanalmente al menos tres veces por semana durante una hora a paso rápido.
- Seguimiento y Observación día a día y semana a semana como nuestro cuerpo responde positivamente a la práctica de caminar simplemente, planificar rutas, sendas o itinerarios y, equiparnos de manera correcta para disfrute del Senderismo o marcha.
- Empezar suave poco a poco con 20 minutos a media hora, para ir aumentando el tiempo hasta llegar a una hora o más dependiendo de nosotros mismos y adoptarlo como rutina.

4 Resultados

Hacer del ejercicio físico a intensidad moderada: CAMINAR A BUEN PASO, puede ser suficiente para que la salud pueda verse beneficiada.

Es fundamental practicarlo de forma semanal y aprovechar todas las oportunidades de ser activo: subir escaleras en vez de utilizar el ascensor, aprovechar fin de semana o descansos para realizar rutas más largas, saliendo a andar.

Caminar es el ejercicio más saludable e idóneo, además de ser de los más sencillos y fáciles de hacer, pues no necesita técnica.

Los beneficios de caminar son, para empezar, que quema más grasa y calorías que otros ejercicios, ya que pone en funcionamiento el sistema cardiovascular motor de todos los procesos internos de nuestro organismo, haciendo que se active y fortalezca. Con ello también eliminamos colesterol malo, que es perjudicial para las arterias, pues si el corazón bombea el sistema vascular entra en funcionamiento a la vez.

Caminar, nos pone en forma, nos da la resistencia para responder a cualquier esfuerzo, y con ello cansarnos menos y aguantar más tiempo sin hacerlo.

También, aporta a la salud psicológica, aspectos internos (secreción de hormonas...) que benefician una actitud y un estado mental positivo y optimista,

alejando de nosotros el estrés, la depresión, el insomnio y actúa sobre otros muchos problemas emocionales y mentales (ansiedad) que pueden relajarse con este maravilloso ejercicio natural.

Caminar reduce el riesgo de sufrir una enfermedad crónica, dolor de las articulaciones, a problemas cardiacos y vasculares y obesidad, que tantos problemas asociados tienen estas dolencias. Aunque correr es la moda de hoy en día, los profesionales de la salud optan por aconsejar que caminemos, especialmente si no tenemos una buena forma física. Caminar exige menos a las articulaciones, pero haciéndolo a buen ritmo, produce todos los beneficios de una actividad aeróbica. Y no exige una equipación especial o muy sofisticada, salvo ropa cómoda, según la temporada y un buen calzado.

Entre las muchas ventajas de caminar, exponemos las siguientes:

- Fortalece el corazón, a paso ligero durante media hora disminuye la tensión arterial y baja el riesgo de sufrir un infarto en un 27%.
- Controla el peso. Se queman calorías y se generan cambios a nivel metabólico.
- Previene la degeneración del hipocampo. Zona del cerebro relacionada con la memoria y el aprendizaje. Reduce hasta un 40% el riesgo de sufrir trastornos neurológicos.
- Huesos duros. Se fortalecen con cada paso que das y las articulaciones se benefician.
- Tonifica los músculos. Las piernas y glúteos, los músculos de espalda, de abdomen y los brazos se fortalecen. Ejercicio completo.
- Mejora el humor. Se segregan endorfinas que producen euforia.
- Reduce el azúcar. Reduce el riesgo de sufrir diabetes.
- La inmunidad. En otoño e invierno te protege frente a resfriados y gripes.
- Favorece el sueño. Sobre todo al aire libre.
- ¡Alarga la vida! Una caminata diaria alarga la vida.

5 Discusión-Conclusión

En España, las personas no se deciden realizar actividades físicas al aire libre. Hoy en día, eso de salir a caminar a diario cada vez se hace menos. Aunque hay buenas razones para hacerlo.

El fitness es con diferencia la actividad física más practicada en Europa y sitúa a España de los países, que más importancia tiene, es la actividad deportiva de mayor volumen. Pero olvidamos algo tan sencillo como es caminar, quizá por modas o por los medios de comunicación, que nos influyen hacia esa práctica que exige más equipación y mayor inversión. Aunque caminar, no estando tan

de moda o no siendo una actividad tan comercial, es bueno, salir a caminar a diario, ya que también es beneficioso y ventajoso para nosotros, nuestro cuerpo y nuestra mente y que nos dará una buena calidad de vida.

6 Bibliografía

- Informe anual del Mercado Europeo del Fitness y la Salud.
- Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.
- Revista Andaluza de Medicina del Deporte
- Informes médicos de salud deportiva, Archivos de Medicina del Deporte.
- <https://running.es/la-marcha-deportiva-o-caminar-rapido>.

Capítulo 54

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS CONSULTAS EXTERNAS

JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON

CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ

MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA

CARMEN PALACIOS SALINAS

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-
MANJAVACAS

1 Introducción

Las tareas del celador que se engloban dentro de la zona donde se encuentran las consultas externas van desde que el paciente entra en la sala de espera hasta que sale de ella. Esta investigación está orientada a estudiar, reunir e ilustrar el valor del celador en relación a las funciones a desempeñar en las consultas externas dentro de un centro o institución sanitaria. No solo el celador está en relación con el paciente, sino también su función es apoyar a los demás profesionales que están también trabajando en la consulta como enfermería, medicina o administrativo.

Se puede puntualizar que en las consultas externas son aquellas donde los actos médicos se realizan de forma ambulatoria para poder diagnosticar, tratar o simplemente revisar a un paciente. Cada consulta es una sala que pertenece a cada una de las especialidades médicas que existen.

Dentro de estas tareas que realiza en celador, existe una que está muy poco vista y es la función del celador en las consultas externas. El celador en las consultas externas no solo proporciona apoyo, sino también su trabajo es el de vigilante así como aperturas y cierres de consultas.

El celador es además la primera persona con la que tiene contacto cada paciente y familiar a su entrada al centro sanitario y por tanto a la consulta externa.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es exponer las funciones principales y tareas de los celadores en el servicio de consultas externas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Existen muy pocos estudios que incluyan a los celadores que pertenecen a las consultas externas, por ello es necesario más estudios teniendo en cuenta que el primer contacto que tienen los pacientes ya no solo en las consultas externas si no también a su entrada en el centro sanitario. El celador es el que le acompaña y guía hacia la consulta, ayuda a bajar o a subir a la camilla de la consulta, a vestir o desvestir, su traslado en rayos, incluso le acompaña a realizar los trámites tras la consulta al mostrado de administración.

Entre sus funciones que tiene un celador son específicas y se dividen en 3 grupos:

- Función asistencial: esta función consiste en transportar los documentos que necesita el médico para poner iniciar una consulta al paciente, la de ayudar al enfermo si precisa de ayuda para desplazarse por la consulta, para vestirlo o desvestirlo o ayudarlo a subir a la camilla.
- Función organizativa: en estas funciones el celador tiene que tener todas las historias clínicas para poder usarlas el médico.
- Puesta a punto de la consulta: siempre antes y después de la consulta tiene que revisar todo el mobiliario y herramienta que se emplea.

Estas funciones pertenecen a los celadores adscritos a consultas externas por ello deberían estar estudiadas para una necesaria calidad asistencial de los pacientes que acude a consultas externas.

Para finalizar el celador es una figura imprescindible en el área de las consultas externas junto con el resto de profesionales que forman parte del equipo de trabajo.

Dentro de estas tareas que realiza en celador, existe una que está muy poco vista y es la función del celador en las consultas externas. El celador en las consultas externas no solo proporciona apoyo, sino también su trabajo es el de vigilante así como aperturas y cierres de consultas.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las funciones que tienen los celadores en las consultas externas es el traslado del paciente desde donde esté ingresado a la consulta, o acompañarlo desde que llega a la sala de espera a la consulta así como traslado de documentación clínica, e innumerables funciones.

El trabajo de celador tiene muchas funciones y variadas dentro de las consultas externas, por lo que un celador debe de tener capacidad de adaptación para desempeñar correctamente su trabajo en el puesto que le corresponda en cualquier momento, dentro de las consultas externas, de ahí la necesidad de tener unos conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para desarrollar su trabajo en consultas externas.

6 Bibliografía

www.dialnet.net

<https://www.oposbank.com/blog/que-es-celador>

Capítulo 55

EL CELADOR, MANEJO Y USOS DE LAS CAMAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON

CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ

MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA

CARMEN PALACIOS SALINAS

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-
MANJAVACAS

1 Introducción

El mobiliario de un hospital está formado por diferentes aparatos y elementos, los cuales tienen unas funciones distintas, pero todas ellas se dirigen a prestar a un servicio adecuado para los pacientes. Uno de los elementos imprescindibles que tiene es una atención adecuada para los pacientes que tengan necesidad diferente, por su cuadro clínico de estar acostados, es la cama, se considera uno de los aparatos que componen la unidad del paciente. Los celadores, entre otras funciones que les corresponden es la ayuda al personal sanitario que se encuentran en el aseo, movilización, acomodación, y traslado de pacientes encamados, los cuales requieren unos conocimientos específicos sobre funcionamiento y manejo de las camas hospitalarias.

Las camas de un centro hospitalario, tienen que reunir una serie de características, entre las cuales nos encontramos algunas como son las medidas de 210 cm de largo, 1 metro de ancho y una altura que se pueda regular entre 50 y 90 cm y dentro de la unidad del paciente debe estar situada de tal forma que tenga tres lados libres, los laterales y los pies, ya que esto ayuda a un mejor manejo al personal sanitario y no sanitario en sus funciones diaria y que el paciente se encuentre más cómodo durante su estancia hospitalaria.

2 Objetivos

En este capítulo los objetivos serán conocer el funcionamiento, manejo y uso de los distintos tipos de camas que nos podemos encontrar en un centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Las camas de un centro hospitalario, deben contar con unas características de color, medidas, etc., según se utilicen y por el trabajo que vayan a desempeñar, las cuales deben permitir que los trabajadores del centro sanitario sean de fácil manejo y la máxima comodidad a los pacientes encamados.

Nos podemos encontrar diferentes tipo de camas, las cuales son:

- Cama ortopédica, traumatológica o de Judet. Son las más aconsejadas para pacientes con fracturas, parálisis, etc. Consta de un conjunto de aparatos, varillas, poleas que permiten a los pacientes incorporarse y cambiar posiciones siempre y cuando el cuadro clínico lo indique.
- Cama electrocircular o de Stryker : El uso de este tipo de cama es el adecuado para pacientes con lesiones medulares, politraumatizados y grandes quemados. La característica fundamental de este tipo de camas es su gran capacidad de colocarse en posiciones que otro tipo de camas no permite. Posición vertical, inclinada lateralmente, boca abajo.

- **Incubadora:** Indicada para pacientes recién nacidos, es un habitáculo cerrado por paneles transparentes que permite visualizar al paciente correctamente. Con la incubadora se regula la temperatura y la humedad idónea que precisa el bebé prematuro y recién nacido.

- **Cama articulada**

Son las más frecuentes en las unidades del paciente, están formada por un somier articulado, por lo que permite al paciente realizar distintas posiciones, estas son llevadas a cabo bien por una manivela o por un sistema eléctrico, más cómodo y útil.

- **Camillas:** Son las adecuadas para el transporte de los enfermos. Nos encontramos con otro tipo de camas como la de levitación o Clinton para grandes quemados, la cama roto-test indicada para prevenir la aparición de úlceras, la cama gatch, etc.

- **Cama rígida:** Este tipo de camas están formadas por un somier rígido y no permite colocar a los pacientes en determinadas posiciones al no tener articulaciones.

5 Discusión-Conclusión

En un centro hospitalario, se pueden encontrar diferentes tipos de camas, es muy extenso y las indicaciones y funciones son muy diferentes. Dependiendo del tipo de patología que tenga cada enfermo, necesitara un tipo de cama que le sea útil y necesaria para su pronta recuperación y también para evitar cualquier daño y lesiones que le puedan repercutir en su estancia hospitalaria.

El celador tiene que estar familiarizado con el manejo de los diferentes tipos de camas hospitalarias, así como en las características propias de cada cama y para el tipo de pacientes que lo necesite, por el tipo de dolencias, están indicadas. Una correcta formación en este tipo de mobiliario es imprescindible para el personal de un centro hospitalario lo que llegara a evitar riesgos graves a los pacientes, así como una vida útil de la cama más extensa.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <http://celadoresonline.blogspot.com/2019/11/temario-especifico-del-celador-online-y.html>

Capítulo 56

EL CELADOR Y LA ATENCION TELEFONICA

JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON

CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ

MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA

CARMEN PALACIOS SALINAS

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-
MANJAVACAS

1 Introducción

El lenguaje empleado por el celador debe ser correcto y profesional, nunca utilizando expresiones ni palabras malsonantes.

En el ámbito de la sanidad, el teléfono es el medio de comunicación muy utilizado a día de hoy, más aun actualmente debido a la situación de pandemia por coronavirus que sufrimos.

En atención Primaria, el celador o celadora se comunica normalmente con el usuario o usuaria a través del teléfono, con lo cual, la atención ofrecida debe ser cercana y profesional, pero también eficaz y con calidad. El celador o celadora debe aprender a atender el teléfono de una forma precisa y amable para que la persona que está al otro lado del teléfono reciba la información que solicita de la forma más correcta.

El celador o celadora también debe de desarrollar la capacidad de escucha, concentrándose al máximo en el mensaje que el interlocutor o interlocutora intenta transmitir y emitir mensajes cortos para dar a entender a la persona que está al otro lado del teléfono que entendemos su consulta y que se va a tratar de resolver de la manera más eficiente posible.

Cuando el personal celador se comunica con un usuario o usuaria, la voz y el tono empleado juega un papel fundamental: mediante la voz, el celador o celadora debe conseguir tramitar amabilidad, simpatía, seguridad, confianza y sobre todo empatía.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es definir una serie de aspectos fundamentales para una correcta comunicación telefónica del celador con los usuarios/as de las instituciones sanitarias.

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 celador o celadora, sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria, utiliza muy a menudo el teléfono como vía de comunicación, por lo tanto, es importante que se aprenda a atender el teléfono de una manera adecuada.

Actualmente, debido a la situación de pandemia por coronavirus que sufrimos, el teléfono es una de las principales vías de comunicación con los pacientes y usuarios/as del sistema sanitario.

Con ello se trata de ofrecer siempre un servicio de calidad y profesional, respondiendo siempre de forma eficaz todas las consultas que llegan a través del teléfono. El celador o celadora que atiende el teléfono debe responder rápidamente al mismo o bien pasar la llamada a otro compañero disponible. Al contestar la llamada, se debe saludar educadamente e identificar el servicio sanitario, ofrecer colaboración para resolver la consulta, adaptar la velocidad o el tono empleado a

las características del usuario como edad, nivel de comprensión..., proporcionar información segura y certera del tema consultado y despedir la llamada educadamente.

La voz y el tono empleado toma un papel fundamental y debe reflejar amabilidad, simpatía, ganas de ayudar, confianza e interés. Si en un momento dado, el celador/a siente que no puede dar una respuesta satisfactoria porque no tiene la seguridad o certeza sobre el tema de la consulta, debe pasar la llamada a otro profesional que tenga los conocimientos suficientes y pueda aclarar la consulta de forma adecuada.

En el momento de la recepción de la llamada, el celador debe adoptar un tono cálido y amable, escuchando la consulta con interés, para ello debe emitir al usuario mensajes cortos para que perciban que se les escucha de forma activa y el lenguaje empleado debe ser profesional y educado.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, debido a la situación de pandemia por coronavirus, el teléfono es una de las principales vías de comunicación, es por ello que los profesionales sanitarios y los celadores/as deben aprender a atender de forma correcta el teléfono, prestando un servicio de calidad, eficiente, profesional y cercano.

Desde hace unos años, la comunicación telefónica con el paciente o usuarios del sistema sanitario ha cobrado un papel fundamental. Requiere utilizar un tono de voz adecuado y amable, con un lenguaje correcto y educado, escuchando de manera activa al usuario/a y concentrándose para ofrecer una respuesta que satisfaga los intereses del emisor.

6 Bibliografía

<https://r.search.yahoo.com>

[Www.scielo.org](http://www.scielo.org)

Capítulo 57

EL PLANCHADOR/A DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LA SEGURIDAD EN EL MANEJO DE LA MAQUINARIA DE PLANCHADO

MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ

ANTONIA HENRY PULIDO

MANUEL GALDÓN GARVÍ

ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ

CORTES MARTINEZ TOLEDO

1 Introducción

En la zona de área de planchado encontraremos multitud de máquinas o aparatos que el planchador tendrá que utilizar para poder realizar sus funciones de la mejor manera posible. Estas máquinas nos facilitarán mucho la faena diaria de planchado y harán que dicha faena sea más rápida y efectiva con mejores y mayores resultados.

Estas máquinas son fundamentales para el desarrollo diario en esta área, debido a las grandes cantidades de ropa a planchar y para que su tratamiento sea el correcto e idóneo y el resultado final sea el esperado.

Algunos aparatos con los que el planchador tendría que trabajar diariamente serían:

- Mesas de planchado: contiene sencillas mesas de planchar plegables, junto con una gran variedad de mesas más completas y funcionales.
- Maniquís de planchado: se utilizan para grandes producciones de prendas específicas.
- Prensas de planchado: permiten modificar la presión del planchado según la prenda a tratar, con un mayor rendimiento y facilidad de uso para el operario.
- Generadores de vapor: desde básicos calderines para alimentar una mesa de plancha estándar hasta generadores de vapor capaz de producir más de 50 kg. de vapor a la hora.
- Accesorios de planchado: desde planchas, pistolas y cepillos vaporizantes hasta mesas plegables con aspiración.

Más adelante explicaremos los riesgos que el planchador puede sufrir en los túneles de planchado e instrucciones para su prevención.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos que el trabajador podría sufrir en la utilización de máquinas de planchado.
- Conocer las instrucciones para prevenir accidentes en dicha utilización.

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

A continuación veremos cuáles podrían ser (entre otros) los riesgos que el planchador podría sufrir en los túneles de planchado y las instrucciones para su prevención:

- Posibles quemaduras mediante vapor, no introducir la mano en el túnel dado que el spray del vapor está colocado justo al otro lado de la entrada.

- Posible riesgo de descargas eléctricas, antes de entrar en el túnel aislar el panel de control, apretar botón paro de emergencia y retener llave.
- Existe riesgo potencial de quemarse al limpiar los serpentines del calefactor, verificar que el suministro de vapor está desconectado y proceder con cautela.
- Y el riesgo más común y más a tener en cuenta debido a que se trabaja a unas altas temperaturas será el de riesgo de incendios. Para evitar este riesgo habrá que tener muy claro diversas instrucciones:
- Nunca hacer funcionar el túnel de planchado por encima de 155 grados cuando se trata de prendas mojadas
- No dejar extendida la máquina con prendas todavía en el túnel
- Nunca hacer funcionar el túnel a más de 130 grados cuando se trata de prendas de limpieza en seco
- Siempre utilizar velocidades de transporte correctas para evitar un sobre secado
- Siempre inspeccionar los bolsillos de las prendas para que no queden objetos inflamables en los mismos
- Las instrucciones de limpieza han de seguirse cuidadosamente para evitar la formación de pelusas. Ello puede ser un riesgo potencial de incendios. Todo el personal deberá saber dónde se encuentra el extintor de incendio más cercano. Si el túnel está equipado con un rociador automático el personal debe saber:
- Donde se encuentra el botón de control de activación manual.
- Como funciona manualmente la válvula de incendios, debido al no funcionamiento o bien pronta detención del fuego.

5 Discusión-Conclusión

Tan importante es el uso de las máquinas por parte del planchador, como también es conocer los riesgos que tienen los túneles de planchado y conocer las instrucciones para poder prevenir cualquier tipo de accidente.

Según la ley de prevención de riesgos laborales, esta obliga al empresario a adoptar medidas adecuadas a los trabajadores para que estos reciban todas las informaciones necesarias sobre los riesgos para la seguridad y la salud derivados de su actividad, en este caso el área de planchado, así como las medidas y actividades de protección aplicables, para poder evitar cualquier tipo de riesgo o accidente laboral.

6 Bibliografía

1. <https://www.macrun.es>.

2. <https://www.lavanderiasanclas.es>.

Capítulo 58

EL PLANCHADOR/A EN SERVICIOS SANITARIOS Y LOS PROBLEMAS MAS FRECUENTES QUE SE PRODUCEN EN LA FASE DE PLANCHADO

MANUEL GALDÓN GARVÍ

ANTONIA HENRY PULIDO

MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ

ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ

CORTES MARTINEZ TOLEDO

1 Introducción

Si bien la mayoría de las planchas están diseñadas para el control ambidiestro, lo que elimina el riesgo de obtener planchas, todavía hay algunas planchas más antiguas que carecen de esta función de estabilización.

Los operadores de estaciones de planchado corren el riesgo de lesionarse el hombro, el cuello y la espalda. Si bien es posible trabajar con máquinas más automatizadas y con mejores posturas para los trabajadores, las máquinas actuales simplemente no pueden eliminar las altas tensiones causadas por el proceso. Los operadores de planchas a menudo se paran y trabajan en una posición fija, aunque tengan sillas, bancos o taburetes. El área del escritorio debe poder adaptarse al

nivel adecuado de cada operador, permitiéndole trabajar con mayor comodidad. El diseño inteligente y los bordes acolchados de la mesa reducen en gran medida la tensión en las manos, las muñecas y los brazos. • Planchado a mano: usa una placa caliente en telas y prendas para estirar las telas, eliminar las arrugas y mantener las tallas equilibradas. Los paneles se utilizan manualmente. • Planchado automático: aplica una placa caliente a la tela, estira la tela y equilibra el tamaño. Las telas y la ropa se pueden colocar en áreas o formas cubiertas.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes riesgos que puede sufrir el planchador en el desempeño de su función.
- Conocer las diferentes medidas preventivas para evitar dichos riesgos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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

Vamos a hablar sobre los riesgos más importantes encontrados en los centros hospitalarios en la parte de lavandería y lavado de ropa sanitaria haciendo hincapié durante esta etapa de planchado y las precauciones a tomar se pueden resumir de la siguiente manera:

Contramedidas de riesgo.

1. Fatiga postural por posturas incorrectas repetitivas prolongadas durante el trabajo. Capacitar a los operadores en la mejor postura para trabajar, usar zapatos cómodos durante las horas de trabajo y establecer pautas de descanso o cambio de turno en caso contrario.
2. Fatiga visual debido a la mala iluminación en ciertas áreas.
3. Quemaduras por tocar la parte caliente de la plancha. Cubrir con aislante las zonas que alcancen la temperatura de la plancha.
4. Quemaduras causadas por exposición a vapor a alta presión y temperatura. Instalar protecciones para evitar

el acceso a las líneas de vapor. La instalación de un suministro de vapor está sujeta a la normativa vigente.

5. Exposición excesiva al alto calor del vapor generado durante el planchado. Instalación de sistemas de ventilación, recogida y extracción del vapor generado.

6. Contacto eléctrico directo e indirecto con partes vivas del equipo y conexión indirecta a partes vivas sin protección por fallos de aislamiento. Se instalará un sistema de separación de fuentes de energía claramente visible e identificable y se desconectará la fuente de alimentación. 7. Riesgos de incendio y explosión: está estrictamente prohibido fumar y se debe proporcionar el equipo adecuado para combatir incendios y se debe capacitar al personal para este fin. 8. Riesgo de interferencia con los elementos de transmisión de la placa. Instalar resguardos permanentes en todos los elementos de transmisión sin protección.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos ergonómicos son un problema para los trabajadores que alquilan, etiquetan, planchan, empacan y distribuyen ropa. Tienden a realizar tareas bastante repetitivas, a menudo requiriendo que muevan las manos y los brazos en posiciones difíciles e imprecisas. El bulldozer debe estar equipado con las defensas necesarias, preferiblemente estacionarias y las manos deben mantenerse fuera de la zona de riesgo.

Por esta razón, debe modificarse para evitar que esto suceda y solo debe usarse con las dos manos. Todas las planchas y los sistemas de suministro de vapor y aire comprimido deben revisarse periódicamente para mantenerlos en buen estado de funcionamiento. Condiciones malas o anormales pueden tener consecuencias fatales.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <http://www.atexga.com>

Capítulo 59

PLANCHADORAS Y LOS PROBLEMAS DE SALUD LABORALES SANITARIOS

ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ

ANTONIA HENRY PULIDO

MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ

MANUEL GALDÓN GARVÍ

CORTES MARTINEZ TOLEDO

1 Introducción

Una de las afecciones que más ataca a los profesionales de las lavanderías hospitalarias es la neumonitis por hipersensibilidad es una enfermedad asociada con la inflamación pulmonar causada por la inhalación de sustancias extrañas, principalmente ciertos polvos, hongos o mohos. El síntoma más común de esta enfermedad es la disnea habitual, que puede acompañarse de tos seca además de otros síntomas bien diferenciados, además de más complicaciones mucho más graves para la salud:

- Respiración dificultosa.
- Tos.
- Cansancio.
- Disminución del apetito.
- Pérdida de peso involuntaria. La neumonitis por hipersensibilidad (HP) es un grupo de enfermedades pulmonares que a menudo se asocian con disnea, tos y

fiebre con efectos de bronquiolitis de tipo inmunológico. Se han descrito más de 50 antígenos responsables del NH₂, de los cuales *Aspergillus fumigatus* es uno de los más implicados en el origen de esta patología, como se ha demostrado en casos de Espartosis y Suberosis. Presentamos un caso de un paciente con NH. Sus hallazgos clínicos ocurrieron después de la exposición al hierro del carbón y *A. fumigatus*, evidenciados al reciclar el exceso de agua de la secadora. Esta fuente de exposición hasta el momento no ha sido documentada y es extremadamente dañina, especialmente para quienes tienen contacto diario directo con ella.

2 Objetivos

Conocer e indicar el caso de una mujer planchadora afectada con neumonitis por hipersensibilidad que trabajaba en los centros sanitarios

3 Caso clínico

Una mujer de 47 años que fumaba 20 paquetes de cigarrillos al día reportó ocho episodios de tos seca, dificultad para respirar, opresión en el pecho y fiebre durante los últimos tres meses, pocas horas después de comenzar con Chandow. Desaparece a las 24-48 horas de su suspensión. La paciente refirió utilizar una plancha con vapor y reutilizar el agua de la secadora para su propio uso. Era una acción que nunca había realizado antes de estos episodios. El examen físico, la radiografía de tórax y la tomografía computarizada no mostraron alteraciones. La espirometría forzada mostró una capacidad vital forzada (CVF) de 3,32 l (95%), volumen espiratorio forzado en el primer segundo.

(FEV₁) es de 2,46 l (86 %) y la relación FEV₁/FVC es del 74 %. El análisis mostró 13.000 glóbulos blancos, 85% neutrófilos, 11% linfocitos, 0,7% eosinófilos y un nivel de inmunoglobulina grampositiva para *A. fumigatus* de 157 U/ml (normal < 0,35 U/ml).Entiendo. En un estudio específico de irritación bronquial, los pacientes fueron planchados con agua seca y se observó una reducción del 27% en la supervivencia forzada 24 horas después de la exposición. Con una temperatura corporal de 36,8 a 37,3. Los cultivos del agua utilizada para planchar la ropa fueron positivos para *A. gloria* de la mañana. De ahí el diagnóstico de HN secundaria a aspiración *A. gloria* de la mañana.

Tras aconsejar a la paciente que no reutilizara el agua de la secadora y planchar con agua destilada, permaneció asintomática durante los últimos 6 meses de seguimiento. Aunque la presentación clínica del paciente sugiere la posibilidad de NH, los cambios radiográficos típicos de esta entidad no son evidentes

y pueden ocurrir en el 12% de los casos. No se realizó broncoscopia porque no se observaron cambios radiográficos. Esta prueba puede ser muy efectiva, pero no es necesaria para el diagnóstico de esta enfermedad. En este contexto, los pacientes pueden presentar patología por inhalación de endotoxinas, pero no hay evidencia de que la función pulmonar esté significativamente alterada en este síndrome. Prueba de provocación positiva, aislado *A. fumigatus* y títulos elevados de inmunoglobulinas en hidroponía de secado. Un gramo específico de este hongo en el suero del paciente confirmó el diagnóstico de neumonitis por hipersensibilidad.

4 Discusión-Conclusión

El hecho de que *A. fumigatus* sea una bacteria disipadora de calor que prospera a 37-45 °C puede promover el crecimiento en agua más seca y aumentar la probabilidad de inhalación durante el planchado. Incluso el tratamiento de casos exclusivos relacionados con el planchado a vapor, descrito en la literatura médica de NH por *A. fumigatus*, requiere considerar esta fuente de exposición, ya que cada vez más hogares abogan por el reciclaje del agua de la secadora. La escasez de agua actual y las propiedades de planchado se mejoran con agua destilada. Este es uno de los muchos riesgos a los que se puede enfrentar una planchadora en el trabajo.

5 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 60

EL CELADOR EN MORTURIOS Y SALAS DE AUTOPSIAS

FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS

ENRIQUE DIAZ-TENDERO

CATALINA VALENCIA MORENO

GEMA VALENCIA MORENO

SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO

1 Introducción

El Estatuto de Personal no Sanitario, en su artículo 14.2 recoge que "los celadores ayudarán a enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario".

El amortajamiento del cadáver es la preparación del cuerpo para su traslado al mortuario. Durante este proceso el celador estará presente para colaborar movilizándolo el cadáver, pero no tendrá una responsabilidad propia. No obstante, es importante conocer el proceso para actuar de forma adecuada.

En primer lugar, y tras la verificación del exitus por parte de un médico, los acompañantes de la persona fallecida deben abandonar la habitación. Todo debe desempeñarse garantizando la intimidad, por lo que si fuera necesario se colocarán cortinas o biombos para evitar la visualización por parte del compañero de habitación. A continuación se retirarán catéteres, sondas y demás objetos personales. Las pertenencias deben entregarse posteriormente a la familia. Y una

vez que el cadáver está libre de dispositivos, se procederá al aseo. Se taponarán orificios para evitar la salida de secreciones o sangre al exterior, se cerrarán boca y ojos y el cadáver se introducirá en un sudario en el que deben figurar datos para su identificación. Para su traslado además se cubrirá el cuerpo con una sábana. Una vez concluida toda la fase anterior se procede al traslado del cuerpo al mortuario. Este proceso compete ya propiamente al celador al igual que los demás traslados intrahospitalarios. El cadáver se trasladará en una cama o camilla protegida con una sábana y a su vez cubierta. El traslado ideal debe ser discreto y rápido, evitando en la medida de lo posible ser visto por familiares de la persona difunta, así como por otros pacientes.

2 Objetivos

- Describir la actuación y funciones de la figura del celador en mortuorios y en la sala de autopsias.
- Enumerar las medidas de prevención existentes en esta área hospitalaria para trabajar con seguridad.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente mediante búsquedas en bases de datos con una combinación de las siguientes palabras clave: "celador", "personal no sanitario", "autopsia", "mortuario".

Debido a la escasez de resultados no se aplicaron criterios específicos de exclusión y se aceptó cualquier tipo de documento disponible.

4 Resultados

En el mortuario, el celador procede a colocar el cadáver en la cámara frigorífica. La colocación debe ser con la cabeza hacia la puerta de la cámara y siempre deberá quedar debidamente identificado. La cámara de refrigeración tiene que encontrarse en unas condiciones óptimas de temperatura (desde -2°C a 5°C) y con el interior cubierto de material impermeable. Si todo se encuentra en las condiciones establecidas, el celador depositará el cuerpo (salvo que estén esperando la recepción del cadáver para su autopsia inminente) y regresará a su puesto. En la sala de autopsias desempeña labores de asistencia al personal facultativo.

Lo primero será trasladar al cadáver desde la cámara frigorífica hasta la mesa de autopsias. Estas mesas deben ser de amplia superficie, elaboradas en acero inoxidable y encontrarse bien iluminadas. En esta localización, el celador coloca el cuerpo en decúbito supino y lo desamortaja. Estará presente durante toda la autopsia para realizar los movimientos necesarios y además, auxiliará al personal facultativo en prácticas exentas de uso instrumental (anotaciones, almacenamiento de restos, pesaje de órganos etc.)

Concluida la autopsia y con independencia del sexo del paciente procederá al aseo, amortajamiento y traslado nuevamente al mortuario. Asimismo recae sobre la figura del celador la limpieza de la sala, el material y la mesa. Cuando toda actividad de sala de autopsias está hecha, se hará cargo de las muestras.

Para desempeñar todas las labores anteriormente descritas garantizando las condiciones máximas de seguridad, hay una serie de medidas de prevención que el celador debe conocer para realizar su trabajo en mortuarios y salas de autopsias:

1. Guantes: preferentemente de látex y desechables. Es un elemento barrera indispensable en este servicio y han de ponerse siempre que se vaya a estar en contacto con fluidos y sangre y también durante el proceso de limpieza de los instrumentos utilizados en la autopsia.
2. Bata: habitualmente de un único uso e impermeables para evitar que el tronco y las extremidades puedan salpicarse con contenido biológico.
3. Gafas y mascarillas: las gafas desempeñan la misma función que la bata y las mascarillas previenen potenciales infecciones de índole respiratoria. Si se conoce la circunstancia de antemano, se recomienda usar las de alta resolución.

5 Discusión-Conclusión

El equipamiento de una sala de autopsias es diferente y específico. Existen instrumentales destinados a seccionar diversas estructuras humanas, así como instrumentos de medición, sutura o prensa que no se utilizan en otros servicios y todo ello acarrea competencias nuevas para el celador que no realiza en otras ubicaciones del hospital.

Es indispensable el uso de ropa protectora como gorro, bata, gafas, mascarilla y guantes para llevar a cabo el trabajo en unas condiciones máximas de seguridad y por consiguiente se hace imprescindible conocer la pauta de actuación en caso de exposición accidental a algún fluido corporal procedente del cadáver.

6 Bibliografía

1. Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com. de Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD, 1, 294.
2. Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital

Capítulo 61

EL CELADOR EN EL TRASLADO Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS

ENRIQUE DIAZ-TENDERO

CATALINA VALENCIA MORENO

GEMA VALENCIA MORENO

SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO

1 Introducción

En los hospitales, la función que realiza el celador de trasladar y llevar a los pacientes de un servicio a otro es muy normal. Esta función que realiza diariamente el celador con los pacientes es ejecutada de forma segura, ya que el profesional debe estar preparado y capacitado para realizar su trabajo de la manera más eficaz y garantizar así la seguridad del paciente. La hospitalización es el transporte del paciente que se encuentra ingresado de una parte del centro hospitalario a otra. La forma de trasladar al paciente va a estar ligada a como se encuentre el paciente. A la hora de trasladar a un paciente de un sitio a otro lo podemos hacer de las siguientes formas. Si el paciente es capaz de caminar irá solo, si necesita ayuda para caminar se le facilitará un andador o bastón, si no puede caminar el paciente se le colocará en silla de ruedas, camilla o en cama. El transporte del paciente debe hacerse de la manera más segura posible, asegurándonos de que todo lo que lleva el paciente está en su lugar y bien puesto. Por ejemplo: la bolsa de

suero tiene que estar en alto a la hora de trasladar al paciente si este es portador de una. Cuando el paciente tenga una bolsa de orina y otros líquidos, siempre debe ir sujeta. El celador antes de transportar al paciente a cualquier servicio del hospital, ya sea de cualquier forma (andando, silla de ruedas, camilla o cama) debe:

- Comentarle al paciente el camino que van a hacer hasta llegar al destino correspondiente.
- Seleccionar el modo de transporte más apropiado para el paciente, siempre teniendo en cuenta las recomendaciones de los profesionales sanitarios y los movimientos que puede realizar el paciente.
- Si el celador debe trasladar al paciente en su cama eléctrica, este primero deberá asegurarse de que está desenchufada de la pared. Antes de transportar al paciente de cualquier forma (cama, camilla o silla de ruedas) el celador se tiene que asegurar de que todos los componentes que tiene el paciente estén bien puestos durante el traslado (bombas, sueros, bomba de oxígeno, sondas...). Por último, el celador deberá asegurarse de que el paciente no se caiga y de que el paciente no se resfríe durante el recorrido.

2 Objetivos

Dar a conocer a partir de un caso clínico cómo trabajan los celadores en el traslado y movilización de los pacientes.

3 Caso clínico

Señora de 45 años de edad, casada desde los 25 años de edad y con dos hijos mayores de 20 y 22 años de edad respectivamente, un día sufre una caída en la bañera de su segundo domicilio mientras veraneaba con su familia, dicha caída le provoca una lesión importante en la columna vertebral que le impide levantarse de la bañera. Su hijo de 22 años de edad es el que se da cuenta de lo sucedido tras llegar de ver a unos amigos, ya que su padre se encontraba trabajando y su hermano pequeño estaba en la playa con unos amigos. Tras encontrarse a su madre tirada en la bañera de la casa, su hijo de 22 años de edad, lo primero que hace es avisar a una ambulancia para que se traslade al lugar del accidente. Una vez avisada la ambulancia, esta tarda 5 minutos en llegar al lugar y recoger a la madre y trasladarla al servicio de Urgencias del Hospital (la duración del trayecto es de 8 minutos y su hijo mayor es el que le acompaña en todo momento en la ambulancia). Una vez en la puerta de Urgencias del Hospital, su otro hijo y su marido le

esperan, ya que habían sido avisados de lo ocurrido por el hijo mayor. El celador será el encargado de recoger a la paciente que viene de camino en la ambulancia en la puerta del Servicio de Urgencias, a continuación el celador remitirá a sus familiares a admisión de dicho servicio y llevará a la paciente junto con el técnico de ambulancia al box de críticos, donde será atendida y evaluada por los diferentes profesionales sanitarios (auxiliares, enfermeros y médicos). Una vez en el box de críticos se le realizarán diversas pruebas para saber el alcance de la lesión.

4 Discusión-Conclusión

En conclusión, podemos decir que el celador es la persona responsable de mover al paciente de un servicio a otro del centro hospital a través de la cama, camilla, silla de ruedas o andando si el paciente puede. Durante el transporte del paciente, el celador no solo se encargará del traslado del paciente al servicio correspondiente, sino también se responsabilizará de llevar todos los efectos personales del paciente, así como su historial médico y analíticas o pruebas que le han sido realizadas recientemente. En los casos más graves, la figura del celador realizará el traslado del paciente junto a un médico o enfermero.

5 Bibliografía

1. [Internet]. Editorialcep.com. Encontrado en: <https://www.editorialcep.com/api/productinfo/muestra?id=120600>.

Capítulo 62

LA UTILIZACIÓN DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN EL CASO DE UN CELADOR

FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS

ENRIQUE DIAZ-TENDERO

CATALINA VALENCIA MORENO

GEMA VALENCIA MORENO

SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO

1 Introducción

Los equipos de protección individual (EPI) son cualquier equipo usado por el trabajador para protegerse de riesgos contra su salud o seguridad en el trabajo. La definición ya deja claro que no cualquier cosa puede ser considerada un EPI. En primer lugar, limita a que tiene que ser algo usado por el trabajador, es decir, que, por ejemplo, una red para evitar la caída de escombros no sería un equipo de protección individual, pues no es algo que sea usado por el trabajador, en cambio, un casco, que cumple esencialmente la misma función si es un equipo de protección individual. Además, su función es la de proteger al trabajador, es decir, que una mascarilla para evitar contagiar a otras personas no es un EPI, en cambio, el uso de mascarilla en torno a un paciente contagioso sí que lo es. Esto no es una peculiaridad única de las mascarillas, en el caso del ámbito sanitario los EPI

cumplen una doble función de proteger al profesional del paciente y al paciente del profesional, pues el principal riesgo en este ámbito es el de transmisión de gérmenes.

El uso de los equipos de protección individual está regido por dos leyes. El Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual. Y el Reglamento (UE) 2016/425 del parlamento europeo y del consejo, de 9 de marzo de 2016, relativo a los equipos de protección individual.

2 Objetivos

- Exponer los distintos tipos de EPI usados por el celador.
- Explicar la utilidad y pautas básicas de utilización de los EPI usados por el celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen cuatro tipos de EPI principales que un celador podrá tener que usar: batas, gorros, guantes y mascarillas.

- Batas: las batas son empleadas para proteger la ropa y la piel del posible contacto con gérmenes. Además, también evitan que los gérmenes que pudiera haber en la ropa sean transmitidos. Pueden ser de tela, reutilizables o de plástico, de un solo uso.
- Gorros: usados para evitar que los gérmenes puedan entrar en contacto con el pelo, el cual es un gran receptor. Además. También evitan la caída de pelo y que los gérmenes que pueda haber en el pelo se transmitan. Suelen ser desechables de un solo uso.
- Guantes: utilizados para evitar la presencia de gérmenes en las manos, hecho muy importante, pues muy a menudo nos tocamos la nariz, boca u ojos con ellas.

Además, evitan que los gérmenes que ya pueda haber en las manos se transmitan. Los más comunes son de látex desechables.

- Mascarillas: usadas para la protección de las vías respiratorias, es decir, boca y nariz. Son especialmente útiles en la actualidad debido al coronavirus transmisible principalmente mediante “gotitas” que se acumulan en el aire y serían ingeridas a través de la nariz o la boca. Además, también evitan la generación de esas “gotitas” pues, en caso de toser con la mascarilla puesta se quedarían en la mascarilla en lugar de transmitirse por el aire.

Ahora que ya hemos explicado su utilidad, vamos a centrarnos en su correcta utilización. Para esto nos tenemos que dar cuenta de que hay dos momentos en los que puede haber problemas con su utilización, al ponerlos y al quitarlos.

En su consideración como EPI, al ponerlos únicamente es necesario asegurarse de que se ponen bien, cubren lo que tienen que cubrir adecuadamente y están bien ajustados, pero además de esto, dependiendo de la necesidad de esterilización, hay una serie de instrucciones referentes a como ponerlos adecuadamente y en qué orden para asegurarse de mantener el ambiente estéril.

A la hora de quitarlos el objetivo es simple, evitar que el exterior de todos estos elementos, posiblemente contaminado entre en contacto con el usuario o su ropa, pues si lo hiciera estas medidas de precaución habrían sido en vano.

5 Discusión-Conclusión

Los equipos de protección individual son muy importantes para la salud y bienestar de los trabajadores, es por este motivo que existen leyes que obligan a su utilización. Pero su utilización no es suficiente, no usarlos de la manera adecuada puede no eliminar completamente los riesgos que intentan eliminar, o incluso no reducir dichos riesgos en absoluto. Es, por tanto, importante conocer y entender los distintos tipos de EPI, así como su correcta manera de utilización para tratar de reducir dichos riesgos en la mayor medida posible. Además, es importante recordar que su uso no es suficiente para eliminar otras conductas importantes como el lavado de manos.

6 Bibliografía

1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33822695/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31274589/>.
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34821190/>.

3. 3as Jornadas de Salud y Seguridad en los Centros de Trabajo 578/281 Equipos de protección individual.

Capítulo 63

ATENCIÓN AL PACIENTE Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CARMEN PALACIOS SALINAS

CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-
MANJAVACAS

1 Introducción

El administrador de salud debe estar al tanto de las necesidades del paciente y de las dificultades asociadas a la realización del procedimiento, por lo que la información recibida por el trabajador de salud debe ser de fácil acceso y en forma adecuada para mayor claridad. sospechas existentes sobre su estado.

Una de las funciones principales de un asistente administrativo en el cuidado de la salud es el servicio al cliente. El personal del servicio debe tener habilidades y competencias comunicativas que le permitan manejar situaciones que se presenten en su vida diaria, así como en sus relaciones con pacientes, familiares y compañeros.

El administrador de salud debe estar al tanto de las necesidades del paciente y de las dificultades asociadas a la realización del procedimiento, por lo que la información recibida por el trabajador de salud debe ser de fácil acceso y en forma adecuada para mayor claridad. sospechas existentes sobre su estado.

Una de las funciones principales de un asistente administrativo en el cuidado de la salud es el servicio al cliente. El personal del servicio debe tener habilidades

y competencias comunicativas que le permitan manejar situaciones que se presenten en su vida diaria, así como en sus relaciones con pacientes, familiares y compañeros.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es reconocer la función del personal administrativo en el sistema sanitario y en el puesto de atención al paciente.

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 consultado el principal buscador Google "auxiliar administrativo y atención al paciente".

4 Resultados

Lograr un buen servicio al cliente requiere formar a los profesionales en habilidades comunicativas como la empatía, la asertividad y la escucha activa. Hay muchas señales verbales y no verbales que nos ayudan a lograr esto:

- Señales no verbales: La comunicación no verbal se refiere a múltiples canales como: el contacto visual, las expresiones faciales, los movimientos de manos y brazos, la distancia social o la postura. - Señales verbales: La comunicación verbal se refiere a las palabras y la entonación que utilizamos.

Los asistentes administrativos en servicio al cliente tienen una variedad de funciones, tales como:

- Responsabilidad en la recepción y atención de los pacientes primerizos en el centro de salud.
- Avisar a los pacientes y familiares cuando visiten a un médico o ingresen a un centro de salud.
- Realizan diferentes trámites administrativos requeridos por diferentes intereses y usuarios.
- Velar por los derechos de los pacientes y usuarios.
- Recibir y tramitar las quejas, las reclamaciones y sugerencias presentadas por los distintos usuarios.
- Informar sobre los servicios a los que pueden acceder.

- Para gestionar su acceso.
- Acompañamiento y cuidado de los y pacientes y sus familiares.
- Recibir y tramitar las quejas, reclamaciones y sugerencias de los distintos usuarios.
- Atención de quejas y reclamaciones.
- Informarles sobre los servicios a los que pueden acceder.
- Responsable de las obligaciones del usuario y todas las funciones.

Diseñado para mejorar la duración de la estancia del paciente en los centros sanitarios.

Por tanto, la atención al usuario por parte de los centros y organizaciones sanitarias es responsable de la atención de pacientes y familiares en un entorno cerrado. Por otra parte, apoyan las actividades asistenciales y cumplen una función esencial facilitando los conflictos entre usuarios y organizaciones.

5 Discusión-Conclusión

La calidad asistencial, desde los auxiliares administrativos hasta las personas que pasan a diario por los hospitales y centros de atención primaria, mejorará la calidad asistencial que garantizará la excelencia y el buen trato a los usuarios sanitarios que se espera en el sector sanitario español. para el normal funcionamiento del sector salud.

En definitiva, se puede entender que el personal médico debe estar preparado no solo para la tecnología de los instrumentos, sino también para la naturaleza humana, esto último significa la actitud de los profesionales hacia los pacientes, que no es la visualización de los pacientes desde un punto de vista anatómico.

6 Bibliografía

www.google.es

Capítulo 64

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL

AFRICA VÁZQUEZ ORTEGA

LAURA GARCÍA RECIO

ALEJANDRO PIÑERO REINA

1 Introducción

Los servicios de rehabilitación-fisioterapia de los hospitales van a estar formados por diferentes profesionales, los cuales van a desempeñar diferentes funciones. Los profesionales que vamos a encontrar son sanitarios como personal de gestión y servicios. Dentro del grupo de personal sanitario vamos a encontrar a médicos rehabilitadores, enfermeros, fisioterapeutas y auxiliares de Enfermería (TCAE). En servicio de rehabilitación como personal de gestión y servicios vamos a encontrar a los auxiliares administrativos y a los celadores.

El celador que trabaja en este servicio del hospital debe tener conocimientos sobre cómo debe manejar y mover a todos los pacientes que acuden a este servicio del hospital, también debe conocer todos los tipos de posiciones básicas que existen por si en un momento determinado debe ayudar al fisioterapeuta con la movilización de un paciente. Todos los profesionales que trabajan en este servicio del hospital (el fisioterapeuta, auxiliar de Enfermería, como el celador) deben formar un grupo de trabajo para llevar a cabo el trabajo de la mejor manera posible en el servicio de rehabilitación del hospital.

Algunas de las muchas funciones que va a desempeñar el celador que trabaja en servicio de rehabilitación son:

- El celador se va a encargar de ayudar al fisioterapeuta en colocar al paciente en el lugar donde va a ser tratado por el fisioterapeuta.
- Los celadores se encargarán de tramitar y conducir sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos u objetos que les sean confiados, así como habrán de trasladar de unos servicios a otros.
- Los celadores se encargarán de que los enfermos no hagan un uso indebido y ropas de la institución, evitando que lo deterioren.
- Los celadores no podrán hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos.
- Vigilarán las entradas a la Unidad de Rehabilitación.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo de libro es conocer las principales funciones que va a desempeñar el celador en servicio de rehabilitación del hospital.

3 Caso clínico

Varón de 38 años de edad, casado y con dos hijos de 12 y 10 años de edad respectivamente. El paciente un día acude a casa de su madre tras finalizar su jornada laboral sufrió un accidente con su moto. Tras ser atendido por una ambulancia, el paciente es llevado al Servicio de Urgencias del Hospital. Una vez en el Servicio de Urgencias del Hospital, al paciente se le van a realizar las siguientes pruebas: analítica, radiografía, ECG y test de antígenos de Covid-19. Tras realizarle todas las pruebas pertinentes al paciente en el Servicio de Urgencias se le diagnostica al paciente una rotura en la tibia de su pierna derecha, por lo que se decide ingresarlo en planta para ser operado el día siguiente. Tras ser operado con éxito de la tibia de su pierna derecha, el traumatólogo le explica al paciente en la habitación que cuando reciba el alta, va a tener que realizar ejercicios de fisioterapia en el servicio de rehabilitación del Hospital. Tras recibir el alta domiciliaria y abandonar el hospital, el paciente acudirá al servicio de rehabilitación del hospital 2 días a la semana. Cuando el paciente llega a la puerta del servicio de rehabilitación la primera persona en atender al paciente será el celador, este se encargará de recoger al paciente una sillita de ruedas en la puerta del servicio de rehabilitación y de llevarlo al box correspondiente donde el paciente realizará las actividades físicas correspondientes con el fisioterapeuta del Hospital. Tras terminar todas

las actividades físicas con el fisioterapeuta, el celador se encargará de recoger al paciente de la consulta de rehabilitación donde se encuentre y llevarlo a la puerta principal o a la sala de espera donde le esperaran sus familiares.

4 Discusión-Conclusión

El celador que trabaja en el servicio de rehabilitación va a desempeñar un papel muy importante, ya que ante todos aquellos pacientes que presentan movilidad limitada o reducida va a colaborar con los fisioterapeutas en la movilización y sujeción de los pacientes que acuden a este servicio para poder recuperarse de un problema de salud que presentan. Esta actuación que desempeñan los celadores en este servicio es fundamental, pese a que ellos no tienen ninguna responsabilidad en el tratamiento de los pacientes, pero resultan esenciales para que el servicio de rehabilitación del hospital funcione correctamente y sin ningún tipo de problemas.

5 Bibliografía

-Martín R. Funciones del celador en el área de rehabilitación: Fisiostar [Internet]. Fisioterapia - Lesiones - Tratamientos - Cursos Fisioterapia. 2017. Encontrado en: <https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-area-rehabilitacion>.

Capítulo 65

SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ÁMBITO SANITARIO

M. DOLORES CORRAL LOPEZ

NURIA GARCÍA DIAZ

PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO

PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT

MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ

1 Introducción

La patología del Túnel Carpiano es una enfermedad en la que se ve afectado al nervio mediano (nervio que va desde el antebrazo hasta la mano) y ocurre cuando existe una presión en la zona del inicio de la mano o a la altura de la arteria radial.

Este nervio se encuentra por la parte interna del canal denominado Túnel Carpiano y cuando existe un engrosamiento de las vainas del propio tendón se inflaman y provoca una presión sobre el nervio mediano produciendo dolor y malestar no solo en la muñeca sino en el brazo y en la mano.

Esta dolencia puede tratarse incluso operarse en los casos más graves o dolorosos, una señal de que sería fundamental la cirugía sería cuando ya no se puede dormir

por la noche debido a las molestias o cuando te despiertas con las manos adormecidas y doloridas.

Se suele diagnosticar en los pacientes que realizan movimientos repetitivos de flexión y extensión de la mano como los cajeros. Es una patología propia del personal de gestión y servicios por el uso del ratón de forma regular y tareas de repetición propias del administrativo.

Es una lesión que no parece grave, pero realmente si lo es, pues no te deja realizar las tareas habituales de tu día a día, y menos las laborales en este caso las que realiza al auxiliar administrativo. En nuestro trabajo hablaremos de cómo afecta esta lesión al auxiliar administrativo, sus causas que lo provoca y las medidas que debemos tomar para prevenir dicha dolencia.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Describir las causas que provocan la lesión del túnel carpiano.

Objetivos secundarios:

Mostrar las alternativas y los cuidados para prevenir el túnel carpiano.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos. Hemos introducido palabras clave como administrativo y síndrome túnel carpiano.

4 Resultados

A la hora de desarrollar las causas de esta patología, se tiene que destacar que es conlleva un alto índice de dolor e invalidez por ello al paciente le provoca problemas de salud mental debido a la frustración al no poder realizar sus actividades cotidianas por el dolor producido.

A continuación, veremos cuáles serían las principales causas que podrían producir esta lesión en el auxiliar administrativo que trabaja en un centro sanitario:

- Uso repetitivo de la mano con la misma movilización y posiciones durante largo tiempo mantenido. El auxiliar administrativo pasa largas horas de su jornada laboral pegado al ordenador y más concretamente con la mano encima del ratón, lo cual hace que esté realizando el mismo movimiento demasiadas horas.
- Ergonomía de la parte distal de la extremidad. Hacer actividades que implican flexión o extensión extremas de la mano y la muñeca durante un período prolongado.

Estas causas debido a nuestro trabajo de auxiliar administrativo serían las principales que originan la aparición del síndrome del túnel carpiano, aunque hay estudios que demuestran que no solo estas causas serían las únicas posibles de la aparición del síndrome, sino que también podrían ser otras causas o factores como; el componente hereditario, los cambios hormonales durante el embarazo o diferentes patologías como la diabetes, artritis reumatoide, tiroides, las cuales están relacionados con la enfermedad del túnel carpiano.

Medidas preventivas:

- Evitar las posturas prolongadas de flexión y extensión de muñeca, y en caso de hacerlas intentar hacer estiramientos y descansos.
- Rediseñar puestos de trabajos y adaptación de las tareas repetitivas, evitando así realizar la misma tarea día tras día.
- Adquirir elementos o aparatos que no impliquen la repetición de movimientos o intentar rotar en áreas del hospital donde se repita la tarea diariamente.
- Utilización de teclados y ratones adaptados (vertical), para acomodar mejor la postura de la muñeca.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que, aun implantando medidas preventivas en el trabajo del auxiliar administrativo, este personal está expuesto continuamente a poder sufrir esta dolencia, puesto que el trabajo prácticamente en casi todas las áreas del hospital por parte del auxiliar administrativo va a ser el mismo sobre todo su ejecución,

que será la de realizar sus labores o funciones, pero delante de un ordenador y utilizando continuamente el ratón.

Una de las soluciones a esta dolencia o a intentar no sufrirla sería la de en horario no laboral este personal acudiera a fisioterapeutas y tratar la zona para evitar el síndrome. Pero claro, eso ya sería a título personal.

Lo que está claro es que el movimiento repetitivo continuo en este caso de la muñeca o el brazo es un factor fundamental para poder llegar a sufrir esta lesión, por desgracia el auxiliar administrativo será el personal más castigado por esta enfermedad debido a que estarán siempre forzando esa zona del cuerpo.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/tunel-carpiano-auxiliar-administrativo/>
<https://revistamedica.com/riesgos-laborales-tunel-carpiano-administrativo/>
<https://congresosicepa.com/tunel-carpiano-enfermedad-profesional/>
<http://www.benestarfisioterapia.com/blog/sindrome-del-tunel-carpiano-para-administrativos>

Capítulo 66

LA IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA EN EL PUESTO DE TRABAJO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS

M. DOLORES CORRAL LOPEZ

NURIA GARCÍA DIAZ

PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO

PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT

MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ

1 Introducción

Se puede entender por ergonomía una disciplina científica que trata sobre las interacciones entre las personas y otros elementos de un sistema. En el ámbito laboral las condiciones de trabajo deben acomodarse al ser humano para que pueda desarrollar cualquier actividad de forma eficiente, el acondicionamiento del puesto de trabajo busca proteger al trabajador de patologías relacionadas con las condiciones laborales y favorecer la productividad.

El entorno en el que trabaja el personal administrativo es bastante estrecho, ya que normalmente permanecen detrás de una mesa en un espacio reducido ya sea en una oficina individual o un espacio más amplio compartido.

El plano de trabajo es bastante rígido, pues si el administrativo adopta una posición correcta su cuerpo debe estar en posición de 90° tanto piernas como tronco, además de tener todas las herramientas necesarias para realizar su labor a mano donde no le genere realizar movimientos bruscos o exagerados. La zona de trabajo de un administrativo varía en todos los casos ya sea una oficina de una persona o, por el contrario, es la oficina de varias personas o áreas.

Pero en general son zonas administrativas donde se maneja un flujo de información y documentación. Por lo que en cada puesto de trabajo se deberán cumplir una serie de condiciones que sean lo más adecuadas para desempeñar el trabajo de forma correcta, y es aquí donde surge la ergonomía.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Profundizar sobre factores fundamentales a cumplir por el puesto del personal Administrativo, desde la perspectiva de la ergonomía fundamentando los aspectos más favorables para que dicho personal realice su trabajo correcta y adecuadamente.

Objetivo secundario:

- Resaltar las características ideales del puesto de trabajo del personal Administrativo, optimizando la productividad al mismo tiempo que se garantiza satisfacción y seguridad de los trabajadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente y se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en bases de datos a través del buscador de Google.

4 Resultados

El principal objetivo de la ergonomía (concretamente se tratará en el puesto de trabajo del personal Administrativo, ya que es un personal que por las características de su puesto pasa la mayoría de la jornada laboral sentado y casi siempre en la misma postura, bien sea por atención al público, por atención telefónica o por estar haciendo informes frente a una pantalla y un teclado), es el de corregir y adaptar el trabajo a las capacidades y posibilidades del trabajador, configurando el ambiente laboral, disminuyendo riesgos asociados, como la movilidad restringida, posturas indebidas, iluminación inadecuada o deficiente, junto con las consecuencias negativas derivadas de estos riesgos para la salud y bienestar.

Como pueden ser lesiones musculoesqueléticas, lesiones de columna, síndrome del túnel carpiano, circulatorios, visuales, etc. De ahí la importancia de la adquisición de mobiliario y equipos de oficina donde se vean reflejados los avances en diseños dentro del campo de la ergonomía, como elementos del sistema, pero también destacar esa interacción de los seres humanos, en este caso el trabajador administrativo, pautando unas recomendaciones posturales, para que la espalda no se resienta tras varias horas delante de un ordenador, así como la vista, muñecas y circulación sanguínea.

Dichas pautas podrían ser por ejemplo, no inclinarse sobre la mesa del ordenador, teniendo la espalda lo más erguida posible sobre el respaldo de la silla, ayudar a la circulación con un reposapiés, mantener la vista separada de la pantalla del ordenador al menos 60 cm, hacer pausas cada hora, etc.

Todas estas pautas tratarán de mitigar y ayudarán a tener una buena higiene postural y ergonómica y al mismo tiempo evitará muchas bajas laborales producidas precisamente por no llevar a cabo todo esto que en líneas anteriores hemos descrito.

5 Discusión-Conclusión

De todo lo anteriormente expuesto, podemos llegar a la conclusión que llevando a cabo una correcta higiene postural y ergonómica a través de mobiliario y adecuación correcta de los puestos administrativos, podremos promover la salud y el bienestar del personal de estos puestos, evitando accidentes y mejorando la productividad en los Servicios de Salud, haciendo con ello, que dichos profesionales rindan más eficientemente en el desempeño de sus funciones y no derivando en

bajas médicas por la mala adecuación del medio laboral.

De tal manera que también dependerá del profesional la cooperación en higiene postural que adopte, ya que no siempre es culpa de los medios materiales, sino de nosotros mismos al adoptar ciertas posturas que no benefician en nada, aun cuando el factor físico es el correcto.

A esto se une la formación adecuada.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/ergonomia-trabajos-administrativos-centros-sanitarios/>

<https://revistamedica.com/ergonomia-auxiliares-administrativos/>

<http://pdfs.wke.es/2/0/4/3/pd0000062043.pdf>

https://www.sprl.upv.es/D5_b.htm

Capítulo 67

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA EL SESCOAM

M. DOLORES CORRAL LOPEZ

NURIA GARCÍA DIAZ

PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO

PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT

MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ

1 Introducción

La figura del personal administrativo en los centros de salud es muy importante, tanto para las funciones que desarrolla relacionadas con su puesto de trabajo, como para acciones de comunicación y ayuda a los pacientes.

En los años anteriores a 1986 para atender la asistencia sanitaria, se crearon los consultorios (donde se prestaba la medicina general y la pediatría) y los ambulatorios (en los cuales se prestaba la medicina especializada sin internamiento) y cuando era necesario el ingreso, se derivaba al enfermo a los hospitales.

Pero poco a poco se va produciendo una gran separación entre la medicina tradicional y la hospitalaria hasta aparecer, en 1986, la Ley 14/1986 General de Sanidad, distinguiendo entre atención primaria y atención especializada. A la misma vez que el sistema hace una separación entre estos dos tipos de atención, se impulsa

la prevención de la enfermedad y promoción de la salud disminuyendo los costes sanitarios al evitar el acceso directo a los hospitales.

Así pues, el equipo de atención primaria desarrollará funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, asistencia, rehabilitación, investigación y docencia en coordinación con la atención especializada, de acuerdo con las directrices establecidas por los órganos superiores del Sistema sanitario de Castilla La Mancha, según la Ley 8/2000 de Ordenación sanitaria.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Exponer las funciones que desarrolla el personal administrativo de atención primaria en los centros de salud y conocer la importancia al respecto.

Objetivo secundario:

Mostrar la importancia de todas las categorías profesionales en el eslabón del servicio de salud de Castilla La Mancha.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y leyes.

4 Resultados

La atención primaria constituye el nivel de acceso ordinario de la población al sistema sanitario. Los equipos de atención primaria tienen como ámbito territorial de actuación la zona básica de salud y como localización física principal el centro de salud.

En las zonas rurales, estos centros de salud estarán constituidos por los consultorios locales de varios municipios o de otras instalaciones diferenciadas cuando no exista consultorio local. Los equipos de atención primaria, se desplazan a de-

sarrollar sus funciones a estas estructuras físicas, ya que si no fuera así, no sería una sanidad adecuada a las necesidades de salud de la población.

El equipo de atención primaria, está formado por los médicos de medicina general y pediatría, enfermeros y auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, farmacéuticos, veterinarios y el personal no sanitario preciso para desempeñar tareas de administración, recepción de avisos, información, etc.

Normalmente, los pacientes que más frecuentan los centros de salud es población envejecida, por lo tanto, acudirán al centro a diario. En la mayoría de los casos, esta población suelen estar solos e incluso asisten frecuentemente para poder tener contacto con alguien y sentirse escuchados. El personal que más atención les puede prestar, es el personal administrativo, puesto que nada más entrar al edificio, será la primera persona que vea. Por ello, este personal, es necesario que se solidarice con este tipo de personas y consiga aumentarles la autoestima y hacer que afronten sus problemas de salud de una manera más positiva.

No todas las veces las personas que ocupan estos puestos de trabajo tienen la virtud de ser empáticos y por ello cuando conocemos a alguien caracterizado por esta cualidad, hace que continuemos el día con una sonrisa, lo que a muchos de nuestros mayores les hace tanta falta.

Para poder trabajar en un puesto de trabajo de cara al público y especialmente en el ámbito sanitario, se debería exigir un nivel de adecuación al puesto en cuanto buenos modales y correcta educación en determinados aspectos. Hay veces que el paciente, por su situación personal, no se comporta de la manera adecuada ante el personal de administración, puesto que es este quien le tiene que realizar los trámites y no siempre estos trámites pueden ser realizados de la manera que al paciente le gustaría. Esto implica una situación de malestar en el paciente y lo paga con dicho personal.

Por ello, el personal de la función administrativa ha de tener la suficiente capacidad de aguante para no llegar a una situación descontrolada. Con la situación actual que estamos atravesando a causa del Covid-19 los pacientes tienen limitado acudir al centro de salud, lo que hace que los pacientes no puedan ser escuchados y por así decir, no tengan una excusa para salir de casa.

Los mayores es uno de los colectivos que más está siendo atacado en esta crisis, tanto por los efectos del Covid, como por no poder salir de casa para distraerse, por ello cada vez necesitan ser más escuchados.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación de estos profesionales en un centro de salud, con los pacientes que llegan al centro, ayuda a aumentar la autoestima de estas personas, así como a sentirse más queridos y acompañados. Por ello el personal administrativo desarrolla funciones de comunicación y afecto con el paciente y así conseguir además una sanidad de mayor calidad en este aspecto de la vida.

Ese personal que no sea consciente de la importancia de esta actividad debería ponerse en lugar de los demás, porque puede que algún día el que esté al otro lado de la perspectiva desarrollada durante este estudio sea él.

6 Bibliografía

1. Ley 14/1986 General de Sanidad.
2. Ley 8/2000 Ordenación sanitaria en Castilla La Mancha.
- 3.https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/paginas/archivos/acuerdo_de_26_de_noviembre_por_el_que_se_modifica_el_pacto_de_seleccion_de_personal_temporal.pdf
- 4.https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131017/manual_calidad_asistencial_de_la_seca.pdf
5. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/>

Capítulo 68

FUNCIONES DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS

JUANA PÉREZ DURÁN

MARGARITA RAMOS MARTÍNEZ

MARÍA DEL CARMEN REINA GAMERO

1 Introducción

Podemos describir a las consultas externa como una más de las estancias que forman parte de la atención hospitalaria, con un conjunto de consultas adaptadas y dirigidas hacia las dolencias y necesidades de los pacientes.

En estas consultas es donde se engloban las numerosas especialidades médicas, que, gracias a los facultativos, así como personal no médico, se intentará dar respuesta, gracias al diagnóstico, tratamiento y posterior seguimiento, a las distintas dolencias que sufran o puedan sufrir los pacientes que acudan a ellas.

En ella podremos encontrar como un miembro más de las consultas externas la figura del celador, cuya labor y funciones irán desde el orden, cuidado, limpieza y vigilancia tanto de las zonas comunes, así como el material que se encuentre en ella hasta la supervisión del cumplimiento de las normas y pauta de conductas que estén establecidas tanto de los pacientes como de sus posibles acompañantes. También acompañarán a aquellos pacientes que no puedan valerse por sí mismos, ya sea por edad, imposibilidad física o simplemente necesiten de necesidades especiales (sillas de ruedas, camillas...) hasta las distintas consultas para que sean atendidos por el facultativo de turno.

No podemos olvidar que también se encargaran de gestiones de traslado tanto de material como documentos que se le sean encomendados, siempre velando por la custodia y entrega de los mismos.

Todo lo anteriormente mencionado lo realizarán gracias a un trabajo de equipo con el resto de personal que forman parte de consultas externas (personal sanitario y administrativo).

2 Objetivos

Describir a partir de un caso clínico la tarea de ayuda y coordinación que ofrece el celador a todos los usuarios que acuden a consultas externas, facilitando la labor del resto del personal sanitario que forman parte de ellas.

3 Caso clínico

Paciente de 74 años, que acude desde un centro de mayores, tras un resbalón y posterior caída en el comedor de este, se le diagnostica con fractura en unos de sus pies, por lo que tras ser operado y colocada la escayola que deberá llevar durante proceso de recuperación dictaminado por el cirujano.

Tras serle retirada la escayola en un ambulatorio unos días atrás, coge cita con el especialista que evaluara el estado de la lesión tras el periodo de recuperación. Llegado el día de la cita, una ambulancia lo traslada hasta en centro sanitario donde es ayudado por el celador de turno, ya que no puede caminar por sí solo aún. Este le facilitará la salida de esta, llevando consigo una silla de ruedas donde lo acomoda para trasladarlo hasta la zona de espera hasta que sea llamado a consulta.

Una vez llegue el turno de consulta del paciente, el celador lo trasladara acompañándolo hasta la puerta de esta para que pueda ser atendido por el médico, una vez finalizada, se encargara, tras orden recibida del doctor, de llevarlo hasta la zona de mostradores donde deberá pedir de nuevo cita para dentro de 15 días aprox., en todo momento es acompañado por el celador que le hará de guía y ayuda en todo el proceso. Hasta que finalmente, una vez terminado todo el tiempo de estancia, lo llevara hasta la puerta donde le espera la ambulancia, donde lo ayudara y acomodará para que pueda a subir y así se le traslade de nuevo hasta el centro de mayores de origen.

Una vez finalizado volverá a dejar todo el material utilizado durante todo el soporte ofrecido al paciente en el lugar pertinente, velando por el buen uso y cuidado de este en todo momento.

4 Discusión-Conclusión

Como conclusión vamos a remarcar la figura y el papel del celador como encargado de brindar bienestar a todos los pacientes y usuarios que acuden a diario a todas las consultas externas de nuestro país, ya que gracias a ellos se ofrece una mayor y mejor accesibilidad así como trato humano y cercano a todos esos miembros de la sociedad que, debido a las dificultades que pueden sufrir, no pueden valerse por ellos mismo y necesitan de un “cuidador y guía “que los acompañe durante el tiempo que pasen en dichas consultas.

Todo lo anterior lo realizarán bajo el cumplimiento de todas las normas y reglas que se dicten en los distintos centros y por último sin olvidar que cuidaran y mantendrán el orden de todas estas instancias, para que estos se encuentren aún más cómodos.

5 Bibliografía

-Sicepa (2021) Funciones del Celador en el Servicio de consultas Externas, II Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2022: Sanidad, un trabajo en equipo”. Encontrado en : <https://congresosicepa.com/celador-servicio-consultas-externas>.

Capítulo 69

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL NO SANITARIO

ARTURO LONGORIA ALVAREZ

1 Introducción

El síndrome de burnout es un gran problema psicosocial , que está causado por el mal manejo del estrés crónico en los distintos puestos de trabajo .

El síndrome de burnout se detecta cuando la persona se siente con un agotamiento emocional , la baja autoestima y la sensación de no valer para nada .

El síndrome de burnout se cree que está asociado a un estado de ansiedad, estrés postraumático , depresión y a no tener ninguna meta dentro de su profesión o puesto de trabajo .

El agotamiento emocional se entiende como una disminución de las emociones y a sentirse como fracasado en su puesto de trabajo sin poder dar mas al resto de compañeros, todo esto se une a la perdida de interés hacia los demás .

Cuando se llega a los niveles altos de despersonalización , esta sensación de baja autoestima y de incapacidad se llega a generalizar a las distintas esferas de la vida personal y social .

Este síndrome también lo llaman síndrome del trabajador quemado , alguna de las señales que identifican el agotamiento físico ,pueden ser el aumento de peso o la perdida de apetito o también pueden llegar a tener migrañas ,dolores musculares ,problemas gastrointestinales ,e incluso en las mujeres pueden tener desarreglos en las menstruaciones .

2 Objetivos

Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y los factores relacionados con la presencia de esta enfermedad en internos y personal de distintos hospitales .

3 Metodología

Revisión Bibliográfica sistemática de artículos científicos. Se realizó un estudio con un diseño transversal durante seis meses , en el cual los trabajadores respondieron al cuestionario que determinara si presentan o no dicho síndrome, el motivo que nos lleva este estudio es identificar la relación que se da en mayor grado con el síndrome y poder hacer una medición la cual es muy necesaria para poder realizar un buen estudio de él.

4 Resultados

En la base de estudios realizados anteriormente , los autores consideran al burnout:

- . Agotamiento emocional
- . despersonalización
- . baja realización personal

La información se recolectó por entrevista directa en distintos hospitales . Valorando las tres escalas del síndrome de burnout , el nivel alto fue el mas frecuente y alcanzo el 41,03% , el nivel bajo 32,42% y la despersonalización 36,2%.

Los estudios realizados nos indican que lo que mas coincide con este síndrome son:

- . La personalidad que tiene el trabajador ,si es introvertido o extravertido , fuerte o debil etc.
- . La forma en que está organizado el trabajo ,si hay posibilidades de ascensos ,de tener alternativas para poder demostrar sus cualidades o por el contrario no hay ningún tipo de posibilidades .
- . La cantidad de trabajo que tienen que soportar algunas de las categorías y dependiendo también de las empresas .
- . Y al estar o no satisfecho laboralmente , esto es muy importante, ya que pasamos muchas horas de nuestra vida en el puesto de trabajo .

También se ha detectado que lo que influye en el agotamiento que está asociado a .este síndrome de burnout , es el conflicto que existe entre la vida privada de

la persona y su vida laboral , esto es debido a las largas jornadas laborales que tenemos y a veces es muy difícil ajustarlas , sobre todo en las mujeres debido a las cargas familiares ,bien sea por los hijos o estar a cargo de padres mayores con enfermedades , o bien por el gran esfuerzo mental o físico que tienen que realizar , esto complica mucho que las personas puedan llevar a cabo una vida normal. Con los estudios realizados según las diferentes regiones , en los países del norte de Europa se llevan a cabo muchos mas estudios que en España , ya que aquí son muy reducidos , aunque el problema que tienen en la actualidad es elevado.

5 Discusión-Conclusión

Las personas que presentan los factores predisponentes propuestos presentan mayor incidencia y grado de este síndrome, se ve que las mujeres presentan mas el síndrome que los hombres.

Después de mirar los distintos estudios que se realizaron se sacó en conclusión que las medidas preventivas que se necesitan tomar para eliminar o intentar en lo posible reducir el riesgo de desarrollar este síndrome , tienen que agrupar todos los factores que lo están provocando : ambiental, de organización y también individual, ya que tratamos un síndrome que es multidimensional ,en el cual influyen para su desarrollo múltiples factores y todos ellos con una influencia muy similar y para poder reducirlo es muy necesario actuar.

6 Bibliografía

- . Sierra Bravo ” Tesia Doctorales y Trabajos de Investigacion Cientifica . 24 ”
- .Editorial Paraninfo S.A.1999.6-24
- . WWW.SANFYC.ESPACE.UCUENCA.EDU.EC

Capítulo 70

EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

ARTURO LONGORIA ALVAREZ

1 Introducción

Los EPI (equipos de protección individual) son las medidas o equipos que cualquier trabajador tiene que usar para ser protegido de cualquier incidencia o riesgo para su integridad tanto física como de salud.

Estos equipos tienen que utilizarse siempre que se detecte algún tipo de riesgo para la salud de las personas y que no se hayan podido solucionar con otro tipo de medios a causa de la actividad que realizan, así que para proteger la salud de los trabajadores la empresa tiene que recurrir al EPI como último recurso.

Los equipos de protección personal juegan un papel muy importante en la higiene y seguridad del operario.

Hay distintos tipos de equipos de protección individual:

- . Protección respiratoria como pueden ser las máscaras o mascarillas.
- . Protección ocular y facial como las gafas y caretas.
- . Protección auditiva como los tapones o auriculares.
- . Protección de pies y piernas como el calzado de seguridad.

También se clasifican en tres categorías según el grado de peligrosidad :

- . Categoría 1 riesgos menores ,pequeños choques mecánicos ,radiación solar para los cuales usaríamos gafas, guantes, etc.
- . Categoría 2 riesgos graves y usaríamos cascos con ventilación crampones etc.
- . Categoría 3 riesgos mayores o mortales utilizaríamos arneses , mosquetones ,pi-
olets elementos de amarre etc.

.

2 Objetivos

Hacer una revisión bibliográfica de la utilidad y tipos de EPI.

3 Metodología

Revisión Bibliográfica sistemática de artículos científicos para realizar el estudio de los EPI que se deben utilizar para no correr ningún riesgo, a si como instruir a los trabajadores de como utilizar bien el equipo de protección aparte de estudiar el lugar de trabajo.

4 Resultados

El cuestionario sobre protección personal permitió la siguiente descripción de la muestra, la edad de los trabajadores oscilaba entre los 20 y los 55 años. El 87% de los trabajadores manifestó haber recibido entrenamiento para desempeñar su actual puesto de trabajo , aunque este entrenamiento en la mayoría de los casos no lo dio la empresa en la que estaban laborando al momento del estudio. Un 91% expreso haber recibido información que les permitiera conocer los riesgos laborales a los que estaba expuesto.

Recibían equipo de protección, según los trabajadores , el 98% y lo usaba el 97%. Las empresas seleccionadas suministraban a sus trabajadores el equipo de protección personal que requerían , según un 97% de los trabajadores y para el 9% el equipo estaba en mal estado o era de mala calidad.

En los estudios llevados a cabo la tasa de contaminación fue del 25% en intervención y del 67% en control.

Los resultados obtenidos son de una calidad muy baja ,aunque no son muy reales, ya que se basan solamente en uno o dos estudios de simulación , también se encontraron resultados muy bajos , que aunque se cubra mas partes del cuerpo nos vaya a llevar a una protección mayor , pero casi siempre es a costa de que nos cueste mas trabajo ponérmolo o quitárnoslo y mucho mas incómodo de llevarlo puesto y por eso es muy probable que un trabajador lo reajusté aumentan significativamente y posiblemente comprometa la protección que ofrece en dicho proceso.

Las implicaciones pueden ser de gran alcance desde tener problemas de salud y seguridad de los empleados hasta llegar a tener problemas legales .

Los equipos de protección individual que son mas transpirables , nos pueden contaminar mas , pero son mas cómodos de llevar puestos.

5 Discusión-Conclusión

Está comprobado que muchas veces aunque los equipos de protección personal que utilizamos han pasado las pruebas para certificarlos como EPI, su diseño ya sea por la forma que tiene el cierre , la goma que se pone en los puños si la lleva o no , la medida de las cintas con las que las atamos , si llevan pestañas en la zona por donde se cierran ,todo esto puede hacer mas fácil o mas difícil de ponernos o quitarnos el equipo , o puede combinar mejor o peor con otros equipos como las gafas de protección , mascarillas, pero que se sepa no hay ningún estudio que compare la fiabilidad y seguridad de protección de los diferentes modelos .

6 Bibliografía

- . Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo
- .revista enmt@sciii.es
- . scielo.isciii.es

Capítulo 71

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD MENTAL

LUBNA MOHAMED MOHAMED AAKEL

LORENA CONSOLACIÓN BERNAL SIERRA

MARGARITA LLEDO CARRASCO

1 Introducción

Vamos a hablar del Auxiliar Administrativo como aquel trabajador no sanitario que realiza su actividad diaria en los distintos, puesto que engloban los numerosos departamentos del sistema sanitario. Desempeñando funciones de carácter global en la organización, coordinación y gestión de este. Tanto en lo referido a lo que va desde la atención directa como a la parte más puramente de gestión de datos y documentación.

Algunas de las funciones más relevantes y conocidas que desempeñan a lo largo y ancho del sistema sanitario y en concreto en el departamento de salud mental son:

- Atención al usuario, paciente con los diferentes medios disponibles (presencial, telefónico, ofimático...)
- Manejo del sistema y software informático, junto con las distintas bases de datos específicas.
- Control y gestión de citas y agenda.
- Tratamiento de documentación, informes e historias que le sean designados.

- Gestión del transporte Sanitario: Recogidas, traslados y demás asignaciones.
- Coordinación paciente–especialistas. Funciones de enlace en cuanto a la organización y tramitación de órdenes.
- Custodia y uso responsable de los datos e información de la que disponen, labor de discreción con respecto pacientes y compañeros.
- Predisposición ante órdenes y mandatos recibidos, bajo supervisión de superiores.

Estas son solo algunas de las tareas más reseñables por lo que seguramente nos quedaremos sin nombrar numerosas otras, ya que no es imposible enumerarlas todas debido a la amplitud de funciones y responsabilidades que tienen los auxiliares no solo en el departamento de salud mental sino en todos los demás donde desarrollan su actividad. Ya que sin su estimable actuación y buen hacer sería prácticamente imposible que ningún departamento funcionara de manera eficaz y eficiente.

Por lo que un buen Auxiliar debido a la naturaleza de su actividad diaria deberá tener un carácter empático y de especial sensibilización, más aún en un departamento como es el de Salud Mental, para poder desarrollar su trabajo del mejor modo.

2 Objetivos

En este capítulo vamos a analizar cuál es el desempeño de un buen Auxiliar Administrativo dentro de un departamento tan amplio y diverso como es el del Saludo mental. Analizando las distintas funciones llevadas a cabo en él.

3 Caso clínico

Mujer de 26 años que tras varios años consumiendo distintos tipos de drogas y ser diagnosticada con secuelas mentales producidos por el continuado uso de estas es derivada al departamento de salud metal donde deberá pasar regularmente consulta con el especialista asignado. Para lo cual acude al departamento de salud mental donde es atendida en el mostrador por la Auxiliar Administrativo que tras solicitarle sus datos y acceder a su historia clínica, tras consultar la disponibilidad en la agenda, así como de los facultativos disponibles, se le asigna cita para dentro de 10 días con el Dr. López que será quien lleve a la paciente durante el periodo de tiempo que se estime que tenga que ser tratada.

La paciente le comunica a la Auxiliar que ese día en concreto le es posible acudir a cita, ya que coincide con su reunión semanal de ex toxicómanos donde pasa

terapia de grupo para no recaer de nuevo. Tras lo comentado la Auxiliar vuelve a consulta la agenda del Dr. López y cambia la cita, lo cual la paciente lo agradece enormemente quedando finalmente todo solucionado.

Tras llegar el día de la cita, la paciente accede al departamento y se dirige de nuevo al mostrador donde espera la Auxiliar, donde le comenta que tiene cita a las 12:00 horas con el Dr. López, tras acceder en el sistema comprueba la información y le invita a pasar a la zona de espera hasta que sea avisada para que acceda a la consulta y sea vista por el especialista.

Una vez finalizada la consulta, el Doctor le indica que vuelva al mostrador y le solicite una nueva cita para dentro de 1 mes para la próxima revisión. La administrativa tras nuevamente acceder al sistema y comprobar la disponibilidad, le marca cita para el próximo mes consensuando día y hora con la paciente.

La paciente agradece a la Auxiliar el trato recibido, así como el hecho de adaptar las citas a su disponibilidad, ya que debido a motivos de transporte y distancia depende de un familiar que la pueda llevar hasta el centro de salud, ya que por sus propios medios le es imposible.

4 Discusión-Conclusión

Podemos concluir este capítulo valorando la figura del Auxiliar Administrativo como la figura del trato mas cercano y directo con los pacientes una vez que acuden a los centros de salud. También vamos a remarcar algunas de las cualidades que hemos podido apreciar mas arriba como son la empatía y la flexibilidad con respecto al trato que dan a los usuarios y paciente que acuden diariamente. Y sin olvidar la función de enlace y unión que hacen con el resto de miembros tanto sanitarios como no sanitarios, que trabajan codo con codo en el conjunto y buen hacer del departamento de Salud Mental y que sin ellos sería imposible que funcionara como lo hacen día a día.

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>